



Universidad de Antioquia

Código:

Versión: 01

Fecha: 19/10/2016

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

AUTOEVALUACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN Y
AUDITORÍAS INTERNAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA
CALIDAD DEL HOSPITAL INFANTIL SANTA ANA, MEDELLÍN 2020.

MARÍA TERESA GUTIÉRREZ ECHAVARRÍA

TECNOLOGÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

ASESOR ACADÉMICO

GUIDO MANUEL HERNÁNDEZ PATERNINA

Profesor Facultad Nacional de Salud Pública - Universidad de Antioquia

ASESORA INSTITUCIONAL

ESTHER JUDITH GUZMAN SOSA

Líder de Calidad - Hospital Infantil Santa Ana

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
“HÉCTOR ABAD GÓMEZ”

MEDELLÍN, 2020



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Informe final

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL	8
3.1 MARCO NORMATIVO	8
3.2 MARCO TEÓRICO	9
3.3 MARCO CONTEXTUAL	11
4. OBJETIVOS	14
4.1 OBJETIVO GENERAL	14
4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5. PRODUCTOS	15
6. METODOLOGÍA	16
7. RESULTADOS	17
8. LOGROS ADICIONALES	22
9. LIMITACIONES	25
10. RECOMENDACIONES	26
11. AGRADECIMIENTOS	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS – Decreto 1011 de 2006, es el que permite mantener y mejorar la calidad de los servicios en salud y está integrado por cuatro componentes; el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación, las Auditorías para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios en Salud (PAMEC) y el Sistema de Información para la Calidad, estos componentes son fundamentales para las instituciones del país relacionadas directamente con el área de la salud y que tienen como referente el SOGCS para mantener altos estándares de calidad.

El ministerio de salud promulgó el decreto 780 de 2016 que compila todo lo del sistema de gestión de la calidad en salud, cuyo objetivo es racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único, teniendo un capítulo completo sobre las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al sistema general de seguridad social en salud. La Resolución 3100 de 2019 define los procedimientos y condiciones de inscripción y habilitación de los prestadores de servicios de salud, está también adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social la 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. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

El hospital infantil Santa Ana es una institución privada, sin ánimo de lucro, que presta servicios de salud de pediatría. Con el establecimiento de la ley 100 de 1993, se inicia la atención a los niños de los diferentes regímenes, contributivo y subsidiado, prestando los diferentes servicios de consulta general, consulta de pediatría y consulta de nutrición e igualmente se contaba con servicio de hospitalización.

El Proceso de Dirección Gestión Integral de la Calidad, es el instrumento base que permite a la institución planear, ejecutar y controlar las diferentes actividades, donde su fin es dar cumplimiento a la misión, logrando prestar servicios de salud con calidad.

Es por ello por lo que en este proceso se busca implementar la autoevaluación de la Resolución 3100 de 2019 que establece el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, realizar auditorías internas de gestión de la calidad, que permitirán mejorar el desarrollo y calidad de la prestación de servicios de salud del Hospital Infantil Santa Ana.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en su artículo 227 que habla del Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud y que es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud e incluyendo las auditorías médicas de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, se promueve el cumplimiento al objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS desarrolla acciones que se orientan 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 prerrequisito para alcanzar los resultados. Esto para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención en Salud, debe cumplir con las características de: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad.

También con el Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 4, nombra los componentes del SOGCS, dentro de los que se encuentran el Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad y con el establecimiento de la Resolución 3100 del 25 de noviembre de 2019, la cual adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, por medio de la cual se modifica la resolución 2003 del 25 de mayo de 2014, por lo tanto todas las instituciones a quienes aplique esta norma deberán acogerse y aplicarla para la habilitación de sus servicios.

Por medio de esta Ley, el Decreto y la Resolución el Hospital Infantil Santa Ana se rige para prestar servicios de Calidad ya que la no aplicación de la norma se convierte en un problema para los prestadores de servicios de salud, por lo que, se verán afectados a la hora de realizar el proceso de habilitación y prestación de los servicios, e igualmente en el momento en que las diferentes secretarías de salud distritales, departamentales y municipales realicen visitas de verificación del cumplimiento de habilitación, traerán consecuencias como el cierre de servicios de salud, problemas al realizar la autoevaluación para la habilitación de servicios, o que se logre abrir nuevos servicios en la institución.

Es muy importante que las instituciones prestadoras de servicios de salud tengan en cuenta las modificaciones de las normas para adoptarlas y usar cada herramienta que en



Universidad de Antioquia

Código:

Versión: 01

Fecha: 19/10/2016

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

ellas se encuentran para de esta manera evitar dificultades que más adelante afectará el desarrollo y la prestación de servicios de las instituciones.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

2. JUSTIFICACIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 4, nombra los componentes del SOGCS, dentro de los que se encuentran el Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad los cuales desarrollan acciones que se orientan 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 la estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los resultados.

Las normas a través del tiempo están en constante actualización de acuerdo con las necesidades que se presenten en el medio e igualmente las Instituciones prestadoras de servicios de salud se ven en la obligación de adaptarse a la nueva normatividad, para realizar mejoras y cambios en la prestación de los servicios y mejorar la calidad generando satisfacción en los pacientes.

Es por ello por lo que el Hospital Infantil Santa Ana se acoge a la nueva normatividad de Habilitación y se plantea desde el área de Calidad realizar una autoevaluación de los nuevos estándares que plantea la nueva resolución 3100 de 2019 en cuanto a la Habilitación de Servicios de Salud, lo cual permitirá que el Hospital mejore en cuanto a Calidad, Seguridad y Satisfacción del paciente. Es muy importante abordar la nueva normatividad e ir implementando estrategias que permitan que el personal de la institución logre comprender y aprender la norma para beneficio de todos y para garantizar una prestación de servicios con las mejores condiciones, que beneficien a la institución y al paciente que es el principal beneficiado.

