



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

### INFORMACIÓN VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A INSTITUCIONES

<b>Nombre de la IPS</b>	HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO					
<b>Representante legal</b>	Juan Carlos Martínez Gutiérrez					
<b>Dirección</b>	Cra 78 Oeste No 2 A -00					
<b>Teléfono</b>	3180020					
<b>E-mail</b>	Gerencia@hospitalmariocorrea.gov.co					
<b>FECHA DE VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA</b>	<b>Día:</b>	31	<b>Mes:</b>	mayo	<b>Año:</b>	2021
<b>FECHA DE ENVIO DEL INFORME EJECUTIVO</b>	<b>Día:</b>	01	<b>Mes:</b>	julio	<b>Año:</b>	2021

### INTRODUCCION

La Secretaria de Salud Pública Municipal en su competencia de inspección y vigilancia a la prestación de servicios de salud, ha brindado acompañamiento continuo desde el año 2014 en el fomento del mejoramiento continuo de los procesos en la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a partir de la identificación de desviaciones e incumplimientos, amparados en la normatividad vigente, lineamientos y necesidades de la organización.

Conforme lo anterior y dando continuidad en el proceso de inspección y vigilancia a la prestación de servicios de salud, se realizó el proceso de visita de Inspección y Vigilancia a los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, lineamientos, orientaciones, guías, etc.

### OBJETIVO DE LA VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

Evaluar la prestación de servicios de salud en las IPS públicas y privadas, fomentando la mejora continua de los procesos, creando en el cliente interno y externo experiencias positivas en torno a las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud de Santiago de Cali.

### ALCANCE DE VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

IPS públicas y privadas de Santiago de Cali que hacen parte de la red de prestadores de las EAPB que rigen en el Municipio.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

### RESULTADOS DE VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA POR COMPONENTE EVALUADO

#### PAMEC

**FORTALEZAS:** La metodología de la auditoría para este componente constó en evidenciar los soportes de cada criterio revisado en el momento de la auditoría y son los correspondientes al ciclo que se encuentre vigente en el instante, en el caso que no se culminara con algunos pasos del ciclo vigente se revisaría el anterior al que se está desarrollando en la actualidad, con el fin de que se incluyera el desarrollo de la ruta completa del PAMEC con por lo menos nueve pasos, en su IPS.

Por tanto se revisaron los treinta criterios los cuales detallan lo que se debe cumplir a través de los nueve pasos de la ruta crítica del PAMEC en IPS y se obtuvieron los siguientes resultados:

La organización cumple con el reporte de circular 012/2016 PAMEC al evidenciarse que se realizó reporte al SISPRO antes del día 28 de febrero de 2021.

Dentro de las actividades previas al inicio de la ruta crítica del PAMEC se evidenció que la organización ha realizado capacitación teórica a los miembros de los equipos de mejoramiento donde se profundizó el proceso para el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC.

La Institución cuenta con un cronograma para formular y desarrollar el PAMEC, han definido los tiempos para desarrollar los ciclos.

Se ha definido como enfoque del mejoramiento el Sistema Único de acreditación y sus estándares para la autoevaluación, ha definido el grupo que realiza la autoevaluación mediante acta de conformación de grupo que participa en los puntos de la ruta crítica del PAMEC.

Se tienen diseñados los instrumentos o papeles de trabajo para realizar la autoevaluación, dentro de este ejercicio se evidenció la identificación de las oportunidades de mejoramiento y las confrontación frente a los diferentes procesos a los cuáles pertenecen, esto como resultado de la autoevaluación el cual se encuentra soportado con reuniones de trabajo.

La entidad cuenta con listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación.

La metodología validada de priorización de procesos ha establecido los criterios para la priorización de las oportunidades de mejoramiento autoevaluados.

Se tiene definida la calidad deseada para cada uno de los estándares priorizados.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

A partir de la definición de la calidad deseada se han desarrollado indicadores con sus fichas e instrumentos que operativizan la medición de los indicadores.

Cuenta con un programa y procedimiento de auditoría para realizar la medición inicial, se tienen diseñados los instrumentos para realizar las mediciones y cuenta con evidencia de la implementación de las auditorías planeadas con la identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento.

La entidad ha desarrollado un plan de mejoramiento para el cierre de brechas, realiza seguimiento a las acciones e indicadores planteados dentro de los planes de mejoramiento y establece planes de choque cuando encuentra que una acción de mejora no se ha desarrollado dentro de los plazos establecidos.

