

**EVALUACION INTEGRAL DE LOS ESTANDARES MINIMOS DE  
HABILITACION EN LA ESE CXAYUTCE JXUT, PUNTO DE  
ATENCION TORIBIO- CAUCA.**

**POR**

**CLAUDIA MILENA MALES  
EPIFANIO ENRIQUE CANTILLO  
MARTÍN EMILIO CERÓN BURBANO  
XIMENA JAZMINE LÓPEZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA CONVENIO EAN  
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD CON ÉNFASIS EN  
EPIDEMIOLOGÍA  
POPAYÁN  
2008**

**EVALUACION INTEGRAL DE LOS ESTANDARES MINIMOS DE  
HABILITACION EN LA ESE CXAYUTCE JXUT, PUNTO DE  
ATENCION TORIBIO- CAUCA.**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA CONVENIO EAN  
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD CON ÉNFASIS EN  
EPIDEMIOLOGÍA  
POPAYÁN  
2008**

**NOTA DE ACEPTACION DE JURADO**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

# **EVALUACION INTEGRAL DE LOS ESTANDARES MINIMOS DE HABILITACION EN LA ESE CXAYUTCE JXUT, PUNTO DE ATENCION TORIBIO- CAUCA.**

## **1. FORMULACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Múltiples han sido los diagnósticos sobre los prestadores de servicios de salud en Colombia, estudios como el realizado sobre la problemática hospitalaria en 1988 por la Previsora SA, el estudio sectorial de salud, los trabajos del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de servicios de salud. Dicha problemática puede clasificarse en dos grupos, de una parte los problemas acumulados, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, y los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población.

Por otro lado las continuas modificaciones realizadas a la normatividad relacionada con el sistema obligatorio de la calidad, han obligado a las instituciones a realizar esfuerzos para poder cumplir siquiera con los estándares mínimos de calidad que le permitan ser habilitados para poder brindar servicios de salud con calidad, esto beneficia obviamente al usuario ya que le permite recibir una mejor atención, pero las dificultades por las cuales esta atravesando la salud en Colombia no permite a las instituciones prestadoras de servicios de salud en muchas ocasiones cumplir con dichos estándares y a pesar de que están habilitadas seguramente en el momento de la verificación tendrán muchos problemas debido a las inconsistencias entre lo registrado y lo realmente obtenido.

La E.S.E CXAYUTCE JXUT, en su punto de atención del municipio de Toribio, no es ajena a esta problemática ya que a pesar de tener el aval para brindar los servicios de primer nivel de atención en salud al realizar una verificación de los estándares se encontraran muchas falencias ya que con seguridad al realizar la evaluación no se cumple

con el 100% de los estancares mínimos de habilitación como lo dicta la norma.

Se plantea el siguiente problema de investigación: ¿La E.S.E CXAYUTCE JXUT, en su punto de atención del municipio de Toribio, cumple realmente con los estándares mínimos de habilitación para la prestación de servicios de primer nivel de atención en salud?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Realizar una evaluación integral de los estándares mínimos de habilitación en la E.S.E CXAYUTCE JXU, en el punto de atención del municipio de Toribio- Cauca

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Describir las características generales de la E.S.E CXAYUTCE JXUT, en el punto de atención del municipio de Toribio- Cauca.
2. Evaluar los estándares mínimos de habilitación en la E.S.E CXAYUTCE JXUT, en el punto de atención del municipio de Toribio- Cauca, teniendo en cuenta la normatividad vigente para tal fin.
3. Sugerir a las directivas de la institución un plan de mejoramiento de acuerdo a las falencias encontradas en la E.S.E CXAYUTCE JXUT, en el punto de atención del municipio de Toribio- Cauca.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”(Decreto 1011 de 2006, artículo 2).

Para poder brindar una atención en salud con calidad las organizaciones deben cumplir con ciertos requisitos en cada uno de los aspectos como son las instalaciones físicas, talento humano, dotación y mantenimiento entre otros, lo cual le permitirá ofrecer servicios que cumplen con las características de la calidad.

Las organizaciones como es el caso de la E.S.E CXAYUTCE JXUT, en su punto de atención del municipio de Toribio, presentan falencias en estos aspectos donde por una u otra causa no se cumple con la totalidad de los estándares estipulados en la normatividad que se tiene para tal fin y dentro de todo esto el mayor perjudicado siempre es el paciente que termina recibiendo una atención que no cumple con sus expectativas.

Por todo lo anterior es de mucha importancia realizar un estudio que nos permita conocer como se encuentra la E.S.E CXAYUTCE JXUT, en su punto de atención del municipio de Toribio, en lo concerniente a los estándares de habilitación, lo cual brindará a la gerencia información valiosa para la implementación de estrategias enfocadas al mejoramiento de la calidad de los servicios ofrecidos a la comunidad, beneficiándose el usuario quien recibirá una atención oportuna y pertinente y la institución evitando sanciones por parte de los entes verificadores.

Teniendo en cuenta que los hospitales de los municipios del Departamento del Cauca en la actualidad tuvieron que conformarse como ESE., dependen de ahora en adelante para su supervivencia de la demanda de usuarios, es esta la razón por la cual un plan de mejoramiento de las falencias encontradas se hace obligatorio para: Hacer efectivos los procesos, generando los resultados esperados,

hacer eficientes los procesos, minimizando los recursos empleados y hacer los procesos flexibles para adaptarlos al cliente y al entorno.



## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 REFERENCIA

Ley 100 de 1993. Sistema General de Seguridad Social en Salud  
Resolución 5261 de 1994 Acuerdo 306 de 2005 Decreto 1011 de 2006, resolución 1043 anexo técnico numero uno.

### 4.2 DISPOSICIONES GENERALES.

**DECRETO 5261 DE 1994 ARTICULO 1. CENTROS DE ATENCIÓN:** El Plan de Beneficios DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Se prestará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I.P.S. El plan obligatorio de salud responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud se prestará en aquellas I.P.S. con las que cada E.P.S. establezca convenios de prestación de servicios de salud; o sin convenio en cualquier I.P.S. en los casos especiales que considera el presente reglamento.

**ARTICULO 2. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD.** En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada E.P.S.

**PARAGRAFO:** El acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. Cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio mas cercano que cuente con el. Los gastos de

desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. Se exceptúan de esta norma las zonas donde se paga una U.P.C. diferencial mayor, en donde todos los gastos de transporte estarán a cargo de la E.P.S.

**ARTICULO 3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR MUNICIPIO Y ZONA DE RESIDENCIA:** Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia , salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la E.P.S. Toda persona y su familia al momento de la afiliación a la E.P.S. deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las I.P.S. más cercanas a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la E.P.S., para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. El usuario podrá solicitar cambio de adscripción a la I.P.S. como máximo una vez por año.

**ARTICULO 4. IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN DE LOS AFILIADOS:** Toda persona que se afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud lo hace al inscribirse con sus beneficiarios en alguna Entidad Promotora de Salud. Al utilizar el servicio deberá identificarse con su cédula de ciudadanía, sin perjuicio de las formas de identificación que adopten las Entidades Promotoras de Salud. En el caso de los menores, estos lo harán con la de sus padres, o con algún otro medio que se utilice para ello por parte de las Entidades Promotoras de Salud. La historia clínica deberá tener como código básico de identificación el número de la cédula de ciudadanía del afiliado.

**ARTICULO 5. CONSULTA MEDICA GENERAL O PARAMÉDICA:** Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Se establece que de acuerdo a las frecuencias nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (2) veces por año; a partir de la tercera consulta se establecerá el cobro de cuotas moderadoras de acuerdo con el reglamento respectivo, salvo cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas con guías de atención integral. Las Entidades Promotoras de Salud podrán permitir la

utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente.

**PARAGRAFO:** El incumplimiento injustificado a consultas, terapias, exámenes diagnósticos o cualquier tipo de servicios que se hayan solicitado previamente obliga al usuario a pagar a la E.P.S. su valor correspondiente.

**ARTICULO 6. INSCRIPCIÓN OBLIGATORIA EN LAS GUÍAS DE ATENCIÓN INTEGRAL:** El Ministerio de Salud orientará la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica. Todo paciente que padezca alguna enfermedad cuyo manejo este definido en una de las Guías de Atención Integral, deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas.

**ARTICULO 7. CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA:** Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no este en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

**ARTICULO 8. ASISTENCIA DOMICILIARIA:** Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.

**ARTICULO 9. URGENCIA:** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y

que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

**ARTICULO 10. ATENCIÓN DE URGENCIAS:** La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la EPS. respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la E.P.S. o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La I.P.S. que presta el servicio recibirá de la E.P.S. el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

**ARTICULO 11. INTERNACIÓN:** Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

**ARTICULO 13. FORMULACIÓN Y DESPACHO DE MEDICAMENTOS:** La receta deberá ceñirse a los medicamentos autorizados en el MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPÉUTICA, sin que por ningún motivo se admitan excepciones, salvo que el usuario los pague como parte de un plan complementario. La receta deberá incluir el nombre del medicamento en su presentación genérica, la presentación y concentración del principio activo, la vía de administración y la dosis tiempo respuesta máxima permitida, la que no podrá sobrepasarse

salvo que la Entidad Promotora de Salud lo autorice. No se reconocerán recetas que contengan artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús de ningún tipo, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares o para las manchas en la piel, drogas para la memoria o la impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

## **NIVELES DE COMPLEJIDAD.**

**ARTICULO 91. DEFINICIÓN:** Para efectos de la interpretación del presente Manual, se entiende por Nivel de Complejidad, la clasificación funcional del tipo de actividad, intervención y procedimiento, y del personal idóneo para su ejecución.

