1. **IDENTIFICACION**

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:** ESE SALUD PEREIRA - CENTRO DE SALUD CASA DEL ABUELO

**NOMBRE DEL GERENTE:** JORGE IVAN DUQUE CARDONA

**DIRECCIÓN:** Parque industrial al frente de la estación de policía

**TELÉFONO:** 3515252 **FAX:** No aplica

**CORREO:** calidad@saludpereira.gov.co

**NIT:** 816005003-5

**FECHA DE LA VISITA:** 15 de abril de 2021

**FUNCIONARIO QUE ATIENDE LA VISITA:** Diana Mabelly Velásquez y Angela María Vallejo

**CARGO DEL FUNCIONARIO:** Líder de Calidad y enfermera coordinadora consulta externa

1. **OBJETIVO DE LA VISITA:**

Realizar visita de asistencia técnica a la ESE Salud Pereira en los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, Programa de Seguridad del paciente y Política de Humanización, para el seguimiento a la implementación de la normatividad y lineamientos vigentes.

1. **HALLAZGOS POSITIVOS**:

* El portafolio que se encuentra registrado en el REPS corresponde con los servicios ofertados, se observa el ambiente del servicio de odontología el cual se encuentra cerrado.
* La visita se desarrolla con un equipo interdisciplinario de la ESE, lo cual permite gestionar y articular todas las acciones que conducen al cumplimiento de la normatividad para la seguridad del paciente
* Las acciones pendientes del plan de mejoramiento se evidencian cumplidas
* El empoderamiento del personal asistencial se evidencia en el desarrollo de la visita.

1. **COMPONENTES:**

**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPONENTES** | **% CUMPLIMIENTO** | **OBSERVACIÓN** |
| **SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN** | 100% | El registro especial de prestadores se encuentra vigente.  Cuenta con los distintivos visibles a la comunidad.  Los horarios de atención corresponden con la necesidad de la comunidad del sector. |
| **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD** | 100% | Cuenta con reporte de la resolución 256/16.  La información es reportada mensualmente por la sede a la coordinadora de consulta externa quien se encarga de realizar análisis |
| **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD** | 100% | Actualmente se encuentran en proceso de autoevaluación para nuevo PAMEC.  El enfoque de implementación para el mejoramiento de la calidad es Acreditación.  No conocen aun la autoevaluación realizada por la líder de calidad, por lo cual no conocen la priorización  Realizan retroalimentación de las auditorias, cuentan con cronograma de visitas al puesto de salud, en la cual se verifican diferentes aspectos realizando retroalimentación en las reuniones con el equipo de trabajo  Conocen el concepto de mejoramiento continu  . |
| **TOTAL** | **100%** |  |

**IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPONENTES** | **% CUMPLIMIENTO** | **OBSERVACIÓN** |
| **POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** | 70% | PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS:  Cuentan con Programa y Política de seguridad del paciente.  Cuentan con documento de adopción de la política de seguridad del paciente  Cuenta con evidencia bimensual del comité de seguridad del paciente.  La gerencia no asigna presupuesto económico para las actividades de seguridad  Existe equipo líder en los aspectos de seguridad  Se brinda entrenamiento a los líderes en los aspectos de seguridad  Se evidencia la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos en el proceso de atención.  Tienen definido e implementado un sistema de análisis de las fallas de atención en salud.  No realizan gestión segura de la tecnología biomédica  No cuentan con comité de gestión de la tecnología  No cuentan con mecanismos variados para el reporte de los eventos adversos  Cuentan con liderazgo efectivo en la sede  No cuentan con indicadores definidos para el monitoreo de la seguridad del paciente  Cuentan con evidencias de los análisis de eventos adversos presentados en la institución.  Cuentan con programa de capacitaciones y cronograma para el 2021 con temas de seguridad del paciente.  PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS:  Cuenta con protocolo para la correcta, identificación del usuario, procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, lavado de manos, bioseguridad, limpieza y desinfección, consentimiento informado, seguridad del binomio madre e hijo, detectar prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención, mejorar la seguridad en la utilización de medicamento.  Cuenta con listas de chequeo para medir la adherencia a los paquetes instruccionales.  Se retroalimenta al personal sobre los hallazgos encontrados durante la aplicación de la lista de chequeo.  No cuentan con indicadores de monitoreo de la seguridad  Cuentan con concepto sanitario vigente.  Se realizan rondas de seguridad bimensuales |
| **TOTAL** | **70%** |  |

**IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPONENTES** | **% CUMPLIMIENTO** | **OBSERVACIÓN** |
| **POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN** | 83% | Se cuentan con Política de Humanización.  Se tiene definido el enfoque de la Política de humanización.  Se tiene estrategias definidas en el programa de humanización.  Se evidencia implementación de las estrategias.  Se cuenta con mecanismos para la medición de la adherencia a la política de humanización.  Se cuenta con indicadores para el monitoreo de las estrategias.  Se cuenta con cronograma de capacitación al talento humano para el fortalecimiento de competencias, aptitudes y actitudes.  No cuenta con estrategias para el fortalecimiento de las competencias y aptitudes del talento humano. |
| **TOTAL** | **83%** |  |

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPONENTES** | **% CUMPLIMIENTO** | **OBSERVACIÓN** |
| **GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA** | 80% | No cuentan con perfil epidemiológico.  Cuenta con acto administrativos de la adopción de Guías de práctica clínica.  Se realizó evaluación de la adherencia a las GPC adoptadas del Ministerio de Salud y Protección Social.  Se ha realizado socialización de la implementación de las GPC adoptadas del Ministerio de Salud y la Protección Social.  Se retroalimenta a los profesionales de los hallazgos encontrados en la medición de adherencia a las GPC. |
| **TOTAL** | **80%** |  |

1. **OPORTUNIDADES DE MEJORA**

* Definir presupuesto económico para las actividades de seguridad
* Realizar gestión segura de la tecnología biomédica
* Constituir el comité de gestión tecnológica
* Definir mecanismos de reporte de los eventos adversos diferentes al formato del reporte, tales como línea telefónica, direcciones de internet, buzones entre otras.
* Incentivar en diferentes espacios el auto-reporte voluntario
* Construir indicadores para el monitoreo de seguridad del paciente (estructura, proceso)
* Implementar análisis de paciente trazador o sistema trazador que permita la búsqueda activa de fallas en la atención
* Construir indicadores de monitoreo de las actividades que la institución realiza para prevenir la ocurrencia de eventos adversos
* Documentar el protocolo o guías de manejo para la atención a pacientes con enfermedad mental.
* Documentar el protocolo de manejo del paciente con riesgo suicida y/o de autolesiones u omisión en la identificación del riesgo.
* Definir mecanismos de identificación de los pacientes con patología mental
* Identificar los riesgos que se pueden presentar en el proceso de atención de pacientes con patología mentales.
* Definir las Políticas institucionales relacionadas con los canales de comunicación entre el personal de salud con el paciente y su familia.
* Definir estrategias para el fortalecimiento de las competencias, actitudes y aptitudes del talento humano.

1. **PLAN DE MEJORAMIENTO:** Si

**FECHA DE ENVIO:** 10 días después de la entrega del informe ejecutivo.

1. **ASPECTOS A FORTALECER EN LA ASISTENCIA TECNICA**

* Formulación de los indicadores de monitoreo de las estrategias de seguridad del paciente



**CLAUDIA PATRICIA VARON RAMIREZ** 

**SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD SOCIAL**