La organización realiza capacitación al personal responsable de los procesos mejorados para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se aprobaron

La auditoría evidenció que la IPS realiza un resumen del mejoramiento logrado para evidenciar cuál era el problema, cómo se analizó, cuáles eran las causas del problema, cómo se trató y cuáles fueron los resultados, ajusta los procesos mejorados con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.

La organización continua con la medición de los indicadores del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando, desarrolla actividades de comunicación de los resultados a todos los clientes internos involucrados en el proceso de mejoramiento.

La entidad ajusta los procesos mejorados con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.

La organización incluye dentro del PAMEC, la auditoría de la calidad en la atención del paciente con diagnóstico de Infección Respiratoria Aguda (IRA), y realiza medición de indicadores de este componente dentro del PAMEC de la misma manera incluye la auditoría de la calidad en la atención del paciente con diagnóstico de dengue y realiza medición de indicadores de este componente dentro del PAMEC. Se reforzó la importancia de vigilar estos componentes dentro del PAMEC de acuerdo a los lineamientos de auditoría para la atención del Dengue del Ministerio de salud y protección social y la circular 023/2017.

Se reforzó la importancia de que la organización identifique dentro de la ruta crítica cuales son las acciones del PAMEC: preventivas, coyunturales y de seguimiento, dicho esto se reconocieron que si se están llevando a cabo estas acciones desde el inicio de la ruta del PAMEC del Hospital Mario



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

Correa Rengifo, se recomienda dejarlo registrado en algún documento ya que es lo único que faltaría.

No se encontraron observaciones.

Durante la auditoría se reconocieron las siguientes fortalezas:

- Los instrumentos utilizados durante toda la ruta Crítica institucional son de fácil aplicación, incluye las variables que exige el SUA y permite relacionar los nueve pasos reconociendo la conexión en cada punto de la ruta.
- A pesar de que en la aplicación de la ruta crítica se intercambia la secuencia del paso dos y tres, llevando a realizarse primero la priorización de los procesos y posteriormente la relación de los procesos involucrados, se reconoció que esto permite que se concentren los esfuerzos y tiempo del personal en las oportunidades de mejora que finalmente si se abordarán con acciones de mejora, optimizando el tiempo de los colaboradores que participan de estos ejercicios.
- Se evidenció que el personal operativo y líderes del proceso son los que desarrollan los pasos de la ruta crítica del PAMEC y el líder y personal de calidad realiza acompañamiento y orientación haciendo que los colaboradores se involucren directamente con el proceso de mejoramiento.
- Se articularon los componentes involucrados en MIPG y PAMEC con el fin de soportar actividades en común y potencializar los procesos.
- No solamente se mide el avance de las acciones de mejora si no también el avance de las oportunidades de mejora lo que permite no solo medir la ejecución del plan si no que las acciones de mejora realmente atiendan el estándar relacionado a las oportunidades de mejora.
- Los logros alcanzados se encuentran disgregados por grupos de estándares y se evidenciaron presentaciones donde se incluye de manera completa un resumen del mejoramiento alcanzado y la relación con los estándares abordados.
- Los procedimientos que fueron actualizados o estandarizados con cada ciclo se encuentran detallados y organizados de manera completa dentro de matriz Excel que permite ubicar de manera ágil el procedimiento que fue mejorado.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

### SEGURIDAD DEL PACIENTE

**FORTALEZAS:** Se realizó inspección y vigilancia de seguridad del paciente a la IPS SERSALUD, se evaluaron nueve ÍTEMS donde se dio cumplimiento a los siguientes: La institución realizó rondas de seguridad del paciente No COVID 19 y pacientes con diagnóstico de COVID 19, para medición de adherencia de prácticas seguras e identificación de acciones inseguras. Se evidencio el monitoreo y análisis de los indicadores que evalúan el programa de seguridad del paciente. Se evidenció retroalimentación de los resultados del análisis de reporte de eventos adversos, indicadores del programa y demás estrategias implementadas. La institución contó con estrategias de información y comunicación al paciente, familia y cuidadores, se verificó las estrategias implementadas en el segundo semestre del 2020 para socializar y verificar las prácticas seguras de higiene, lavado de manos, y la utilización de los elementos de protección personal, (tapabocas, guantes y gafas/careta).la institución realizó ronda y verificar la utilización de elementos de protección personal. La institución realizó consolidación de la información y se evidencia análisis y gestión de los reportes presentados en la institución, con su respectivo informe consolidado del análisis y gestión de los reportes presentados en la institución en el segundo semestre del año 2020, donde se relacionen: Número de reportes de fallas en la atención en salud, número de reportes gestionados, tipo de clasificación de eventos adversos y top 5 de eventos adversos. La institución contó con un programa de formación del personal en temas de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución con una cobertura pero tiene cumplimiento está 100% (2020). La institución cuenta con estrategias de información y comunicación al paciente, familia y cuidadores