Administrativamente el hospital está dividido por procesos, es decir, implementa el modelo de Gestión por Procesos, estructurado en bloques de la siguiente manera, Procesos de Dirección, Procesos Misionales y los Procesos de Apoyo. Este sistema de gestión permite que la institución linealmente desarrolle cada una de las actividades de la mejor forma y garantizando el cumplimiento con eficiencia y eficacia, e igualmente este proceso permite realizar un seguimiento y evaluación a cada proceso a través del ciclo PHVA facilitando realizar ajustes y mejoras en los procesos. El hospital tiene como política la seguridad del paciente y calidad de los servicios de salud, basados en manuales de procedimientos que permiten al personal asistencial mantener buenas prácticas en la atención.

La práctica se justifica no solo para dar cumplimiento como requisito educativo si no para aportar a los objetivos propuestos y apoyar en minimizar los riesgos de eventos



Universidad de Antioquia

Código:

Versión: 01

Fecha: 19/10/2016

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

adversos e incidentes, velar por la seguridad del paciente, la satisfacción de la prestación de los servicios de salud en el Hospital Infantil Santa Ana brindando así una atención de calidad a los usuarios, pacientes y demás.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

3. MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

3.1 MARCO NORMATIVO

La ley 100 de 1993 a través de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en su artículo 227 habla del Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud y es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo las auditorías médicas de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios y donde la información producida será de conocimiento público.

También el Decreto 1011 de 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, en su artículo 4, nombra los componentes del SOGCS, dentro de los que se encuentran el Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad, los cuales están orientados a mejorar los resultados en la atención en salud, centrados en los usuarios a través de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

El decreto 780 de 2016, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único, teniendo un capítulo completo sobre las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al sistema general de seguridad social en salud, los aportes, los planes de atención complementarios en el contributivo y los convenios entre EPS y cajas de compensación familiar también habla del flujo financiero de los recursos en el régimen subsidiado y recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del sistema obligatorio de calidad en la atención de seguridad social en salud.

La resolución 5095 de 2018, por la cual se adopta el Manual Único de Acreditación. Este manual es la herramienta que brinda las bases para aplicar y desarrollar la acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, por medio de la cual se garantiza la mejora de la calidad de los servicios prestados por las diferentes instituciones.

Por último, como base para el desarrollo de este trabajo está la Resolución 3100 de 2019, a través de la cual se crea el Manual Único de Inscripción de prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, esta base nos proporciona la herramienta fundamental para el desarrollo de la autoevaluación de servicios habilitados en la

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

institución y los que se desee habilitar, ya que nos da los lineamientos y las condiciones mínimas con las que debe contar para poder habilitar servicios de salud.

3.2 MARCO TEÓRICO

En Colombia la década de los 90's fue el inicio de cambios importantes en el sistema de salud, en el cual se busca a partir de este momento aumentar las competencias institucionales en la prestación del servicio; de este modo se estructura un plan que pueda permitir generalizar la calidad del servicio prestado a la población colombiana, sin discriminación de etnia, sexo o nivel social.

Para lograr dichos cambios fue necesario implantar políticas que exigieran a las instituciones la creación de dichas competencias de los prestadores y aseguradores del nuevo sistema de seguridad que tomaría forma después de la aparición de la muy novedosa y polémica ley 100, establecido parámetros de calidad en salud, basados en características generales como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

La reforma del Sistema de salud en Colombia ofrece un diseño atractivo, con la adopción de instituciones y mecanismos que no presentaban antecedentes principalmente en los países de América Latina. El país adoptó el seguro público de salud con una connotación muy particular: desde un punto de vista macro, hizo explícito el propósito de universalizar el seguro, en un caso extendiendo la cobertura a la familia de los cotizantes mediante el régimen contributivo (5) y, en otro caso, afiliando de manera gratuita a las personas sin capacidad de pago a través del régimen subsidiado. Para lograr esta ampliación de cobertura, se dispuso un aumento en la contribución sobre la nómina (del 7 al 12% del ingreso salarial), así como en la destinación de recursos fiscales para cubrir los subsidios, en particular mediante las transferencias de inversión social recibidas por los municipios.¹ La calidad en la salud marca como componentes las acciones de carácter permanente que buscan asegurar a cada paciente recibir la atención necesaria diagnóstica y terapéutica que le permita alcanzar un resultado óptimo con el menor riesgo posible de lesiones iatrogénicas y con máxima satisfacción del usuario. Algunos de estos componentes pueden ser:

Acreditación del servicio en su estructura, proceso y resultado

Auditoría clínica directa

Evaluación de la calidad

Evaluación de la calidad de los recursos

Monitoreo del proceso de atención

¹ Espacio Abierto, ¿Qué enseña Reforma Colombiana Sobre los Mercados de Salud?; Pag 8, Restrepo Zea J.2004

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

Satisfacción del cliente externo e interno

Las evaluaciones de la calidad en general se realizan sobre la Estructura, el Proceso o el Resultado de los servicios de salud. Los indicadores de los resultados de la atención médica son los que predominan hoy en día.

La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

En este ámbito, la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomó como iniciativa lanzar la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, (2) Entre las acciones de la alianza están:

Abordar el problema de las infecciones asociadas con la atención de salud en una campaña denominada "Atención higiénica es atención más segura".

Formular una taxonomía de la seguridad del paciente que sirva para notificar sucesos adversos. Identificar y divulgar las "mejores prácticas".

Elaborar sistemas de notificación y aprendizaje para facilitar el análisis de las causas que originan errores y prevenirlos.