**ARTICULO 92. DE LAS RESPONSABILIDADES:** En principio las responsabilidades para los diferentes niveles estarán discriminadas así:

NIVEL I Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud.

NIVEL II Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados.

NIVEL III y IV Médico Especialista con la participación del médico general.

**PARAGRAFO:** La definición de niveles anteriores corresponde a las actividades, intervenciones y procedimientos y no a las instituciones.

**ARTICULO 93. REMISIÓN:** Es el procedimiento administrativo asistencial mediante el cual se transfiere el cuidado de un paciente de un profesional del área de la salud a otro profesional, un especialista o nivel superior de atención, con la consiguiente transferencia de responsabilidad por la salud del usuario.

**ARTICULO 94. INTERCONSULTA:** Es la solicitud expedida por el profesional de la salud responsable de la atención de un paciente a otros profesionales del área, quienes emiten juicios, orientaciones y recomendaciones sobre la conducta a seguir en determinados pacientes, sin asumir la responsabilidad directa de tratantes, es decir, no hay en este aspecto transferencia de responsabilidad por parte del profesional tratante.

**ARTICULO 95. ASESORÍA:** Es el apoyo científico que brindan los profesionales vinculados a la atención en salud, al personal asistencial.

**PARAGRAFO: EI MEDICO GENERAL,** podrá prescribir y ordenar medios terapéuticos y/o diagnósticos de niveles superiores, si sus condiciones técnicas y científicas se lo permiten y de acuerdo a los niveles de responsabilidad ya definidos y a los parámetros definidos en el Sistema de Garantía de Calidad.

**ARTICULO 96. POS, PARA EL NIVEL I. DE COMPLEJIDAD.** Se incluyen entre otras las siguientes actividades, intervenciones y procedimientos, listado general:

- Atención Ambulatoria:
- Consulta Médica General
- Atención Inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias.
- Atención Odontológica
- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Medicamentos Esenciales
- Citología
- Acciones Intra y extramurales de Promoción, Prevención y Control.
- Atención quirúrgica
- Servicios con internación :
- Atención Obstétrica
- Atención no quirúrgica u obstétrica
- Laboratorio Clínico
- Radiología
- Medicamentos esenciales
- Valoración Diagnóstica y manejo médico
- Atención quirúrgica

**ARTICULO 97. CONSULTA MÉDICA GENERAL:** Como lo establece la ley 100 de 1993, el MÉDICO GENERAL es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la E.P.S. será más estrecho, frecuente y regular a través de su MÉDICO GENERAL. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos .En este nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud.

**PARAGRAFO:** El incumplimiento injustificado a las citas medicas, odontológicas o de cualquier tipo; o de otros servicios solicitados por parte del paciente, lo obligan a cancelar el valor correspondiente.

**ARTICULO 98. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA:** La atención Odontológica incluye actividades de educación, motivación y prevención, las cuales serán de carácter obligatorio y se brindarán a todo paciente que inicie su atención. Tales actividades serán ofrecidas por el Odontólogo y una auxiliar de higiene oral de la E.P.S. directamente o de las I.P.S. con las cuales se tenga contrato o convenio. Las actividades del primer nivel de atención constan de :

- Examen Clínico Odontológico
- R.X en caso necesario
- Educación en Salud Oral
- Indicaciones y práctica de cepillado
- Indicaciones y práctica con hilo dental
- Control de placa
- Detartraje supragingival
- Sellantes de fosas y fisuras
- Topicación con flúor
- Profilaxis final

Cuando el paciente se encuentre suficientemente motivado sobre su higiene oral y presente un máximo de placa del 15% se debe continuar con tratamiento curativo que incluye:

- Obturaciones con resina de fotocurado
- Obturaciones con amalgama de plata
- Extracciones dentales sencillas y/o quirúrgicas
- Curetaje y alisado radicular
- Endodoncias.

**ARTICULO 99. LABORATORIO CLÍNICO.** El servicio de Laboratorio Clínico Básico incluye lo siguiente:

- Ácido Úrico
- Antibiograma
- Baciloscopias
- Bilirrubina total y directa
- Coprológico
- Coprológico por concentración
- Colesterol HDL, LDL y total
- Creatinina
- Cuadro hemático
- Curva de tolerancia a la glucosa
- Embarazo, prueba inmunológica
- Factor RH
- Glucosa pre y post carga (Test de O'Sullivan)
- Glucosuria y cetonuria
- Gram, tinción y lectura
- Hematocrito
- Hemoclasificación
- Hemoglobina, concentración de
- Hemoparásitos
- Hongos, examen directo
- Nitrógeno Ureico
- Neisseria gonorrhoeae, cultivo de Thayer Martin
- Parcial de orina, incluido sedimento
- Perfil lipídico
- Plaquetas, recuento
- Sangre oculta en materias fecales
- Sífilis (VDRL, FTA abs.)
- Urocultivo con recuento de colonias

**ARTICULO 100. RADIOLOGÍA. IMAGENOLOGÍA:** Para el primer nivel de atención se incluyen las siguientes actividades y procedimientos Radiológicos:

### **1. Huesos**

➤ **Extremidades y Pelvis:**

- Manos, dedos, puño (muñeca), codo, pié, clavícula, antebrazo, cuello de pié (tobillo), calcáneo.
- Brazo, pierna, rodilla, fémur, hombro, omoplato.



- Pelvis, cadera, articulaciones sacro ilíacas, y coxofemorales.
- Tangencial de rótula a 30, 60, 90 grados.
- Cráneo, Cara y Cuello:
  - Cara, malar, arco cigomático, huesos nasales, maxilar superior, silla turca, perfilograma, base de cráneo.
  - Senos paranasales, maxilar inferior, órbitas, articulaciones temporomandibulares, agujeros ópticos.
  - Cráneo simple.
  - Cráneo simple más base del cráneo.
  - Cavum faríngeo
- Columna Vertebral:
  - Columna cervical.
  - Columna dorsal.
  - Columna lumbosacra
  - Sacrococcix

## 2. Tórax

- Tórax (PA o AP y Lateral), reja costal.
- Esternón, articulaciones esterno claviculares

## 3. Abdomen

- Abdomen simple

## 4. Ecografía obstétrica.

**ARTICULO 101. MEDICAMENTOS:** Se considerarán para el primer nivel de atención los medicamentos esenciales contenidos en la resolución 7328 de 1992 y en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.

**ARTICULO 103. ATENCIÓN OBSTÉTRICA:** De acuerdo al artículo 166 de la Ley sobre seguridad social, el POS en el caso de las mujeres en estado de embarazo cubrirá la prestación de servicios de salud en el control prenatal, en la atención del parto, en el control del post parto y para la atención de las afecciones relacionadas directamente con la lactancia. Además las mujeres en estado de embarazo aquí consideradas y las madres de los niños menores de un año del régimen SUBSIDIADO, recibirán un subsidio alimentario en la forma como lo determinen los planes y programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF con cargo a sus recursos. El manejo de la paciente obstétrica en las I.P.S., deberá estar fundamentado en un programa de Atención Prenatal que establezca

unidad de criterios sobre el parto, parto y sus posibles complicaciones, valoración del riesgo peri natal, identificación oportuna de la paciente obstétrica para inclusión al programa, seguimiento y educación a la paciente y a su familia en lo referente a desarrollo del embarazo, parto y puerperio y organización de un sistema de información que facilite la evaluación continua y periódica del programa.

En consecuencia, e la atención obstétrica para el nivel I contemplará lo siguiente:

- Consulta médica general (de acuerdo a la guía de atención)
- Consultas de enfermería (de acuerdo a la guía de atención)
- Consulta por obstetra , dependiendo del riesgo obstétrico y de acuerdo a la guía de atención.
- Ecografía gestacional de acuerdo al criterio médico.
- Atención del parto normal o intervenido, NO quirúrgico por médico general.
- Dos (2) consultas post parto por médico y hasta el cumplimiento de los primeros treinta (30) días de éste.
- Medios diagnósticos y de laboratorio de acuerdo a lo establecido para el nivel I de atención (ver atrás)
- R.X de acuerdo a lo establecido para el nivel I
- Atención de urgencias de acuerdo a las normas legales vigentes.
- Internación (ver explicación de este ítem más adelante)
- Odontología. Comprende los servicios descritos anteriormente para este nivel.
- Atención en nutrición y planificación familiar.

**PARAGRAFO:** De acuerdo al riesgo obstétrico se definirá el plan a seguir con la paciente, respetando siempre las directrices y normas técnico-administrativas que sobre el particular ha dictado el Ministerio de Salud.