De los ÍTEMS evaluados se evidenciaron las siguientes observaciones:

**OBSERVACIÓN 1:** La institución cuenta con estrategias de información y comunicación al paciente, familia y cuidadores. Se evaluaron dos historias clínicas de paciente COVID 19 positivos y se evidencia en la historia clínica 5356265 cumplimiento Total, la historia clínica 14953821 no tiene reportado en la historia clínica los reportes de información a los familiares.

### ESTRATEGIA PRASS

**FORTALEZAS:** El Hospital Mario Correa Rengifo cuenta con ruta de atención de urgencias, consulta externa, pediatría y cirugía al paciente con sospecha de Covid-19, se evidenció ruta para los servicios mencionados.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

La IPS evidenció matriz de casos sospechosos y positivos de SIVIGILA

Así mismo se realizó trazabilidad a usuarios contacto índice y contactos estrechos desde el inicio de síntomas hasta el seguimiento realizado por la IPS se revisaron 3 casos con sus respectivos contactos estrechos.

Del ejercicio de inspección y vigilancia a este componente quedaron las siguientes observaciones:

**OBSERVACIÓN 2:** La IPS no está realizando mapa de localización de casos y análisis de puntos críticos.

**OBSERVACIÓN 3:** La IPS no evidenció seguimiento a población no asegurada en aplicativo SegCovid

**OBSERVACIÓN 4:** En la revisión de la HC 31925305, paciente refirió contactos estrechos, pero no se evidenció captación y gestión de estos.

### INDICADORES DE CALIDAD Y URGENCIAS

**FORTALEZAS:** La IPS tiene definidas las metas, realiza la medición, análisis y gestión de los resultados para cada uno de los indicadores de calidad (efectividad, seguridad y experiencia en la atención), los cuales cumplen con las metas establecidas, también cuenta con los indicadores de urgencias - Demanda no atendida en el servicio de urgencias, Estancia Prolongada en Urgencias y Proporción de reingreso de pacientes por la misma causa en menos de 72 horas al servicio de urgencias, Tasa de reingreso de pacientes por la misma causa a hospitalización en menos de 15 días, dos indicadores están por encima de la medición sin embargo la IPS presentó el análisis y plan de mejora de los mismos.

Se verifica la disponibilidad de agenda a partir de la fecha de la inspección y vigilancia para el servicio de consulta de pediatría, medicina interna, cirugía general, ginecología con disponibilidad dentro de los días establecidos.

Se evidencio que la IPS formulo indicadores durante la pandemia como; porcentaje de pacientes con COVID -19, meta del 10% con medición del 11% al mes de marzo, cumplimiento de vacunación por COVID -19, del talento humano, se implementara a partir del mes de junio.

se evidencio acta de comité de historia clínica del 21 de mayo 2021, el cual se realiza mensual, donde se revisaron la adherencia a historias clínicas de diferentes patologías; IRA, TBC, desnutrición y EDA todas con un cumplimiento del 100%.





ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

**OBSERVACIÓN 5:** La IPS no está realizando medición del indicador Tiempo de espera entre la orden de internación del paciente en urgencias y el traslado efectivo a la cama hospitalaria

### REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

**FORTALEZAS:** Se evidenció que la IPS Hospital Mario Correa Rengifo cuenta con documento del procedimiento de referencia y contrareferencia código Reco –P- 021 -02 versión 7, fecha junio de 2020. Proceso remisión y recepción de paciente. En el cual se describe el procedimiento de la referencia desde la periferia y desde el hospital Mario Correa a otras instituciones de salud. Así mismo la IPS tiene descrito procedimiento para el traslado de pacientes con sospecha y diagnóstico de COVID -19.