Lograr la participación plena de los pacientes en la labor de la alianza.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGCS, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente; así, desde junio de 2008, el Ministerio de la Protección Social expidió los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Como parte de la misma Política de Seguridad del Paciente, el Ministerio de la Protección Social por medio de la Unidad Sectorial de Normalización, desarrolló un documento que recoge las prácticas más relevantes desarrolladas en el ámbito de la Seguridad del Paciente, estamos hablando de la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”, cuya orientación es brindar a las instituciones directrices técnicas para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad; y sirven de insumo para poder investigar cuales son las causas que los generan, cuáles son las disposiciones de las instituciones para que estos aparezcan, y una vez identificadas las

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

causas y los condicionantes, nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso. Lo importante es no dejar que suceda el evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

3.3 MARCO CONTEXTUAL

Generalidades del Hospital Infantil Santa Ana

RESEÑA HISTÓRICA



El Hospital Infantil Santa Ana es una entidad privada, sin ánimo de lucro, fundada en 1943 por legado testamentario de Ana Josefa Misas de Echavarría, con el fin inicial de proporcionar atención médica y odontológica a los niños de escasos recursos del sector de El Poblado y atención prenatal a sus madres.

Posteriormente se extendieron los servicios a la población de escasos recursos del Departamento y otras regiones del país. En 1982 se inició la consulta de asma y

enfermedades respiratorias.

Con el establecimiento de la ley 100, se comenzó a brindar los servicios a pacientes particulares y afiliados del régimen Subsidiado y Contributivo.

MISIÓN

Somos una institución hospitalaria pediátrica, privada, sin ánimo de lucro, que brinda la mejor atención integral en salud, con énfasis en trastornos nutricionales. Promovemos el sano crecimiento del niño y contribuimos a la generación de conocimiento.

VISIÓN

En el 2025 seremos una organización auto sostenible, con altos estándares de calidad en la atención integrada de pacientes Pediátricos y Gestión del Conocimiento, en la modalidad presencial y E-Salud, con énfasis en problemas nutricionales, respiratorios y compromiso social.

VALORES

Respeto, Equidad, Compromiso, Vocación de Servicio, Coherencia.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

SERVICIOS

HOSPITALIZACIÓN

Medicina General

Nutrición

Pediatría

Psicología

CONSULTA EXTERNA

Dermatología

Endocrinología Pediátrica

Medicina General

Nutrición

Pediatría

Psicología

Administrativamente el Hospital está dividido por procesos, es decir, implementa el modelo de Gestión por Procesos, estructurado en bloques de la siguiente manera:

Procesos de dirección donde se encuentra; la Gestión de Direccionamiento Estratégico y Gestión Integral de la Calidad.

Procesos Misionales están compuestos por; Atención del Paciente en Hospitalización, Atención del Paciente en Consulta Externa, Atención del Paciente en Familias Saludables y Gestión de Atención al Usuario.

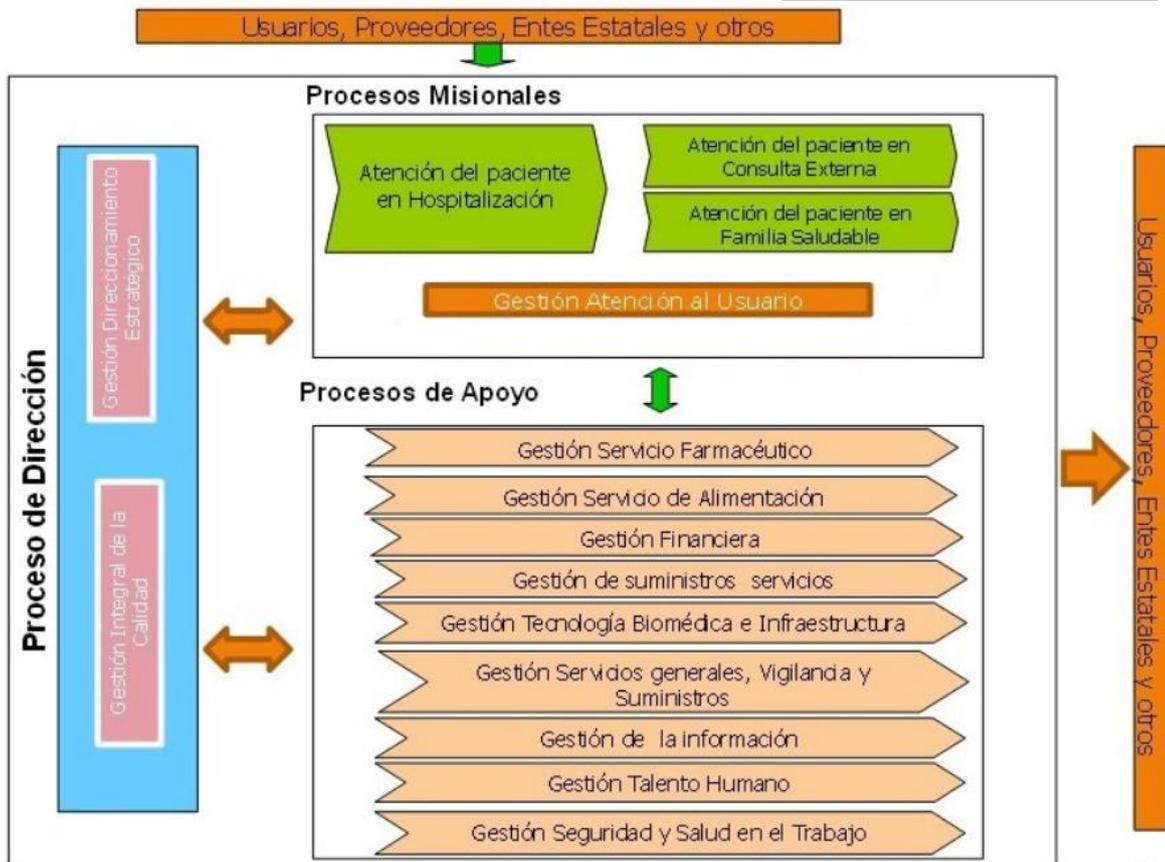
En los Procesos de Apoyo se encuentran; Gestión Servicio Farmacéutico, Gestión Servicio de Alimentación, Gestión Financiera, Gestión de Suministros Servicios, Gestión Tecnología Biomédica e Infraestructura, Gestión Servicios Generales, Vigilancia y Suministros, Gestión de la Información, Gestión Talento Humano, Gestión Seguridad y Salud en el Trabajo.