**ARTICULO 104: ATENCIÓN NO QUIRÚRGICA NI OBSTÉTRICA** El servicio de INTERNACIÓN será reconocido en el nivel I, en habitación compartida y para patologías NO complicadas.

Los servicios médicos podrán prestarse de acuerdo a este nivel por MÉDICOS GENERALES y/o otros profesionales de la salud, cumplirán lo establecido para laboratorio, radiología y otros medios

diagnósticos y medicamentos esenciales, sin detrimento de la salud integral del paciente y de los más sanos preceptos de la ética y la profesión médica.

El MEDICO GENERAL a quien se haya encomendado la salud del paciente por parte de las E.P.S. y/o I.P.S. hará la valoración diagnóstica pertinente y establecerá las pautas de cuidado y seguimiento consecuentes.

También se incluye la atención quirúrgica de nivel I, definida en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos.

#### **4.3 DECRETO 1011 DE 2006. DISPOSICIONES GENERALES**

##### **ARTÍCULO 1**

**CAMPO DE APLICACIÓN** Las disposiciones del presente decreto e aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

**PARÁGRAFO 1.** Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura

física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

## **ARTÍCULO 2**

**DEFINICIONES** Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

**ATENCIÓN DE SALUD** se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

### **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.<sup>3</sup>

### **CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.**

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

---

<sup>3</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 abril de 2006.

## **CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.**

Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

## **EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB-**

Se Consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Del Régimen Subsidiad(Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

## **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.**

Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

## **PROFESIONAL INDEPENDIENTE.**

Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar. <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> *Ibíd.*

## **SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SOGCS-.**

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que Desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de Salud en el país.

### **UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD.**

Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

## **ARTÍCULO 3**

### **CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS.**

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

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o De mitigar sus consecuencias.<sup>5</sup>

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

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

#### **ARTÍCULO 4**

##### **COMPONENTES DEL SOGCS.**

Tendrá como componentes los siguientes:

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

#### **ARTÍCULO 5**

##### **ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS**

1. Ministerio de la Protección Social.
2. Superintendencia Nacional de Salud.
3. Entidades Departamentales y Distritales de Salud.
4. Entidades Municipales de Salud. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Ibíd.

<sup>6</sup> Ibíd.

## **ARTÍCULO 6**

### **SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensable Para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

### **HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

## **ARTÍCULO 7**

### **CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA.**

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

## **ARTÍCULO 8**

### **CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA.**

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

## **ARTÍCULO 9**

### **CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA.**

Son Condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:



1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.<sup>7</sup>

## **ARTÍCULO 12**

### **AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.**

De manera previa al presentación del formulario de inscripción de que trata el Artículo 11 del presente, DECRETO Los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una auto evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el Cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

---

<sup>7</sup> *Ibíd.*

## **ARTÍCULO 19**

### **VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.**

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores De Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de Los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de Conformidad con el artículo 8y9Del presente. Decreto En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto.<sup>8</sup>

## **ARTÍCULO 25**

### **INFORMACIÓN A LOS USUARIOS.**

Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

## **ARTÍCULO 26**

### **RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR.**

Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador este inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital

---

<sup>8</sup> *Ibíd.*

de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas. <sup>8</sup>

## **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD**

### **ARTÍCULO 32**

#### **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.**

Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB. La auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos Definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar Previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las Desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas productos y servicios que estas organizaciones prestan.

---

<sup>8</sup> *Ibíd.*

## **ARTÍCULO 33**

### **NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.<sup>9</sup>

2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo Orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

## **ARTÍCULO 34**

### **TIPOS DE ACCIONES.**

El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en

---

<sup>9</sup> *Ibíd.*

forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.<sup>10</sup>

## **ARTÍCULO 37**

### **PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.**

Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Auto evaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3.

## **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD**

### **ARTÍCULO 45**

#### **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.**

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las

---

<sup>10</sup> *Ibíd.*

características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar Decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página Web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia. <sup>11</sup>

## **ARTÍCULO 46**

### **OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.**

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

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

## **ARTÍCULO 47**

### **PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.**

Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

---

<sup>11</sup> *Ibíd.*

1. Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea Comprendida y asimilada por la población.

3. Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

7. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos. <sup>12</sup>

#### **4.4 LA RESOLUCIÓN 1043 DE 2006**

Por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención.

---

<sup>12</sup> *Ibíd.*

## **ARTÍCULO 1**

### **CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS.**

#### **a) De capacidad tecnológica y científica:**

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud.

Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

#### **b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:**

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

#### **c) De capacidad técnico-administrativa:**

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de



Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.<sup>13</sup>

## ARTÍCULO 2

### **ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.**

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

a) **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

b) **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

c) **Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la auto evaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su Verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.<sup>14</sup>

## 4.5 RESOLUCIÓN 1446 DE 2006

Por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del SOGCS.

## ARTÍCULO 1

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

---

<sup>13</sup> *Ibíd.*

<sup>14</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006.

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los Servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>15</sup>

3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los Incentivos de prestigio del Sistema.

## **ARTÍCULO 5**

**INFORMACIÓN A USUARIOS.** El Ministerio de la Protección Social incluirá en la página Web y en los mecanismos de difusión que considere convenientes, los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar el acceso en línea sobre la siguiente información:

1. Indicadores del nivel de monitorea del sistema.
2. Análisis del comportamiento de los indicadores del nivel de monitorea del Sistema.
3. Informe Nacional de Calidad
4. Ordenamiento de IPS y EAPB basados en criterios de calidad.
5. Observatorio de calidad.

## **ARTÍCULO 7**

### **IMPLEMENTACIÓN.**

Las instituciones obligadas a implementar el Sistema de Información para la Calidad deberán hacerlo en un plazo máximo de seis meses, contados a partir de la vigencia de la presente resolución.<sup>16</sup>

De la normatividad anterior se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud en el país, lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema

---

<sup>15</sup> *Ibíd.*

<sup>16</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006.

de garantía y calidad en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en dicha calidad.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO:**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

Estudio de caso relacionado con conflictos organizacionales.

### **5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA: NO APLICA**

### **5.3 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTO**

1. Consentimiento informado y aval de la institución.
2. Recolección de información
3. Análisis de la información
4. Realizar propuesta de mejoramiento.
5. Socialización de resultados.

## **6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN EN LAE.S.E CXAYUTCE JXUT, PUNTO DE ATENCION MUNICIPIO DE TORIBIO- CAUCA**

### **MISIÓN**

La ES.E CXAYUTCE JXUT presta servicios de salud del primer nivel de atención en los Municipios de Jambalo, Toribio y los alrededores, con énfasis en promoción y prevención con calidez, oportunidad, eficiencia y eficacia, rigiéndose por los principios de multiculturalidad, participación respeto y autonomía, de pueblos indígenas en coordinación de otros actores responsables, para contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad.

### **VISION**

Liderar un proceso de posicionamiento de nuestra empresa en la región, implementando un modelo de salud multiculturalidad del primer nivel de atención interrelacionada con el plan de vida NASA , mediante acciones concertadas con la comunidad y en cinco años haber habilitado servicios de segundo nivel de acuerdo al perfil epidemiológico y de esta manera contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes.

### **PORTAFOLIO DE SERVICIOS.**

Atención de consulta médica general y de urgencias, Laboratorios de primer nivel, odontología, electrocardiografía, farmacia, hospitalización con salas de: ginecoobstetricia, pediatría, medicina interna; sala partos, programas de promoción y prevención acorde a lo estipulado por la Resolución 412 del 2000:

#### **Atención ambulatoria:**

Consulta medica general y urgencias. Se tiene un archivo de historias clínicas, sala de entrevistas, cuatro consultorios médicos con toda su dotación y el área adecuada para la prestación de los servicios, sala de espera con televisor a color y DVD, cumpliendo con las especificaciones emanadas por el ministerio de la protección social

de requisitos mínimos esenciales para la prestación de servicios de salud; con un horario de atención de lunes a domingo de 8 a 1 pm y de 2 a 6 pm, además servicios de urgencias las 24 horas.

### **Laboratorio clínico:**

Se realizan todos los exámenes del primer nivel de acuerdo a la resolución 5261 de 1994 sobre el plan obligatorio de salud, así:

- Acido úrico
- Bacilos copia
- Bilirrubinas
- Copiología
- Colesterol HDL - LDL total
- Creatinina
- Cuadro hemático
- Curva de tolerancia a la glucosa
- Embarazo, prueba inmunológica
- Factor RH
- Glucosa pre y pos carga
- Glucosuria y cetonuria
- Gram tinción y lectura
- Hematocrito
- Hemoclasificación
- Concentración de hemoglobina
- Hemoparacitos
- Hongos examen directo
- Nitrógeno ureico
- Parcial de orina
- Perfil lipídico
- Recuento de plaquetas
- Sangre oculta en heces
- Sífilis (VDRL, FTA)
- Citología vaginal funcional
- Citología vaginal tumoral
- Promoción, prevención y protección específica intra y extra mural
- Control prenatal
- Programa de parteras
- Crecimiento y desarrollo
- Hipertensión arterial
- Tuberculosis
- Enfermedades de transmisión sexual

- Planificación familiar
- Prevención de cáncer de cerviz
- Prevención de las alteraciones visuales
- Alteraciones del joven
- Alteraciones del adulto

Además se tiene una red de puestos de salud en el área rural para prestar atención integral con calidad y regularidad en las siguientes veredas:

San francisco, Loma Redonda, Loma Gruesa, la Mina, Natala.