Con relación a la bitácora, la IPS evidenció base de datos para el registro de los pacientes que son remitidos a IPS de mayor complejidad, la base consta de nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, tipo y número de documento, fecha de inicio, fecha de orden, hora de orden, solicitud Crue, fecha de aceptado, hora de aceptado, tiempo en espera, solicitud de ambulancia, llegada de la ambulancia, entrega del paciente, tiempo total del proceso, tiempo de ambulancia, orden del paciente, diagnostico, especialidad, código, lugar de aceptación, paramédico, EPS, gestión de referencia.

En el mes de marzo se realizaron 69 remisiones, según la especialidad fueron: Medicina interna, por diagnóstico estuvieron renal, neumonía, cáncer, cirugía hemorragias anormales, herida por arma de fuego que requiere transfusión urgente, ortopedia para cirugía reserva de sangra o patología cardiaca, ginecología embarazo ectópico, pediatría requerimiento valoración oncología especializada. IPS receptora Hospital Universitario del Valle, IPS Club Noel. Con relación a las remisiones en el mes de abril tuvieron 62 remisiones, para cirugía general, ginecología, medicina interna, pediatría, urología, por cálculo muy grande, ortopedia, las IPS receptoras en el Hospital Universitario del Valle, IPS Club Noel.

Con relación a los usuarios remitidos y aceptados por el hospital Mario Correa Rengifo en abril fueron 270 pacientes procedentes de baja complejidad de Cali y fuera de ella, las especialidades más frecuentes son ortopedia por fracturas, pediatría por dengue, síndrome febril, cirugía general, apendicitis, dolor abdominal.

En lo que se relaciona con la especialidad solicitada fueron Cirugía 77, ortopedia 44, pediatría 25, urología, Ginecología embarazo ectópico.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

En la medición de la oportunidad de la referencia, el hospital presenta un indicador de la oportunidad de remisión cuya meta es de 240 minutos, en la medición de febrero son 240 minutos (78 pacientes), marzo 172 minutos, abril 189. 7 remitidos desde urgencia, hospitalización, pediatría, en la medición de la oportunidad de ambulancia es en promedio de 30 minutos, desde que sale del hospital hasta que entrega al paciente en la otra institución de salud, especialmente hospital universitario del Valle.

La IPS realiza revisión de la pertinencia por medio de auditoria médica con el 10% de las historias clínicas de los pacientes remitidos, realizan la revisión sistemática de las remisiones, si fue o no pertinente la remisión. De los pacientes mensualmente así mismo el hospital realiza solicitud a otras instituciones de salud de la contrareferencia de la remisión. En el mes de abril tuvieron 4 casos de casos remitidos como urgencias vitales, los cuales fueron aceptados en hospital universitario del Valle. Urgencias sacadas como vitales. 4 en el mes de abril, fueron aceptadas.

La IPS realiza contrareferencia a otras instituciones de salud, sin embargo el porcentaje reportado es del 10 a 20% de las remisiones, quedando sin reporte más del 80% de contrareferencia.

La IPS presta servicio de hospital en casa el cual se atiende el mismo día, así mismo las EPS Emssanar y Coosalud, cuentan con operadores externo para prestar este servicio, el cual puede demorar de uno hasta 3 días la oportunidad dependiendo del insumo requerido por el usuario.

Con relación al deseclonamiento en el mes de abril de 2021, se comentaron 4 pacientes terminar antibiótico, en una ESE de baja complejidad, sin embargo no fueron aceptados por la falta de disponibilidad del medicamento meropenem, por lo tanto terminaron manejo en hospital Mario Correa Rengifo.

**OBSERVACIÓN 6.** La IPS debe incrementar el número de contrareferencia a las instituciones de baja complejidad origen de la remisión.

### GESTIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO

**FORTALEZAS:** Se realizó inspección y vigilancia de gestión de atención al usuario al HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO de manera virtual, se evaluaron seis ítems donde se dio cumplimiento a lo siguiente: La institución dispone de registro de control de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, dieron cumplimiento en la oportunidad de respuesta respecto a la normatividad vigente, realizaron análisis de las principales causas, las socializaron y determinaron planes de mejoramiento, se evidenció que la institución cuenta con encuesta de satisfacción con lineamientos definidos, realizaron retroalimentación de los resultados de la encuesta de satisfacción con talento humano mediante reuniones del comité primario, con los usuarios mediante la divulgación de los resultados de la





ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

encuesta en carteleras informativas en salas de espera de la organización. Finalmente se evidencio que la institución realiza los trámites correspondientes al decreto 064 del 2020.

### PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

**FORTALEZAS:** Se realiza visita a la HOSPITALMARIO CORREA para revisión de componente de protocolos de bioseguridad de acuerdo a la resolución 1155 del 2020 derivada a la contingencia por COVID 19.

Se evidencio la articulación de la ARL Positiva en el Hospital Mario Correa Rengifo desde el año 2020 en la entrega de EPP, desde el mes de abril del 2020 hasta el 29 de abril del 2021. La institución cuenta con matriz de riesgo para diseñada para identificar las comorbilidades que presenta el personal tanto colaborador asistencial como administrativo se evidencio que cuentan con un total de 227 colaboradores de los cuales 33 presentaron comorbilidades, se encontró que las patologías más prevalentes en el personal son la diabetes y la hipertensión, a la fecha el personal aún no se a reintegrado a sus labores presenciales aún se encuentran en modalidad de teletrabajo.

Una de las medidas que se han tomado para minimizar el riesgo frente a el contagio de COVID 19 del personal colaborador es la inmunización con la vacuna, de los 227 colaboradores se han logrado vacunar 167 con le biológico Pfizer.

En el momento del recorrido se observó que el guarda de seguridad es quien realiza la orientación en el momento del ingreso del usuario a la institución verifica que porten debidamente el tapabocas y realiza la desinfección de manos, se evidencio que en los pasillos del servicio de urgencias no cuenta con los dispensadores de gel antibacterial, que el lavamanos de mujeres se encuentra dañado, no cuenta con jabón líquido en ambos baños del servicio de urgencias ni en la estación de enfermería. Enfermero auxiliar de este mismo servicio realiza cuenta con buena práctica de lavado de manos. Se observó que los servicios de hospitalización cuentan con dispensadores y que el personal asistencial porta los EPP adecuados para cada servicio en donde se desempeñan.

Se observó que cuentan con la señalización en sillas en las salas de espera, no cuentan con ayudas visuales para el uso adecuado del tapabocas dentro de la institución, se sugiere más pedagogía por parte de personal de la institución para adherencia a usuarios sobre el autocuidado.

Se evidencio que la institución no cuenta con el protocolo de bioseguridad actualizado, el protocolo de desinfección y limpieza de áreas y superficies lo tienen establecido por servicio.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

La institución no cuenta con buen manejo de recolección de residuos, se evidencio que en el momento de inspeccionar la U.T.A se observó que no realizan debidamente la clasificación de estos, se evidencio bolsas de color verde y de color gris mezcladas en recipientes de destino final de residuos peligrosos\contaminantes, sin ningún aviso o rotulación.

**OBSERVACIÓN 7.** No se evidencio jabón líquido en baños ni en estación de enfermería del servicio de urgencias, el lavamanos del baño de mujeres se encuentra dañado.

**OBSERVACIÓN 8.** Se evidencio mal manejo en clasificación de residuos en la U.T.A bolsas verdes y grises mezcladas con los residuos contaminados\peligrosos, y sin rotular

### PACIENTE TRAZADOR

**FORTALEZAS:** Se realizó inspección y vigilancia de Paciente Trazador, Hospital Mario Correa Rengifo con trazabilidad realizada el día 31 de mayo de 2021. Se evaluaron 4 ITEMS, Donde se dio cumplimiento a los siguientes: la información suministrada en la historia clínica del paciente identificado con documento No. 6049084, con los datos completos de identificación del paciente anamnesis y examen físico se evidencio oportunidad de la atención entre el ingreso al triage a las 04:59 pm fue clasificado como triage 3 y la atención de consulta médica fue 05:08 pm, además se evidencio el manejo del tratamiento de acuerdo a lo definido en las guías institucionales y una atención pertinente y continua por parte de la especialidad tratante y donde se garantizado la continuidad para la realización de las ayudas diagnósticas requeridas por el paciente y los resultados de las ayudas diagnósticas han sido oportunamente reportados.