Este sistema de gestión permite que la institución linealmente desarrolle cada una de las actividades de la mejor forma y garantizando el cumplimiento con eficiencia y eficacia, e igualmente este proceso permite realizar un seguimiento y evaluación a cada proceso a través del ciclo PHVA facilitando realizar ajustes y mejoras en los procesos.

El hospital tiene como política la seguridad del paciente y calidad de los servicios de salud, basados en manuales de procedimientos que permiten al personal asistencial mantener buenas prácticas en la atención.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir con el fortalecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el componente de Autoevaluación del Sistema Único de Habilitación y desarrollo de auditorías internas de calidad del Hospital Infantil Santa Ana de la ciudad de Medellín, 2020.

4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.1.1.1 Apoyar la autoevaluación del Sistema Único de Habilitación como lo establece la resolución 3100 del 2019 del SOGC.

4.1.1.2 Acompañar el desarrollo de auditorías internas en el Hospital con énfasis en la Seguridad del Paciente.

4.1.1.3 Participar en la difusión del Plan de Educación y Comunicación de Seguridad del paciente en la Institución.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

5. PRODUCTOS

Acompañamiento en la realización de la Autoevaluación del Sistema Único de Habilitación de la resolución 3100 de 2019 en los servicios de hospitalización y consulta externa.

Acompañamiento en la realización de las Auditorías Internas de Gestión de la Calidad con su respectivo plan de mejoramiento, que permitan analizar y tomar medidas correctivas para mejorar la calidad de los servicios y seguridad del paciente.

Construcción de material para difusión de información al talento humano de la institución, pacientes, cuidadores y visitantes.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

6. METODOLOGÍA

La metodología para implementar en el desarrollo de este trabajo será de la siguiente forma:

Como primera etapa, está la búsqueda de herramientas, es decir documentación base que sirva como fundamento para el desarrollo del trabajo.

La segunda etapa, fue, revisar el instrumento base para la implementación de la autoevaluación de Habilitación y Auditorías en la institución en los diferentes servicios.

Tercera etapa, acompañar la autoevaluación de Habilitación con base en la resolución 3100 de 2019, Auditorías internas de gestión de la calidad, por medio de encuestas y análisis a los procedimientos del personal asistencial.

Como siguiente etapa está el acompañamiento a la elaboración de los informes de las Auditorías internas.

Como quinta etapa se brindó el apoyo a la construcción del material en el plan de educación y comunicación para el talento humano, pacientes, cuidadores y visitantes de la institución.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

Código:

Versión: 01

Fecha: 19/10/2016

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CODIGO	FO-CA-003
		VERSION	01
		FECHA	24/11/2016

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CODIGO	FO-CA-003
		VERSION	01
		FECHA	24/11/2016

PROCESO O PROCEDIMIENTO	RESPONSABLE	FECHA DEL INFORME
Atención del Paciente Hospitalizado	Esther Judith Guzmán – Líder de Calidad Isabel López Gallo – Estudiante Jefe de enfermería María Teresa Gutiérrez- Practicante	17 de Diciembre del 2020
EQUIPO AUDITOR	FECHA AUDITORIA	AUDITORIA
Esther Judith Guzmán – Líder de Calidad Isabel López Gallo – Estudiante Jefe de enfermería María Teresa Gutiérrez- Practicante	17 de Diciembre del 2020	Concurrente
OBJETIVO DE LA AUDITORIA		ALCANCE DE LA AUDITORIA
Evaluar la adherencia del personal asistencial enfermeras al protocolo de administración de medicamentos		
PERSONAS ENTREVISTADAS		DOCUMENTOS AUDITADOS
		Protocolo de Administración de medicamentos

CONCLUSIONES GENERALES
Se tuvo una adherencia a la norma del 96% teniendo en cuenta que: Se observa un cumplimiento del 94% en normas de bioseguridad y asepsia; algunas enfermeras no realizan la asepsia en el sitio, limpia la superficie del tapón o ATI antes de administrar el medicamento La administración del medicamento por la vía correcta tuvo un cumplimiento del 86% ya que algunas enfermeras no revisan la permeabilidad de la vena antes de administrar el medicamento y no salinizan el acceso venoso VER ANEXO 1 y 2
El personal sanitario encargado de administrar medicamentos es muy ordenado, rotula adecuadamente y prepara de forma adecuada

OBSERVACIONES/ PLAN DE MEJORA
Se recomienda capacitar al personal más frecuentemente para mejorar los hallazgos encontrados No fue posible auditar a la Jefe de enfermería ya que no administra medicamentos

FORTALEZAS
El personal de enfermería tuvo muy buena disposición para el acompañamiento durante la actividad Reconocen el protocolo de administración de medicamentos Realizan correctamente las medidas de bioseguridad para la administración de medicamentos: Lavado de manos, utilización de EPP, desechan adecuadamente las basuras y agujas Tienen al alcance todos los elementos e insumos necesarios para la administración de medicamentos Limpia el carro de medicamentos antes de iniciar la preparación de los medicamentos La auxiliar utiliza el Kárdex para la preparación de medicamentos
OBSERVACIONES
NO CONFORMES
Se observa que en las normas de bioseguridad y asepsia no se cumple con: <ul style="list-style-type: none"> Realización de asepsia en el sitio, limpia la superficie del tapón o ATI antes de administrar el medicamento. Revisa la permeabilidad de la vena antes de administrar el medicamento Saliniza al acceso venoso.