### **PROTECCIÓN ESPECÍFICA:**

- a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- b. Atención Preventiva en Salud Bucal
- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

### **DETECCION TEMPRANA:**

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años).
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años).
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- f. Detección temprana del cáncer de seno.
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual. Actividades de promoción y prevención, consulta médica general en el área rural, Programas específicos como: AIEPI, IAMI, TBC, SISVAN.

## **Infraestructura**

➤ **Consulta Externa:** Cuenta con 4 consultorios para atención por médico general con un promedio de 30 pacientes por médico; 1 consultorio para atención por enfermería con un promedio de atención de 17 pacientes diarios; 1 consultorio odontológico.

➤ Urgencias: cuenta con 4 camillas y dotación para la atención de urgencias.

➤ Hospitalización:

- a. Obstetricia: 3 camas
- b. Pediatría: 3 camas
- c. Sala mujeres: 3 camas
- d. Sala hombres: 3 camas

- Consultorio de entrevistas
- Laboratorio
- Sala partos
- Central de materiales y zona de esterilización
- Farmacia
- Cuarto de dotación de insumos
- Almacén general
- Oficina de facturación y estadística
- Fotocopiadora
- Dirección

## **Zona administrativa: dividida por cubículos en:**

- a. SIAU
  - b. Pagaduría
  - c. Presupuesto
  - d. Administración
  - e. Contaduría
  - f. Oficina de personal
- Coordinación de PAB
  - Coordinación de facturación.
  - Habitación médica
  - Cafetín
  - Parqueadero



### **Medios de transporte:**

- 3 ambulancias
- 1 camioneta Toyota para trámites administrativos
- 5 motocicletas.

### **Recurso humano**

- 59 personas distribuidas de la siguiente manera:
- Personal médico: 1 SSO, 5 hospitalarios y 1 extramural.
- Profesional de Enfermería: 1 SSO, 1 extramural.
- Auxiliares de enfermería: 12 auxiliares de enfermería.
- Personal de bacteriología: 1 bacterióloga, 1 auxiliar de laboratorio.
- Personal de odontología: 2 odontólogos, 1 SSO, 1 auxiliar de odontología, 1 Higienista oral.
- Promotores de salud: 10 promotores de salud.
- Personal administrativo: 12; de los cuales 3 son facturadores, 1 responsable de estadística, 1 Gerente, 1 sub. gerente, 1 Coordinador científico, 1 auxiliar de pagaduría, 1 jefe administrativo, 1 almacenista, 1 recepcionista, 1 auxiliar de personal.
- Personal de seguridad: 2 vigilantes.
- Personal conductor: 3 conductores
- Personal de servicios generales: 4 aseadoras.

### **Contrataciones vigentes para la atención en salud**

- Vinculados: SISBEN – 1811
- PAB
- Subsidiados: AIC
- Contributivo: Coomeva, Policía Nacional, Magisterio, SOS

**7. POBLACIÓN TOTAL: SEGÚN CENSO DANE 2005 EL MUNICIPIO DE TORIBIO CUENTA CON UNA POBLACIÓN TOTAL DE 26.512 HABITANTES.**

**PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE TORIBIO-CAUCA**

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
POBLACIÓN RURAL	24.811	93.5%
POBLACIÓN URBANA	1.701	6.5%

Al revisar esta variable se observa que el mayor porcentaje de la población pertenece al sector rural (93.5%), esto se debe a que la mayoría de la población pertenecen a la raza indígena que según censo DANE 2005 equivalen al 95.9 %, coincidiendo con las estadísticas del Departamento del Cauca donde el 61.1% pertenecen al sector rural y difiriendo de las estadísticas nacionales que se manejan al respecto, las cuales hablan que la mayoría de la población se radica en las cabeceras con un porcentaje de 74.9%

**GENERO DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE TORIBIO-CAUCA**

<b>GENERO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
HOMBRES	13.627	51.4%
MUJERES	12.885	48.6%

Del total de la población del Municipio se puede deducir que hay porcentajes muy similares en lo relacionado con el género con un aumento muy leve del sector masculino con un porcentaje de 51.4%, difiriendo de las estadísticas departamentales y nacionales que a pesar de una diferencia poco significativa, los mayores porcentajes pertenecen al genero femenino.

**EPS CON LAS QUE TIENE CONTRATO LA ESE PERTENECIENTE  
AL MUNICIPIO DE TORIBIO- CAUCA**

<b>EPS CON QUE SE TIENE CONTRATOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
AIC	22.700	85.6%
COOMEVA	480	1.8%
COSMITEL	320	1.2%
S.O.S	120	0.45%
VINCULADOS	2.892	10.9%

Al analizar a que régimen pertenecen los habitantes del Municipio de Toribio, encontramos que su mayoría de población pertenece al régimen subsidiado con un porcentaje del 85.6%, coincidiendo con las estadísticas que se manejan al respecto tanto a nivel departamental (46.4%)y nacional(47.1%), donde la mayoría de población pertenece al régimen subsidiado en salud. Por otro lado este cuadro nos permite verificar que el mayor contrato que tiene la institución es el perteneciente a la AIC, además que la mayoría de ingresos que llegan a la ESE son los que tienen que ver con el régimen subsidiado.

**CONSULTA APROXIMADA POR MES EN LA ESE PERTENECIENTE  
AL MUNICIPIO DE TORIBIO- CAUCA**

<b>TIPOS DE CONSULTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CONSULTA MEDICA	2.500	9.4%
CONSULTA ODONTOLOGICA	1.500	5.6%

Al revisar el numero aproximado de personas que acuden ala institución de salud del Municipio por mes, se encontró que el porcentaje del total de la población es muy bajo, teniendo en cuenta que para consulta medica se dio tan solo un 9.4% y un 5.6% para consulta odontológica, concluyendo que los habitantes por su misma raza y cultura, parece que prefieren acudir a otro tipo de medicina tradicional.

**MOTIVO DE CONSULTA MÉDICA EN LA ESE PERTENECIENTE AL MUNICIPIO DE TORIBIO- CAUCA**

<b>MOTIVO DE CONSULTA MEDICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
I.R.A	1337	53.4%
E.D.A.	945	37.8%
LUMBAGO MECANICO	138	5.5%
OTRO	80	3.2%

Al verificar cual fue el motivo de consulta medica que mas se repitió durante varios meses, encontramos que la mayoría de población acude al medico por alteraciones de tipo respiratorio que se da mas que todo en la población infantil con un porcentaje de 53.4%, seguido de las alteraciones de tipo diarreico con un porcentaje de 37.8%.

**MOTIVO CONSULTA ODONTOLÓGICA EN LA ESE PERTENECIENTE AL MUNICIPIO DE TORIBIO- CAUCA**

<b>MOTIVO DE CONSULTA ODONTOLÓGICA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CARIES	1200	80%
GINGIVITIS	120	8%
PERIODONTITIS	100	6.6%
OTROS	80	5.3%

Al analizar esta información se observa que la mayoría de población que consulta a odontología lo hace por caries con un porcentaje de 80%, lo cual permite direccionar las estrategias de promoción y prevención en salud oral.

**8. EVALUACION DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION EN LA ESE CXAYUTCE JXUT, PUNTO DE ATENCION TORIBIO- CAUCA**

**MANUAL UNICO DE STANDARES Y DE VERIFICACION**

<b>1. TODOS LOS SERVICIOS</b>					
<b>COD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>1.1</b>	<b>RECURSO HUMANO</b>	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o Sustituyan.	X		
		El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.	X		

		Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza de los servicios.	X		
		El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	X		
		Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo	X		

		Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.			
		Para efecto de los procesos de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.	X		
		Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radio protección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.		X	En el servicio de odontología el personal no cuenta con el carné de radio protección y dosímetro.
		Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida	X		

		del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.			
<b>1.2</b>	<b>INFRAESTRUCTURA INSTALACIONES FÍSICAS MANTENIMIENTO</b>	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.	X		
		La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.	X		
		Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X		



		<p>En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.</p> <p>Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas. En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.</p>	X	X	En el área de esterilización las paredes y techos no cumplen con las especificaciones requeridas en la norma.
		<p>En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.</p>	X		.

		Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.			No aplica
		La institución no debe estar localizada en Lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	X	

		La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.	X		
		Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.	X		
		Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortó punzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	X		
<b>1.3</b>	<b>DOTACIÓN MANTENIMIENTO</b>	En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.	X		

		Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.	X		
		Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	X		
		Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución. En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.	X		

1.4	<b>MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS.</b>	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.	X		
		Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de fármaco vigilancia y techó vigilancia.	X		
		Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos		X	En el área de odontología no hay controlador de

		asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.			temperatura. En el área de farmacia no se cumple con buenas condiciones para el almacenamiento de los medicamentos e insumos médicos.
		Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se rehusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de rehusó de dispositivos médicos, los prestadores podrán rehusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.		X	No hay normas y procedimientos por escrito.
1.5	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.	X		

		La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.	X		
		Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.		X	La institución no cuenta con auditor de la Calidad en salud
		Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.	X		
		Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.	X		
		La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de	X		

		desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.			
		La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.	X		
		La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.		X	
		Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes. Guías o manuales de los siguientes procedimientos: _ Reanimación cardiocerebro-pulmonar. _ Control de líquidos. _ Plan de cuidados de enfermería. _ Administración de medicamentos. _ Inmovilización de pacientes. _ Venopunción. _ Toma de muestras de laboratorio. _ Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas.	X		



		<p>Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.</p> <p>Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el rehusó de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales</p>	X		.
		<p>Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radio protección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.</p>	X		
<b>1.6</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGIS-TROS ASISTEN- CIALES</b>	<p>Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.</p>	X		
		<p>Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la</p>	X		

		institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.			
		El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X		
		Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X		
		Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	X		.
		En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X		

1.7	<b>INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>	<p>Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.</p> <p>Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Laboratorio clínico.</li> <li>_ Servicio farmacéutico.</li> <li>_ Ambulancia.</li> <li>_ Radiología.</li> </ul> <p>Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).</p> <p>Si presta servicio de hospitalización pediátrica (excepto cuando es una institución acreditada por la OPS como amiga de la mujer y de la infancia), cuenta con lactario, a menos que la preparación de teteros esté contratada por fuera de la institución.</p>	X	X	La institución no cuenta con servicios de RX
		Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio.	X		
		Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.	X		no hay lactario

1.8	<b>REFEREN-CIA Y CONTRARE-FERENCIA DE PACIENTES</b>	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	x		
1.9	<b>SEGUI-MIENTO A RIESGOS EN LA PRESTA-CIÓN DE SERVICIOS</b>	Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.		X	
<b>2. CONSULTA EXTERNA</b>					
<b>COD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
2.1	<b>RECURSO HUMANO</b>	CONSULTA MÉDICA GENERAL Médico general.	X		
		CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Odontólogo. Si toma radiografía odontológica especializada (panorámica y digital) deberá contar con entrenamiento certificado. Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografía odontológica este también deberá contar con entrenamiento certificado.	X		
		HIGIENE ORAL Odontólogo o higienista oral, éste último bajo la supervisión del odontólogo.	X		
		CONSULTA DE ENFERMERÍA Enfermera profesional.	X		



		<p>realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente.</p> <p>_ Debe contar con lavamanos.</p> <p>_ Los consultorios de ginecoobstetricia, urología, citología o toma de muestras y aquellos que por el tipo de examen que así lo requieran deberán contar con unidad sanitaria exclusiva de fácil acceso. _ Tiene un área específica para los procedimientos que se deriven de la consulta.</p>	X		
		<p><b>CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA</b></p> <p>Debe contar con un ambiente exclusivo y delimitado en odontología, en el cual podrán funcionar varias unidades odontológicas.</p> <p>_ Cuando posean más de tres unidades odontológicas, deberán contar con una zona para esterilización, a menos que la IPS cuente con una central de esterilización.</p> <p>Además de las condiciones definidas para consulta externa, debe contar con pocetas para el lavado de instrumental lavamanos para toda el área.</p>	X		
		<p>Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, todas las paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz, disponen de barreras primarias.</p> <p>Tiene sala de espera con unidad sanitaria.</p>	X		
			X		

		<p>Consultorio con espacio cerrado con ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de procedimientos.</p> <p>Debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables.</p> <p>Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso odontológicos expedida por la dirección territorial.</p> <p>Cuenta con un espacio físico que cumple las condiciones exigidas en el manual institucional para disposición de los desechos patógenos generados.</p>	X		
		<p>SERVICIOS EXTRAMURALES</p> <p>Áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos.</p>	X		
<b>2.3</b>	<b>DOTACION Y MANTENIMIENTO</b>	<p>Consulta externa de medicina general, o especializada, pediatría, servicios de fomento y prevención con programas de crecimiento y desarrollo, servicios de atención extramural en caso de que practique procedimientos de vacunación, consulta externa de otros profesionales de la salud.</p> <p>dotación básica para consultorio médico y para algunas especialidades si aplica:</p> <p>_Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de</p>	X		
			X		

		órganos de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología), martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé según el caso.			
		<p>_ Si ofrece atención extramural, de acuerdo con los servicios que ofrece, cuenta con:</p> <p>_ Para consulta médica y controles de enfermería: Camilla, equipo de órganos de los sentidos, fonendoscopio y tensiómetro, metro, Termómetro, Tabla de agudeza visual, Balanza y tallímetro.</p> <p>_ Para Salud oral: Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología en un número que garantice esterilización entre un paciente y otro.</p>	X		
		<p>CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA</p> <p>Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, espejo de mano, bandeja para instrumental, eyector, jeringa triple, módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.</p> <p>Piezas de mano con: Airotor, micro motor, contra-ángulo; compresor de aire, esterilizador, recipiente para esterilización en frío estéril, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, exploradores doble extremo, sondas periodontales, pinzas algodonerías, cucharillas y /o excavadores, jeringas cámpulas en</p>	X		



		<p>cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.</p> <p>Dispone también del siguiente Instrumental para operatoria:</p> <p>Aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor, pinza gubia, porta banda y porta matriz y cleoide, discoide.</p> <p>Instrumental para endodoncia:</p> <p>Explorador de conductos, espaciador, condensador, tira nervios, limas, dentímetro.</p>	X		
		<p>_ Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí.</p> <p>_ Instrumental para periodoncia: Sonda periodontal, dentímetro, periostótomo y curetas.</p> <p>- Delantal en plomo o su equivalente, para el profesional, para los niños, hombres y mujeres en edad fértil solo si toma rayos X.</p> <p>- Autoclave (salvo que disponga de un sistema de esterilización hospitalario),</p> <p>_ Se realiza mantenimiento de equipos con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo.</p> <p>_ Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente.</p>	X	X	X

2.4		_ Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso peri apical, de otro equipo de Rayos X de uso odontológico y o de equipos de Rayos X de uso diagnóstico médico expedidas por la dirección territorial.	X		
	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	CONSULTORIO ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA _ Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas; procedimientos documentados para el manejo de residuos infecciosos y manuales de bioseguridad. _ Para servicios odontológicos el proceso de esterilización debe regirse por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social, capítulo 3, numeral 1.6.4. Instrumentos dentales.	X  X		
<b>3. LABORATORIO CLINICO Y TOMA DE MUESTRAS</b>					
<b>COD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
3.1	RECURSO HUMANO	TOMA DE MUESTRAS Bacteriólogo. Además podrán contar con auxiliar(es) en laboratorio clínico, siempre bajo la supervisión del Bacteriólogo, quien será el responsable de todas las actividades que se lleven a cabo en el servicio de toma de muestras. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán	X		

		realizarlo auxiliares de enfermería con entrenamiento certificado. En los servicios de profesionales independientes, el bacteriólogo, debe garantizar contrato(s) con uno o varios laboratorios para procesar los exámenes.			
		LABORATORIO Bacteriólogo o Médico; éste último, con especialización en patología clínica, o en una de las áreas del laboratorio clínico. Además podrán contar con personal profesional del área de la salud, con formación reglamentada, autorizada para ejercer actividades relacionadas con el laboratorio clínico y con auxiliar(es) de laboratorio clínico.	X		
<b>3.2</b>	<b>INSTALACIONES FISICAS</b>	TOMA DE MUESTRAS. Debe existir un área dedicada para tomar muestras que esté dotada con muebles para tal fin. Debe tener un mesón sólido para la centrífuga. En ésta no debe haber tela ni madera expuesta, debe estar cubierta con plástico u otro material lavable. Toma de muestras ginecológicas y citologías Cérvico uterinas: esta área debe ser independiente y privada. Área de aseo y sanitarios: deben contar mínimo con un baño, poceta y lavamanos que puede ser compartido con otros servicios.	X		
		LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD El área de laboratorio deberá tener las secciones del	X		No hay ventilación

		<p>laboratorio separadas e identificadas.</p> <p>Las áreas de trabajo cuentan con iluminación y ventilación natural y/o artificial.</p> <p>Los pisos son impermeables, sólidos de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.</p> <p>Las paredes y muros son impermeables, sólidos lavables y resistentes a factores ambientales.</p> <p>Las mesas de trabajo son impermeables sólidas y resistentes a factores ambientales.</p> <p>No se exigen requisitos especiales para los techos</p> <p>Deben tener uno o varios sifones libres,</p> <p>Uno o varios lavamanos y una ducha manual o lavaojos.</p> <p>Debe contar con una sala de espera adecuada con sillas suficientes, la cual puede ser compartida con otros servicios.</p> <p>Debe contar con un área de recepción del paciente y donde se suministra información</p> <p>Los equipos del laboratorio deben contar con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra y no deben estar conectados a una extensión eléctrica.</p>	X	X	adecuada.
<b>3.3</b>	<b>DOTACIÓN MANTENIMIENTO</b>	<p>TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO CLÍNICO</p> <p>Los equipos necesarios según las muestras que tomen.</p>	X		