En la entrevista con paciente y familiar se evidencio que el personal le explicó sus derechos y deberes al ingreso a la institución con material educativo (folletos), Además refieren que ha recibido información sobre su diagnóstico, tratamiento y cuando realiza la administración de los medicamentos le informan que le están suministrando y además el paciente refiere que constantemente el personal asistencial está pendiente que las barandas se encuentren arriba y que al ingreso de la institución le enseñaron en qué colores de canecas debe depositar los diferentes tipos de basuras, refiere el paciente que el personal de la institución fue amable y la atención es muy buena, en la entrevista con los colaboradores tiene conocimiento de la misión y visión institucional, refieren educación continua en las rondas de seguridad al paciente que se realizan diariamente en los servicios, conocen el plan de emergencias, rutas de evacuación y puntos de encuentro y Demuestra conocimiento claro sobre la segregación de diferentes tipos de residuos además Conoce los 5 momentos de higiene de manos.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

en el recorrido por los servicios de hospitalización se evidencio el área se encuentra en óptimas condiciones de aseo y limpieza, los recipientes para corto-punzantes (guardianes) están debidamente fijados y los rótulos están debidamente diligenciados, Se observa una correcta segregación de los residuos en los diferentes recipientes se evidencio que el personal utiliza debidamente los elementos de protección personal como: tapabocas, guantes, gorros, careta, bata desechable se evidencio Extintores en el servicio de hospitalización Ortopedia, gabinete de incendios con fecha de vencimiento octubre del 2021. Se revisaron 2 equipos en el servicio de hospitalización Ortopedia los cuales fueron: Desfibrilador con Activo Fijo Código 0257 Modelo Sismed, Se evidencio Cronograma Mantenimiento Preventivo del 14 de abril del 2021 próxima en octubre y Calibración 11 de noviembre del 2021, Monitor de signos vitales, Activo Fijo Código 5499 Modelo Biocare, Se evidencio Cronograma Mantenimiento Preventivo del 08 de marzo del 2021 próxima en septiembre y Calibración 17 de octubre del 2021.

### COMO FORTALEZAS EXPRESADAS POR LOS FUNCIONARIOS:

- \* La institución cuenta con calidez humana.
- \* Solución oportuna a los inconvenientes de la IPS.
- \* Trabajo en equipo del talento humano, compromiso y actitud.

**OBSERVACIÓN 9.** En el componente Historia Clínica no se evidencio registros de educación brindada al usuario con cedula No. 6049084 y/o su familia en relación con su patología o temas de interés.

**OBSERVACIÓN 10.** En el componente Procesos Prioritarios no se evidencio en la historia clínica No. 6049084 registro sobre los riesgos propios del paciente al ingreso de la institución.

**OBSERVACIÓN 11.** En la Historia Clínica No. 6049084 no se evidenció nota de ingreso del médico al servicio de hospitalización.

**OBSERVACIÓN 12.** En el componente de entrevista con el paciente y su familia, refiere el paciente con cedula No. 6049084 no le brindaron educación de sus medicamentos de base.

**OBSERVACIÓN 13.** En el componente de entrevista con colaboradores, Se evidenció con el personal asistencial presentan confusión en los términos de evento adverso, incidente y complicación.



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

**OBSERVACIÓN 14.** En el componente de Recorrido por los Servicios, No se evidencio en el servicio de hospitalización Ortopedia y Sala de Quirúrgicas señalización para la evacuación en caso de emergencias.

**OBSERVACIÓN 15.** En el componente de Recorrido por los Servicios, en el área de Hospitalización Ortopedia el carro de paro no se evidenció que cumpla específicamente en cuanto al registro de temperatura y humedad.

**OBSERVACIÓN 16.** En el componente de Recorrido por los Servicios, -Infraestructura se evidenció la falta barras de sostén en baños de pacientes del servicio de hospitalización Ortopedia y sala de Quirúrgicas.

### PROGRAMAS:

Durante la visita de inspección y vigilancia, no se evaluaron los programas de detección oportuna y atención del cáncer, ruta cardiometabolica – hipertensión y diabetes, Tuberculosis y control prenatal, dado que por el nivel de complejidad la IPS no tiene habilitado estos programas.

### CONCLUSION

La Secretaría de Salud Pública Municipal en el marco normativo y de acompañamiento a la ESE, en el mejoramiento de la calidad de la prestación de los servicios de salud a la población caleña y como parte del proceso de inspección y vigilancia, estableció en este informe las fortalezas presentadas con el fin de incentivarlos como prestadores de servicios de salud en el buen manejo de todos los procesos y así lograr impactar en la comunidad con un servicio oportuno y de calidad; igualmente con el fin de lograr mejorar aquellas desviaciones encontradas se definieron unas observaciones, las cuales se establecen por cada uno de los componentes evaluados, observaciones que son sujetas a plan de mejoramiento, cuyas acciones de mejora deben ser medibles, ejecutables en un corto tiempo.