Esther Judith Guzmán S.	Esther Judith Guzmán S.	Cecilia E. Ruiz S.
REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ

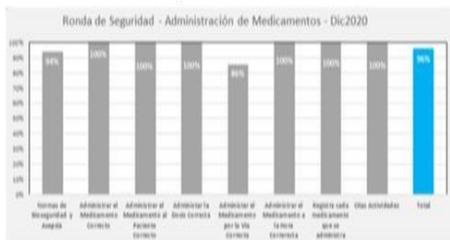
Esther Judith Guzmán S.	Esther Judith Guzmán S.	Cecilia E. Ruiz S.
REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CODIGO	FO-CA-003
		VERSION	01
		FECHA	24/11/2016

	INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CODIGO	FO-CA-003
		VERSION	01
		FECHA	24/11/2016

GRÁFICOS DE RESULTADOS

Resultados por Dominios- Ronda Octubre



No Cumplimiento

CHEQUEO RONDAS DE SEGURIDAD - 2020
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

CATEGORÍA	CRITERIO	TOTAL NO CUMPLIMIENTO	HALLAZGOS
Normas de Bioseguridad y Asepsia	Realiza asepsia en el sitio, limpia la superficie del tapón o ATI antes de administrar el medicamento	1	
	Revisa la permeabilidad de la vena antes de administrar el medicamento	1	
Saliniza el acceso venoso	Saliniza al acceso venoso	1	

Esther Judith Guzmán S.	Esther Judith Guzmán S.	Cecilia E. Ruiz S.
REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ

Esther Judith Guzmán S.	Esther Judith Guzmán S.	Cecilia E. Ruiz S.
REALIZÓ	REVISÓ	APROBÓ

Evidencias



SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Informe final

Y para terminar con el tercer objetivo se elaboraron los plegables y las diapositivas de acuerdo con el Plan de Educación y Comunicación para la Salud y la Estrategia Multimodal de la Higiene de Manos, esto de acuerdo a los reglamentos del Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud para dar cumplimiento con un excelente servicio en las entidades prestadoras de salud.

EDUCACIÓN- PREVENCIÓN COVID COVID-19

OBJETIVO DE LOS 5 MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS

Comprender y entender cada momento de higiene de manos para evitar las infecciones cruzadas en pacientes y personal asistencial.

Miércoles en tus manos

ESTRATEGIA MULTIMODAL - HIGIENE DE MANOS OMS

EDUCACIÓN- PREVENCIÓN COVID COVID-19

TÉCNICA HIGIENE DE MANOS

¿Cómo se realiza la higiene de manos?

- FRICCIÓN DE MANOS**
Se realiza con un preparado de base Alcohólica, según la OMS este debe usarse siempre que este disponible
- LAVADO DE MANOS**
Se realiza con agua y jabón cuando las manos estén visiblemente sucias y cuando existe una fuerte sospecha o evidencia de exposición

ESTRATEGIA MULTIMODAL - HIGIENE DE MANOS OMS

EDUCACIÓN- PREVENCIÓN COVID COVID-19

LOS 5 MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE MANOS

5 Momentos para la Higiene de Manos

1. Antes de tocar a un paciente
2. Antes de realizar un procedimiento aséptico
3. Después de tocar a un paciente
4. Después de tocar un objeto inanimado
5. Después de tocar un objeto inanimado

ESTRATEGIA MULTIMODAL - HIGIENE DE MANOS OMS

EDUCACIÓN- PREVENCIÓN COVID COVID-19

HIGIENE DE MANOS POR FRICCIÓN

Duración de 20 - 30 segundos

1. Se frota la palma de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
2. Se frota la palma de la mano izquierda contra la palma de la mano derecha, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
3. Se frota la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
4. Se frota la palma de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
5. Se frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, separándose los dedos.
6. Se frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Se frota la punta de los dedos de la mano izquierda contra la palma de la mano derecha, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Una vez hechas, sus manos son seguras.

ESTRATEGIA MULTIMODAL - HIGIENE DE MANOS OMS

EDUCACIÓN- PREVENCIÓN COVID COVID-19

HIGIENE DE MANOS POR LAVADO

Duración de 40 - 60 segundos

0. Mójese las manos con agua.
1. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.
2. Frote las palmas de las manos entre sí.
3. Frote la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frote las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frote el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, separándose los dedos.
6. Frote con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
7. Frote la punta de los dedos de la mano izquierda contra la palma de la mano derecha, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
8. Enjuáguese las manos con agua.
9. Séquese con una toalla desechable.
10. Sirvase de la toalla para cerrar el grifo.
11. Sus manos son seguras.

ESTRATEGIA MULTIMODAL - HIGIENE DE MANOS OMS

EDUCACIÓN- PREVENCIÓN COVID COVID-19

¿CUÁNDO DEBEMOS USAR LOS GUANTES?

Antes de:

- Realizar una tarea aséptica
- Ingresar a un entorno de aislamiento
- Tener contacto con fluidos corporales del paciente
- Al realizar arreglo de cama de un paciente
- En toda actividad de atención al paciente

ESTRATEGIA MULTIMODAL - HIGIENE DE MANOS OMS

EDUCACIÓN- PREVENCIÓN COVID COVID-19

¿CÓMO ME PONGO LOS GUANTES?

1. Colocar los guantes en el campo estéril.
2. Coger el guante por la zona más cercana a nosotros e introducir la mano correspondiente.
3. Tener cuidado de no tocar la zona que entrará en contacto con el paciente (la superficie exterior del guante).
4. Para colocar el segundo guante, introducir los dedos tal como se indica en la imagen. Así evitaremos la contaminación del primer guante.
5. Para terminar la maniobra, introducir los dedos por la cara externa que queda descubierta y terminar de estirarlo.
6. De este modo, no se producirá contaminación en ninguno de los guantes.

ESTRATEGIA MULTIMODAL - HIGIENE DE MANOS OMS

EDUCACIÓN- PREVENCIÓN COVID COVID-19

¿CÓMO RETIRO LOS GUANTES?