		<p>LABORATORIO CLÍNICO BAJA COMPLEJIDAD</p> <p>Los laboratorios clínicos deberán tener los equipos Manuales, semiautomatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen.</p>	X		
3.4	<b>MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS</b>	<p>TOMA DE MUESTRAS</p> <p>Las tomas de muestras deben tener los soportes de los pedidos y kardex, donde existen todos los dispositivos médicos de la toma de muestras.</p> <p>Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.</p>	X		
		<p>LABORATORIO CLÍNICO BAJA COMPLEJIDAD</p> <p>Tiene un proceso de adquisición de dispositivos médicos definido y documentado.</p> <p>Los insumos y reactivos se encuentran almacenados bajo las condiciones de temperatura adecuada según el fabricante. Tiene un sistema de kardex.</p> <p>Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA.</p>	X	X	
3.5	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	<p>TOMA DE MUESTRAS</p> <p>_ Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras.</p> <p>_ Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico.</p> <p>_ Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del</p>	X	X	X

		laboratorio clínico. _ Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. _ Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio. _ Protocolo de transporte de muestras	X X X		
		LABORATORIO CLÍNICO BAJA COMPLEJIDAD Deben tener un programa de control de calidad Interno y externo, y deben garantizar la existencia de Manuales. _ Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas. _ Manual de Control de Calidad Interno y externo. _ Manual de toma, transporte y Remisión de Muestras. _ Manuales de procedimientos técnicos de cada sección. _ Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico. _ Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico. _ Protocolo de limpieza y desinfección de áreas y material de vidrio. _ Los manuales deben llevar un registro de que todo el personal los conoce, deben revisarse cada año y documentar las actualizaciones.	X  X  X  X  X	NO APLICA	
3.6	<b>HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO _ Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos.	X X		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica.</li> <li>_ Registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: Debe especificar la temperatura y hora de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe.</li> <li>_ Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó.</li> </ul>	X		
		Los resultados de los exámenes deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio clínico que los realizó, sin transcribirlos.	X		
<b>3.7</b>	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS</b>	<p style="text-align: center;"><b>LABORATORIO CLÍNICO Y TOMA DE MUESTRAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Todos los laboratorios clínicos deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción.</li> <li>_ Complicaciones de procedimientos diagnósticos</li> <li>_ Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos</li> <li>_ Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros</li> </ul>		X	
				X	
				X	
				X	

4. URGENCIAS					
COD	RECURSO	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
4.1	RECURSO HUMANO	- Médico general, auxiliar en enfermería, permanentes.	X		
4.2	INFRAESTRUCTURA	<p>SALA DE REANIMACION DE URGENCIAS.  Se encuentra dentro del servicio de urgencias.</p> <p>_ Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no es utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución.</p> <p>_ El acceso permite el ingreso fácil de camillas.</p> <p>_ Los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje.</p> <p>_ Además los cielo rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales.</p> <p>_ El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia.</p> <p>_ Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno.</p> <p>_ Los equipos eléctricos estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra.</p> <p>_ Área de aseo para este servicio, en caso de no compartirlo con otros servicios aledaños.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	X	



4.2	<b>MEDICAMENTO DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS</b>	<p>La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, Adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas Que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.</p> <p>Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la Institución.</p> <p>Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de Fármaco vigilancia y tecnovigilancia.</p>	X		
-----	---	--	---	--	--

		<p>Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos e acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.</p> <p>En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.</p>		X	
4.3	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	<p>Además de las definidas para la atención hospitalaria, deben tener Guías sobre atención médica inicial y definición de conducta.</p> <p>Revisión en cada turno del equipo de Reanimación.</p> <p>Metodología y definición de clasificación de pacientes (triade) si realiza este procedimiento.</p> <p>Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.</p>	X		X
4.4	<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGISTRO</b>	Deberá contar con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.	X		
4.5	<b>INTERDEPENDENCIA</b>	Cuenta con servicio de laboratorio clínico	X		

	<b>DE SERVICIOS</b>	demuestra el apoyo de los exámenes de laboratorio clínico necesarios para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida.			
<b>4.6</b>	<b>REFERENCIA Y CON TRARREFERENCIA DE PACIENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:</li> <li>➤ Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico- científica de la institución.</li> <li>➤ Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros).</li> <li>➤ Disponibilidad de medios de transporte</li> <li>➤ Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.</li> </ul>	X	X	X
<b>4.7</b>	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones</li> <li>➤ Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, incluidos Los servicios de odontología, laboratorio clínico, esterilización, o</li> </ul>		X	El manual de

		<p>en los consultorios donde se realicen procedimientos y en todas las demás áreas donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia más profundo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan adicción física y psíquica, en caso de ser utilizados por la institución.</li> </ul>		X	bioseguridad está por escrito pero no se encuentra en todos los servicios.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comités técnico científicos o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno en el prestador que desarrollen los procesos de evaluación y seguimiento de los siguientes riesgos:</li> <li>➤ Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias.</li> <li>➤ Complicaciones derivadas de la alta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana.</li> </ul>	X	X	

5. OBSTETRICIA					
COD	RECURSOS	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
5.1	RECURSOS HUMANOS.	Médico general y auxiliar en enfermería. Pueden ser compartidos con otros servicios siempre y cuando el otro servicio no requiera exclusividad o permanencia.	X		
5.2	INFRA-ESTRUC-TURA – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO.	<p>Dispone de un ambiente físico exclusivo y delimitado con las siguientes áreas que funcionarán en forma independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Salas de parto con área de atención del recién nacido y/o área de adaptación neonatal.</li> <li>➤ Las puertas de las salas de parto tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia.</li> <li>➤ Zona semi-aséptica. Cuando el servicio obstétrico funcione en zona de quirófanos, sólo podrá tener en común con éste, el vestier.</li> <li>➤ El área de trabajo de parto debe poseer unidad sanitaria.</li> <li>➤ Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en el área de preparto y sala de partos.</li> </ul> <p>Se permitirá realizar en una misma área, el trabajo de parto, la atención del parto y el posparto siempre y cuando funcione un solo paciente por sala. Debe existir un área para recuperación del recién nacido. Área de aseo. Cuenta con la señalización para el acceso restringido.</p>	X	X	No hay visor

5.3	<b>DOTACIÓN – MANTENIMIENTO.</b>	Si el servicio es de baja complejidad, la sala de parto cuenta con: ➤ Equipo de succión, equipo básico de reanimación, lámpara cuello de cisne o una equivalente que ilumine perfectamente el campo de interés, lámpara de calor radiante o equivalente, mesa de atención de parto, equipos de atención de partos, equipo de episiotomía y episiorrafia, mesa para la atención del recién nacido, tallímetro, báscula pesa bebé. Si el servicio es de mediana o alta complejidad además de lo anterior .	X		
5.4	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	➤ Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, equipo de salud, paciente, instrumental y equipos. ➤ Transporte de paciente complicado. ➤ En caso de realizarse procedimientos ambulatorios, se deben tener definidos los procedimientos para la información al paciente sobre preparación, consentimiento informado y recomendaciones postoperatorias, controles, complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las provisiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos quirúrgicos sin hospitalización.	X  X  X		
5.5	<b>REFERENCIA Y CON TRARREFERENCIA DE PACIENTES.</b>	Sistemas de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal.	X		

6. HOSPITALIZACION DE BAJA COMPLEJIDAD					
COD	RECURSOS	CRITERIO	C	N C	OBSERVACIONES
6.1	RECURSO HUMANO	Médico general, enfermera profesional, auxiliar en enfermería. Pueden ser compartidos con otros servicios siempre y cuando el otro servicio no requiera exclusividad o permanencia.	X		
6.2	INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO.	<p>Condiciones de áreas comunes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si se tienen escaleras o rampas, éstas son de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados, que se prolongan antes del inicio y al final, y con protecciones si existen espacios libres.</li> <li>➤ En los accesos, áreas de circulación y salidas, se evitan los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente tapados: Cómpresenos, basuras, carro de comida, etc.</li> <li>➤ Condiciones del área de hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El puesto de enfermería garantiza la monitorización de pacientes o cuenta con sistemas de llamado en cada habitación y el rápido acceso lo cuartos de hospitalización.</li> </ul> </li> </ul> <p>La estación de enfermería para el servicio de hospitalización, debe quedar localizada de tal forma, que permita visualizar las circulaciones de las habitaciones de hospitalización.</p>	X		
			X		
				X	No cuenta con sistema de llamado.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Debe contar con baño, área de trabajo sucio, área de aseo para el servicio.</li> <li>➤ Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas. El ambiente de los baños permite el fácil desplazamiento del paciente,</li> </ul> <p>Las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas y cuenta con un sistema que les permite ser abiertas rápidamente.</p> <p>Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.</p>	X		
			X		
			X		
			X		
			X		
<b>6.3</b>	<b>DOTACIÓN MANTENIMIENTO</b>	<p>Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes. La dotación mínima será ambú - bag, laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, guía de intubación para adulto y pediátrica según el tipo de población que atienda.</p> <p>-Succionador, electrocardiógrafo, bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto, glucómetro, camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y silla de ruedas.</p>	X		
<b>6.4</b>	<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES</b>	Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:			