Para el desarrollo de la auditoria se determinó la evaluación de 8 componentes basados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, lineamientos, orientaciones, guías, etc. emitidos durante la pandemia del COVID-19, programas de salud trazadores.

Cada componente cuenta con unos criterios que se evaluaron en 3 categorías: CUMPLE, NO CUMPLE o NO APLICA, por lo que se presenta una calificación por los cuatro componentes que



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

dan cuenta del indicador de producto del Plan de Desarrollo 2020 - 2023 que hace referencia al cumplimiento del Sistema de Garantía de la Calidad en las IPS y una calificación global de la inspección y vigilancia en la cual se incluyó otros componentes.

### CALIFICACION

IPS-Nivel de Complejidad	COMPONENTE EVALUADO (A)	TOTAL CRITERIOS EVALUADOS	VALOR CRITERIO CUMPLIDO (B)	No. CRITERIOS CUMPLIDOS (C)	ADICION POR NO APLICA	PESO PORCENTUAL CALIFICACION FINAL (BxC)
HOSPITAL DEPTAL MARIO CORREA RENGIFO	PAMEC	30	0,5	30	1,25	16,25
	Protocolos de bioseguridad	9	1,11	5	1,38	6,93
	Gestión para la Atención al Usuario	6	1,6	6	1,25	10,85
	Referencia/Contrarreferencia	9	0,88	8	1,11	8,15
	Indicadores de Calidad	7	2,14	5	1,78	12,48
	Seguridad del Paciente	9	1,66	8	1,11	14,39
	Programas de DT Y PE (DM-HTA-CA)	131	0,075			0,00
	Paciente Trazador	96	0,093	79	1,52	8,87
	Estrategia PRASS	22	0,45	19	1,49	10,04
<b>CALIFICACION DEL DESEMPEÑO:</b>						<b>88,0</b>
<b>No habilitado</b>						

Nota: el ponderado correspondiente a Programas, se distribuye en los ítems que si fueron evaluados (1,25 por cada uno)

Gestión **Sobresaliente** mayor al 90% de cumplimiento.  
 Gestión **Buena**: 80 – 89 % de cumplimiento.  
 Gestión **Aceptable**: 60 – 79% de cumplimiento.  
 Gestión **Deficiente** menor al 59% de cumplimiento.

### CUMPLIMIENTO DEL SOGC

IPS	COMPONENTE	CRITERIOS POR COMPONENTE	VALOR CRITERIO CUMPLIDO	No. CRITERIOS CUMPLIDOS	ADICION POR NO APLICA	CALIFICACION FINAL
HOSPITAL DEPTAL MARIO CORREA RENGIFO	PAMEC	30	0,833	30		24,99
	Referencia-Contrarreferencia	9	2,777	8		22,216
	Indicadores de Calidad	7	3,57	5	2,975	20,825
	Seguridad del Paciente	9	2,777	8		22,216
<b>CUMPLIMIENTO %</b>						<b>90</b>

META 2021: 90%



ALCALDÍA DE  
SANTIAGO DE CALI  
SECRETARÍA DE SALUD

## INFORME EJECUTIVO

SUBSECRETARÍA DE ASEGURAMIENTO Y DESARROLLO DE SERVICIOS  
GRUPO ASEGURAMIENTO

VISITA DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA A LA PRESTACION DE SERVICIOS  
DE SALUD IPS PUBLICAS Y PRIVADAS

Nombre	Firma	Cargo
Óscar Fernando Gómez Palencia		Coordinador grupo Visita de Inspección y Vigilancia
Eduardo Cruz Fernández		Contratista
Oscar Eduardo Marín		Contratista
Luz Carime Jiménez		Contratista
Gilian Camacho Ramírez		Contratista
Herman Steven Escobar Medina		Contratista
Isabel Eugenia Bertín		Contratista
Gloria Stella López López		Contratista
Bibiana Morales Morales		Coordinadora Proyecto de inversión

### ANEXOS

#### ANEXO 1:

#### FORMATO PARA ELABORACION PLAN DE MEJORAMIENTO