1. Deslizar por el interior el primer guante.
2. Retirar al primer guante.
3. Recojiéndolo a la vez en la palma del segundo guante.
4. Recojiendo del primer guante.
5. Retirar al segundo guante introduciendo los dedos por el interior, sin tocar la parte externa del mismo.
6. Retirar los dos guantes al contenedor adosado.

ESTRATEGIA MULTIMODAL - HIGIENE DE MANOS OMS

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE

DISLEXIA

1. ¿QUE SON LOS TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE?

Son dificultades en el procesamiento de la información de base neurológica, a menudo con un componente genético que condiciona a un niño con un nivel de inteligencia normal impidiendo que aprenda una habilidad y la utilice eficazmente.

Dichos trastornos afectan las habilidades del niño - a saber:

- La lectura
- La escritura
- Las matemáticas
- Las habilidades no verbales

2. ¿QUE ES LA DISLEXIA?

Se trata de un trastorno del aprendizaje que dificulta procesos relacionados con el lenguaje.

Los síntomas pueden variar, pero en general se pueden observar los siguientes:

- Nivel de lectura muy por debajo del que se espera para la edad
- Problemas para procesar y comprender lo que se oye
- Dificultad para conectar los palabras con los sonidos que produce
- Dificultad para reconocer los sonidos de las palabras
- Dificultad para reconocer secuencias de cosas
- Problemas para recordar secuencias de cosas
- Tardar más tiempo del habitual en completar tareas que corrientes para su edad
- Evitar actividades que conlleven leer o escribir
- Invertir los y/o números

4. ¿CUAL ES EL TRATAMIENTO?

La dislexia no se cura, pero existen enfoques de enseñanza y estrategias que pueden ayudar a mejorar las habilidades lectoras:

- Terapia fonológica
- Neuro-rehabilitación
- Fonología

5. ¿QUE HACER EN CASA?

- Trabaja con letra y números si es necesario
- Cuando trabaje en una letra, infórmele que se debe usar más de un carácter
- Utilice un enfoque multisensorial
- Utilice una estrategia para leer (como el dedo índice sobre la línea de la letra) (la línea vertical de la b, o el dedo índice sobre que la parte redonda, o sea la pelota)

Servicio de Psicología HSA
Calle 14, No. 430-148 Manizales
Teléfono: 4441101

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES

El Hospital Infantil Santa Ana reconoce y se compromete a velar por el cumplimiento de los siguientes derechos que usted tiene como paciente en nuestra institución:

- A ser escuchado
- A ser tratado con respeto y cordial por parte del personal
- A ser tratado por su nombre
- A recibir una atención segura y de excelente calidad
- A la presencia de su familia y allegados de, sujeta a los horarios de la institución
- A recibir información clara, oportuna y eficaz en todo lo relativo a su enfermedad y tratamiento
- Recibir respeto a su personalidad, sus creencias, sus valores, cultura y religión
- A la privacidad de su historia clínica y al mayor grado de confidencialidad de la información
- A elegir el profesional de la institución para la atención de acuerdo a la oferta
- A recibir atención interdisciplinaria si así lo requiere
- A solicitar una segunda opinión por otro profesional que opere en la salud y consentimiento al mismo trámite
- A recibir y rechazar asistencia gratuita
- A recibir protección por parte de las autoridades competentes
- A decidir si participar o no en actividades de investigación
- A la información sobre los costos económicos y sobre la seguridad social, relativa a su situación particular
- Definir de indicaciones adecuadas, con la conciencia plena, indicaciones que facilite la decisión del paciente o representante durante su permanencia en el hospital
- Definir de forma explícita con acciones adecuadas para los niños
- Recibir educación en el manejo de recursos para mejorar su responsabilidad social y ser responsable con el medio ambiente
- A ser parte de un equipo de atención en el cumplimiento de requisitos de atención que deben recibir el personal auxiliar en relación de la atención segura

DEREBOS DE LOS PACIENTES

Usted como paciente o responsable del paciente debe asegurar una participación en el cumplimiento de los deberes, estipulados por el Hospital para garantizar su seguridad y una adecuada convivencia:

- Definir un lugar reservado al personal de la institución, a los demás pacientes y sus acompañantes
- Asistir puntualmente a las citas programadas
- Utilizar correctamente las instalaciones y mantenerlas en buen estado
- Suministrar la información clara y completa para su atención y colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad
- Cuidar de sus pertenencias, siempre y cuando su condición clínica lo permita
- Obrar al paciente acompañamiento por un adulto responsable
- Realizar el pago oportuno que genere los servicios prestados
- Reservar por escrito del acompañante a los demás pacientes los derechos y deberes del paciente, estos incluyen las normas de estancia hospitalaria
- Disponer de los residuos generados durante la estancia hospitalaria o permanencia temporal en el Hospital, en los puntos ecológicos del hospital
- Comprenderse con el cuidado del paciente por el cual es responsable durante la permanencia en el Hospital, siguiendo las indicaciones del personal asistencial

Calle 14, No. 430-148 Manizales
Teléfono: 4441101

FOMENTANDO VÍNCULOS SEGUROS

"El vínculo es una relación cálida e íntima que se establece entre los niños y sus cuidadores"

1. FUNCIÓN BIOLÓGICA

- Promueve protección y supervivencia
- Genera calma
- Da seguridad
- Combate la angustia
- Facilita el desarrollo físico y emocional

2. ¿QUE ES UN VÍNCULO SEGURO?

Relación donde predomina la confianza y el afecto a pesar de las dudas.

Se desarrolla a partir de los cuidados sensibles a las necesidades del niño, disponibles físico y emocionalmente para responder y ayudar en la adversidad.

Puede sentirse vivo, reconocido y aceptado.