		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico- científica de la institución.</li> <li>➤ Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros).</li> <li>➤ Disponibilidad de medios de transporte.</li> <li>➤ Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.</li> </ul>	X			
			X			
				X		El personal conoce el proceso pero no esta por escrito.
<b>7.HOSPITALIZACION PEDIATRICA</b>						
<b>COD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	
7.1	RECURSO HUMANO	Especialista en pediatría. El control hospitalario puede ser realizado Por médico general con entrenamiento certificado en cuidado intensivo, presencial asignado de manera que haya cubrimiento las 24 horas. Enfermera profesional, auxiliares de enfermería presénciales, asignados de manera que haya cubrimiento las 24 horas. Disponibilidad de terapeuta respiratoria o fisioterapeuta y nutricionista. Todo el personal mencionado debe contar con entrenamiento certificado específico en el área.		X	No cuenta con terapeuta respiratorio, nutricionista	

7.2	<b>INFRAESTRUCTUR A – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO</b>	Cuando se trata de lactantes cuenta con espacio acondicionado para bañar y vestir a los niños (puede ser dentro del baño). Las ventanas tienen sistemas de seguridad para los niños.	X	X	Dentro del baño falta espacio acondicionado para bañar y vestir los niños.
<b>8. FARMACIA</b>					
<b>CO D</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>N C</b>	
8.1	<b>RECURSOS HUMANOS.</b>	Químico farmacéutico o tecnólogo en regencia de farmacia, en casos de no haber disponibilidad de estos profesionales se podrá contar con auxiliar en servicio farmacéutico. El personal será de carácter Presencial para instituciones hospitalarias. Para instituciones ambulatorias: Tecnólogo en regencia de farmacia o auxiliar en servicio farmacéutico de carácter presencial.	X		
8.2	<b>INFRAESTRUCTUR A INSTALACIONES FÍSICAS MNTENIMIENTO.</b>	<b>FARMACÉUTICO</b> -Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias, garantiza un sistema de ventilación natural y/ o artificial de forma que conserve la vida útil de los productos farmacéuticos y afines y condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante. -Cuenta con un sistema de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las	X	X	Espacio muy pequeño para prestar el servicio.

		medidas de seguridad pertinentes. Dispondrá de ambientes necesarios para los procedimientos que se realicen, de conformidad con la normatividad aplicable a cada uno de ellos. Si se trata de servicios ambulatorios pueden ser Independiente o pertenecer a una IPS.	X X		
8.3	<b>DOTACIÓN MANTENIMIENTO.</b>	-La dotación y muebles necesarios para la clasificación, almacenamiento y dispensación de los medicamentos, para la realización de los procesos que ofrezcan.	X		
8.4	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASIS TENCIALES.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada recepción, almacenamiento, conservación de los medicamentos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el laboratorio fabricante, diseñados por químico farmacéutico.</li> <li>_ Normas explícitas sobre la no formulación ni realización de actividades de asesoría farmacológica ni de fármaco-vigilancia por personal diferente al químico farmacéutico.</li> <li>_ Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.</li> <li>_ Procedimiento para el manejo de medicamentos de control.</li> </ul>	X  X  X  X		

		_ Procedimientos para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de medicamentos.	X		
9. TRASLADO ASISTENCIAL BASICO					
CO D	RECURSOS	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
9.1	<b>RECURSO HUMANO</b>	Auxiliar en enfermería o de urgencias médicas o tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria, en cualquier caso, con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas. Conductor con capacitación en primeros auxilios de mínimo 40 horas.		X	Las auxiliares de enfermería no tienen el entrenamiento certificado de soporte vital básico.
9.2	<b>INSTALACIONES FISICAS</b>	Las especificaciones técnico-mecánicas de las ambulancias terrestres, fluviales o marítimas y se hará a través del aéreas, tendrán como referencia La última versión vigente de la Norma Técnica Colombiana (ICONTEC). Las ambulancias terrestres, fluviales o marítimas y las aéreas, además de los requisitos de salud, deben cumplir con los que para este tipo de servicios determine la autoridad aeronáutica civil de Colombia y las autoridades de tránsito terrestre, fluvial o marítimo. Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo de los	X		El Hospital cuenta con una ambulancia de traslado asistencial Básico(TAB).

		vehículos. Se debe cumplir con las disposiciones que se encuentran desarrolladas en los requisitos de habilitación de los servicios de traslado asistencial básico (TAB) y traslado asistencia medicalizado (TAM) para ambulancia aérea, terrestre y/ o fluvial o marítima.			
9.3	<b>DOTACIÓN – MAN TENIMIENTO</b>	- Debe cumplirse con los criterios establecidos para el traslado asistencial terrestre, aéreo y/ o marítimo y fluvial que se La verificación del cumplimiento de los requisitos de dotación de equipos, insumos y medicamentos para la habilitación del servicio de ambulancia de traslado asistencial aéreo, terrestre, marítimo.	X		
9.4	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	_ Dispone de Guías de manejo de urgencias. _ En el caso del servicio de traslado asistencial medicalizado de ambulancia, guías para el transporte de pacientes, aéreo, terrestre o marítimo según corresponda.	X		No aplica
9.5	<b>INTERDEPENDEN CIA DE SERVICIOS</b>	Cuenta con sistema de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia.	X		
9.6	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	La institución que presta servicios de traslado o atención domiciliaria o prehospitalaria evalúa sistemáticamente las defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte o la atención domiciliaria o prehospitalaria		X	

<b>10. ESTERILIZACION</b>					
<b>CO D</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIOS</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>10.1</b>	<b>RECURSO HUMANO</b>	Instrumentado o enfermera a profesional o auxiliar en Enfermería, esta última para aquellos lugares en que no se pueda contar con el persona a profesional.	X		
<b>10.2</b>	<b>INFRAESTRUCTURA INSTALACIONES FÍSICAS MANTENIMIENTO.</b>	Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. . Debe poseer áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril. Debe contar con unidad sanitaria y área de aseo.	X X X X		
<b>10.3</b>	<b>DOTACIÓN MANTENIMIENTO.</b>	Equipo de esterilización según e método establecido en el manual de esterilización de la institución.	X		
<b>11.RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</b>					
<b>CO D</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
11.1	RECURSO HUMANO	Técnico en Radiología, con supervisión por especialista en Radiología. Esta supervisión implica un proceso de asesoría de un médico especialista en radiología, con el propósito que el		X	No cuentan con este servicio

		servicio desarrolle adecuadamente las acciones sobre radio protección; no implica la supervisión de cada procedimiento radiológico, ni la presencia permanente del radiólogo. La supervisión se puede demostrar mediante la certificación de la visita del radiólogo y el cumplimiento de las Recomendaciones emitidas por él. Si se ofrece el servicio de lectura de los resultados de los exámenes, solamente será realizado por el especialista en radiología.			
<b>11.2</b>	<b>INSTALACIONES FISICAS</b>	Las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico u odontológico expedida por la Dirección territorial competente.		X	
<b>11.3</b>	<b>DOTACION Y MANTENIMIENTO</b>	Equipo de RX correspondiente con: Mesa radiográfica, delantal plomado, protector gonadal y de tiroides para paciente y el acompañante Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de		X	
		Funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical, de otro equipo de Rayos X de uso odontológico y o de Equipos de Rayos X de uso diagnóstico médico expedidas por la dirección territorial.			
<b>11.4</b>	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	Cumplimiento del manual de Radio protección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el		X	

		<p>manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general.</p> <p>_ Normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante.</p> <p>_ Protocolos para garantía de calidad de la imagen.</p> <p>_ Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del Personal expuesto.</p>			
11.5	<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>	<p>_ Registro de placas tomadas y pacientes atendidos, donde se especifique el tipo de placa, los parámetros usados en el proceso.</p> <p>Registro de placas dañadas, y posibles causas.</p> <p>_ Registro de dosis de radiación.</p>		X	



11.7	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_Complicaciones de procedimientos diagnósticos, en particular de procedimientos intervencionistas.</li> <li>_ Exposiciones o sobre exposiciones a radiaciones innecesarias y o evitables.</li> <li>_ Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos (deficiencias en las placas los resultados o en los reportes de los procesos diagnósticos por imaginología).</li> <li>_ Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallasen la privacidad de los resultados.</li> </ul>		X	
<b>12. PROMOCION Y PREVENCION</b>					
CO D	RECURSOS	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
12.1	RECURSO HUMANO	<p>TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGÍAS CERVICOUTERINAS.</p> <p>Médico general o enfermera o bacteriólogo o citohistotecnólogo. Todo el personal involucrado en la toma de citología debe recibir capacitación y tener entrenamiento certificado específico. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán realizarlo auxiliares de enfermería con entrenamiento certificado.</p>	X		