Servicio de Psicología HSA
Calle 14, No. 430-148 Manizales
Teléfono: 4441101

¿SABÍAS QUE...?

3. INGREDIENTES PARA UN VÍNCULO SEGURO

- Hablar
- Jugar
- Cantar
- Abrazar
- Dar besos
- Decir Si y No
- Calmar
- Acariciar

4. INGREDIENTES PARA UN VÍNCULO SEGURO

- Paciencia 500 gr.
- Sensibilidad 150 ml.
- Comunicación 450 gr.
- Normas y límites 2 cucharadas
- Cariño incondicional 1 taza
- Disponibilidad al gusto

"EL VÍNCULO QUE NOS UNE ES LA ALEGRÍA Y EL RESPETO POR LA VIDA DEL OTRO"

Servicio de Psicología HSA
Calle 14, No. 430-148 Manizales
Teléfono: 4441101

Educación Comunicación para la Salud (E.C.p.S)

DOCUMENTOS

POLÍTICA

MATERIAL EDUCATIVO

MATERIAL EDUCATIVO PSICOLOGÍA

MATERIAL EDUCATIVO PREVENCIÓN COVID-19

MATERIAL EDUCATIVO MEDICO Y OTROS

MATERIAL EDUCATIVO NUTRICIÓN

MATERIAL EDUCATIVO PREVENCIÓN COVID-19

PLAN EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

SOPORTES DE GESTIÓN ECpS

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Informe final

8. LOGROS ADICIONALES

De acuerdo con el Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica se realizó la programación de la herramienta AGREE II por medio de Microsoft Excel la cual quedó amigable para cada uno de los médicos especialistas.

HOSPITAL INFANTIL SANTA ANA
Evaluación de Guías de Práctica Clínica
con Herramienta AGREE II®

Nombre GPC: GPC NIÑOS, NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA

Objetivo de la Guía:

Autores de la Guía:

Año de la Guía:

Cantidad de Evaluadores:

ACCESO DE LOS EVALUADORES

Dra. [] Dra. [] Dr. [] Dra. []

*Ingresar su código para acceder *Ingresar su código para acceder *Ingresar su código para acceder *Ingresar su código para acceder

HOSPITAL INFANTIL SANTA ANA
Registro de Profesional evaluador.

Nombre Completo del Profesional: Dra. Mariana Correa

Identificación del Profesional: 4392

Número de Tarjeta del Profesional: GPC-ASMA

Fecha de Evaluación de la Guía: 2016/10/19

Año de Publicación de la Guía: 2016/10/19

Autores de la Guía: []

Evaluación de Guías de Práctica Clínica con Herramienta AGREE II

DOMINIO 1 (Ítems observados) general(es) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
El (los) alcance(s) de salud cubren(s) por la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

DOMINIO 2 (Ítems observados) específicos de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes (verificar)

DOMINIO 3 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Los miembros clave de la guía están claramente identificados (verificar)

DOMINIO 4 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia (verificar)

DOMINIO 5 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
La evidencia que se utilizó para la guía está claramente descrita (verificar)

DOMINIO 6 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Los beneficios y limitaciones del consumo de la evidencia están claramente descritos (verificar)

DOMINIO 7 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Los métodos utilizados para controlar los sesgos de la evidencia están claramente descritos (verificar)

DOMINIO 8 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios y no los riesgos (verificar)

DOMINIO 9 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan (verificar)

DOMINIO 10 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Se incluye un procedimiento para actualizar la guía (verificar)

DOMINIO 11 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas (verificar)

DOMINIO 12 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Las recomendaciones clave son fácilmente aplicables (verificar)

DOMINIO 13 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación (verificar)

DOMINIO 14 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
La guía es aplicable en el contexto de la práctica profesional (verificar)

DOMINIO 15 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos (verificar)

DOMINIO 16 (Ítems observados) de la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

ALCANCE Y OBJETIVO
Una muestra de organizaciones de la evidencia involucradas en la elaboración de la guía se han registrado y acordado los condiciones de interacción de los miembros del grupo elaborador de la guía (verificar)

GPC NIÑOS, NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA

DOMINIO 1

ALCANCE Y OBJETIVO

Ítem 1: El (los) alcances de salud cubren(s) por la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

Ítem 2: El (los) alcances de salud cubren(s) por la guía a ser(n) evaluado(s) (verificar)

Ítem 3: El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes (verificar)

Ítem 4: Los miembros clave de la guía están claramente identificados (verificar)

Ítem 5: Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia (verificar)

Ítem 6: La evidencia que se utilizó para la guía está claramente descrita (verificar)

Ítem 7: Los beneficios y limitaciones del consumo de la evidencia están claramente descritos (verificar)

Ítem 8: Los métodos utilizados para controlar los sesgos de la evidencia están claramente descritos (verificar)

Ítem 9: Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios y no los riesgos (verificar)

Ítem 10: Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan (verificar)

Ítem 11: Se incluye un procedimiento para actualizar la guía (verificar)

Ítem 12: Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas (verificar)

Ítem 13: Las recomendaciones clave son fácilmente aplicables (verificar)

Ítem 14: La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación (verificar)

Ítem 15: La guía es aplicable en el contexto de la práctica profesional (verificar)

Ítem 16: Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos (verificar)

Ítem 17: Una muestra de organizaciones de la evidencia involucradas en la elaboración de la guía se han registrado y acordado los condiciones de interacción de los miembros del grupo elaborador de la guía (verificar)

GPC NIÑOS, NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA

DOMINIO 2

PARTICIPACIÓN DE LOS IMPACTADOS

Ítem 18: El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes (verificar)

Ítem 19: Los miembros clave de la guía están claramente identificados (verificar)

Ítem 20: Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia (verificar)

Ítem 21: La evidencia que se utilizó para la guía está claramente descrita (verificar)

Ítem 22: Los beneficios y limitaciones del consumo de la evidencia están claramente descritos (verificar)

Ítem 23: Los métodos utilizados para controlar los sesgos de la evidencia están claramente descritos (verificar)

Ítem 24: Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios y no los riesgos (verificar)

Ítem 25: Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y la evidencia en las que se basan (verificar)

Ítem 26: Se incluye un procedimiento para actualizar la guía (verificar)

Ítem 27: Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas (verificar)

Ítem 28: Las recomendaciones clave son fácilmente aplicables (verificar)

Ítem 29: La guía describe factores facilitadores y barreras para su aplicación (verificar)

Ítem 30: La guía es aplicable en el contexto de la práctica profesional (verificar)

Ítem 31: Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones sobre los recursos (verificar)

Ítem 32: Una muestra de organizaciones de la evidencia involucradas en la elaboración de la guía se han registrado y acordado los condiciones de interacción de los miembros del grupo elaborador de la guía (verificar)

GPC NIÑOS, NIÑAS CON DIAGNÓSTICO DE ASMA

1. Calificación: 7

2. ¿Recomendaría esta guía para su uso? SI

Notas:

Instrucciones para Calificar:

*Acreditación 1 (Ítem en desacuerdo): La puntuación 1 debe darse si no hay información relevante de ítem de AGREE II o si el concepto se presenta de forma muy vaga.

*Acreditación 2 (Ítem de acuerdo): La puntuación 2 debe darse si la calidad de la información es excepcional y cuando todos los ítems y consideraciones definidos en el Manual de Usuario se han documentado por completo.

*Acreditación 3 (Ítem en desacuerdo): La puntuación 3 debe darse cuando la información respecto al ítem de AGREE II no cumple por completo con todos los ítems y consideraciones. La puntuación se asigna dependiendo del grado de cumplimiento o calidad de la información. La puntuación 4 muestra un acuerdo más limitado y se abordan más consideraciones. La puntuación 5 muestra un acuerdo más limitado y se abordan más consideraciones.

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE EVALUACIÓN AGREE II

Nombre Completo del Profesional: Dra. Mariana Correa

Identificación del Profesional: 4392

Número de Tarjeta del Profesional: GPC-ASMA

Fecha de Evaluación de la Guía: 2016/10/19

Año de Publicación de la Guía: 2016/10/19

Autores de la Guía: []

ALCANCE Y OBJETIVO (Ítems observados) 16

PARTICIPACIÓN DE LOS IMPACTADOS (Ítems observados) 17

PRECISIÓN EN LA ELABORACIÓN (Ítems observados) 18

CLARIDAD DE PRESENTACIÓN (Ítems observados) 19

APLICABILIDAD (Ítems observados) 20

INDEPENDENCIA EDITORIAL (Ítems observados) 21

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 22

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 23

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 24

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 25

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 26

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 27

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 28

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 29

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 30

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 31

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 32

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 33

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 34

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 35

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 36

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 37

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 38

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 39

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 40

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 41

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 42

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 43

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 44

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 45

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 46

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 47

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 48

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 49

CONSIDERACIONES ADICIONALES (Ítems observados) 50

CONTINUAR CLIC AQUÍ

GUARDAR E IR A INICIO

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

De igual manera se brinda apoyo en las encuestas de autocontrol de enfermería en la web Google.

Mi unidad > Autocontrol HOSPITAL INFANTIL SANTA ANA > ENFERMERIA

Carpetas

- Registros

Archivos

Autocontrol (respuest...)	Autocontrol de Admin...	Autocontrol de Admin...	Autocontrol de Aisla...
Autocontrol de Canali...	Autocontrol de Egres...	Autocontrol de Entreg...	Autocontrol de Identi...
Autocontrol de Ingres...	Autocontrol de Lavad...	Autocontrol de Nebuli...	Autocontrol de notas ...
Autocontrol de Prese...	Autocontrol de Punci...	Autocontrol de Rotula...	Autocontrol de Sonda...
Autocontrol de Sonda...	Autocontrol de Toma ...	Autocontrol de Valora...	

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Informe final

9. LIMITACIONES

Pese a la pandemia no hubo ningún tipo de limitación ya que la institución tiene un protocolo de bioseguridad que me permitió desarrollar la práctica administrativa con total éxito.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

10. RECOMENDACIONES

Continuar con el enriquecimiento de la autoevaluación del Sistema Único de Habilitación como lo establece la resolución 3100 del 2019 del SOGC.

Fortalecer el desarrollo de auditorías internas en el Hospital con énfasis en la Seguridad del Paciente para prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos Adversos por la misma causa, para contar con institución segura y competitiva.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Informe final

11. AGRADECIMIENTOS

A Dios, como fuente de inspiración e iluminación en los procesos de formación como administradora en servicios de salud.

A mi familia, por su apoyo incondicional.

A la Universidad de Antioquia, docentes y en especial a Elkin Fernando Ramírez Rave coordinador del programa y Guido Manuel Hernández Paternina asesor académico por sus enseñanzas, esfuerzo y dedicación que hicieron en el paso por la Institución.

El Hospital Infantil Santa Ana, directivos y en especial a la líder de calidad Esther Judith Guzmán y su equipo de apoyo por el aporte y la orientación que me han permitido formarme como administradora en servicios de salud.

Mil gracias.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Informe final

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hospital Infantil Santa Ana [Internet] Medellín: Takub; c2015 [Consultado: 2021 Enero 10] Disponible en: <http://www.hospitalinfantilsantaana.org/>

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41.148 (diciembre 23 1993).

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5095 de 2018. Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Diario Oficial, 50784 (Noviembre 18 2018).

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 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, 46.230 (Abril 03 2006).

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Diario Oficial, 49.865 (Mayo de 2016).

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Diario Oficial, 51149 (Noviembre 26 2019).

Organización Panamericana de la Salud OPS [Internet] Medellín: [Consultado: 2021 Febrero 27] Disponible en: https://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov04.htm