		<p><b>VACUNACIÓN</b>  Médico o enfermera, como responsable del servicio. Podrán contar con personal auxiliar en enfermería o promotores de salud, los cuales deben tener entrenamiento específico en el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI certificado por la dirección territorial o por otra institución o por profesional de enfermería o médico con experiencia en el tema.</p>	X		
		<p><b>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</b>  Si la institución ofrece el diseño e implementación de uno o varios programas de promoción y prevención, se debe contar con profesional de la salud con postgrado en epidemiología, salud pública o administrativos de la salud.</p> <p>Si la institución ofrece solamente la implementación de uno o varios programas de promoción, para el diseño de cartillas, volantes, instructivos o cualquier otro material educativo para el usuario así como el diseño de conferencias, charlas o talleres deberá contar con enfermera profesional o médico u otros profesionales de la salud pero solo en lo relacionado con su competencia. Para la</p>	X		

		<p>realización de las anteriores actividades se deberá contar con promotores, auxiliares de enfermería, profesionales de la salud o afines. En salud oral las actividades podrán ser realizadas además por higienista oral o auxiliar en salud oral.</p> <p>Si la institución ofrece la implementación de los programas de detección temprana y protección específica deberá contar con:</p> <p>Para detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, la toma de citología cérvico uterina en detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven, consulta, control, aplicación de DIU de intervalo en planificación familiar y los demás programas de enfermedades crónicas, ETS, VIH SIDA, TBC y enfermedades de interés en salud pública: médico o enfermera profesional. La toma de citologías cérvico – vaginales, podrá ser realizada por auxiliar en enfermería con entrenamiento certificado. Para la detección temprana de las alteraciones del embarazo: Médico quien podrá delegar algunas actividades en enfermera profesional. Para la lectura y reporte de la citología cervicouterina: citotecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un citopatólogo o patólogo; quien realizará el control de calidad, médico general o gineco-</p>		
--	--	--	--	--

		<p>obstetra para determinar la conducta a seguir de acuerdo con los resultados. Para vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones: Auxiliar en enfermería y/o promotor de salud con entrenamiento en vacunación certificado por la dirección territorial o por otra institución o por profesional de enfermería o médico con experiencia en el PAI. Auxiliar en enfermería, con la supervisión de enfermera profesional o médico con experiencia en el tema. Para atención preventiva en salud bucal: Odontólogo o higienista oral. Médico especialista en urología para la esterilización quirúrgica masculina y médico especialista en gineco-obstetricia para la esterilización quirúrgica femenina y Aplicación de DIU intracésárea. Para las actividades de evaluación de riesgos psicológicos y sociales en detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven contará con profesional en psicología. Para detección temprana de las alteraciones del Adulto. Médico general. Para detección temprana del cáncer de seno: Médico general, gineco-obstetra o cirujano general o especialista en cirugía de seno para las actividades preventivas de autodiagnóstico por parte del paciente. Técnico de radiología con entrenamiento certificado en mamografía para la realización de</p>		
--	--	---	--	--

		la mamografía; la lectura e interpretación la debe realizar un radiólogo, con entrenamiento en mamografía no menor de tres Meses. Para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual: Optómetra o médico para la toma de agudeza visual y médico especializado en oftalmología para el examen oftalmológico y optómetra para examen optométrico.			
<b>12.2</b>	<b>INSTALACIONES FISICAS</b>	<b>SERVICIO DE VACUNACIÓN</b> Dispone de una área delimitada con espacio para refrigeradora en zona de sombra y alejada de toda fuente de calor, y cuenta con área para vacunación con lavamanos (este último puede ser compartido con otras áreas adyacentes).	X		
<b>12.3</b>	<b>DOTACION Y MANTENIMIENTO</b>	<b>TOMA DE MUESTRAS PARA CITOLOGÍAS CERVICO UTERINAS</b> Camilla y lámpara de cuello de cisne o su equivalente que permita la iluminación del campo de interés, espéculos y material necesario para realizar este procedimiento.	X		
		Las muestras se toman con citocepillo endocervical y espátula, aséptico y desechables. El espéculo puede ser desechable o reutilizable siempre y cuando se garantice esterilización.	X		

12.4	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	<b>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</b> Debe contar con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.	X		
12.5	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS</b>	<b>PROMOCION Y PREVENCION</b> Complicaciones propias de las intervenciones de prevención: Reacciones posvacunales, lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación entre otros. _ Inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud. Si no es personal de salud no es competencia de habilitación		X	Solamente en vacunación existe seguimiento a reacciones posvacunales
		_Ausencia de <b>indicaciones, información</b> o educación al paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifique o suprima conductas o estilos no saludables. En particular de los programas definidos por el Ministerio de la Protección Social. _Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo,		X	

		<p>comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad</p> <p>_ Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de actividades inconducentes, en los cuales la evidencia ha demostrado la reducción del riesgo.</p>		X	
--	--	---	--	---	--

### 9. PROPUESTA DE PLAN DE MEJORAMIENTO

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		<b>CÓDIGO PRC-06-FO-01</b>	<b>VERSIÓN: 00</b>	
ESE TORIBIO	NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO		Pagina	ESTADO: VIGENTE	
I NIVEL					
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN:ENERO DE 2008	FECHA APROBACIÓN:	
EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL					
PLAN DE MEJORAMIENTO TALENTO HUMANO					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
Falta de profesionales en las áreas de Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia respiratoria y Psicología.	Gerencia	De inmediato	Consulta externa	Son necesario para prestar servicios de salud mas completos	Gestionando convenios con Universidades que formen estos profesionales.
Auditor en salud	Gerencia	inmediato	La institución	Es necesario para la implementación de todo lo concerniente a calidad, y la normatividad lo exige.	Gestionar recursos para su contratación



	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		<b>CÓDIGO PRC-06-FO-01</b>	<b>VERSIÓN: 00</b>	
ESE TORIBIO I NIVEL	NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO		Pagina	ESTADO: VIGENTE	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN:ENERO DE 2008	FECHA APROBACIÓN:	
EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL					
PLAN DE MEJORAMIENTO INFRAESTRUCTURA					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
Urgencias: Los pisos no son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. _ Además los cielo rasos, techos, paredes y muros no son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales Los equipos eléctricos no están conectados a tomas eléctricos que cuenten con un sistema de polo a tierra.	Gerencia	De inmediato	Urgencias	Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la habilitación	Asignar o Gestionar recursos para que se realicen las obras necesarias para el cumplimiento de la habilitación
Obstetricia: Las puertas de las salas de parto no tienen visor. El vestier para los quirófanos no se encuentra en un sitio adecuado.	Gerencia	De inmediato	En servicio de obstetricia	Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la	gestionar recursos para que se realicen las obras

				habilitación	necesarias para el cumplimiento de la habilitación
Farmacia: la instalación física es muy reducida. No Tiene ventilación, iluminación, para el mantenimiento de los medicamentos	Gerencial	De inmediato	farmacia	Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la habilitación	Asignar o gestionar recursos para que se realicen las obras necesarias para el cumplimiento de la habilitación

	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD		CÓDIGO PRC-06-FO-01	VERSIÓN: 00	
ESE TORIBIO I NIVEL	NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO		Pagina	ESTADO: VIGENTE	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: ENERO DE 2008	FECHA APROBACIÓN:	
EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL					
PLAN DE MEJORAMIENTO MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
En el área de odontología no hay controlador de temperatura. En el área de farmacia no se cumple con buenas condiciones para el almacenamiento de los medicamentos e insumos médicos.	Coordinador de odontología	Inmediatamente	Farmacia y odontología	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 de 2006	Compra de controlador de temperatura y mejora del área de farmacia reubicándola o haciendo los cambios necesarios para que cumpla con los requisitos.
No se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se rehúsen dispositivos médicos.	Coordinador médico	Inmediatamente	Farmacia	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 de 2006	Las normas y procedimientos para el control de reutilización de dispositivos médicos deben estar por escrito.

<p>Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.</p>	<p>Gerencia y auxiliar de farmacia.</p>	<p>Inmediatamente</p>	<p>Farmacia</p>	<p>Son requisitos exigidos por el decreto 1011 de 2006</p>	<p>Colocar en una parte visible de la droguería, información que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.</p>
--	---	-----------------------	-----------------	--	---

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		<b>CÓDIGO PRC-06-FO-01</b>	<b>VERSIÓN: 00</b>	
<b>ESE TORIBIO</b>	<b>NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		<b>Pagina</b>	<b>ESTADO: VIGENTE</b>	
<b>I NIVEL</b>					
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>FORMATO</b>	<b>FECHA ELABORACIÓN:ENERO DE 2008</b>	<b>FECHA APROBACIÓN:</b>	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>PLAN DE MEJORAMIENTO HISTORIAS CLINICAS</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PORQUE</b>	<b>COMO</b>
Se tiene definido el procedimiento para custodia y conservación de las historias clínicas pero no está por escrito.	Administrador, auxiliar de archivo.	Inmediatamente	En el área de archivo	Porque es un requisito para acceder a la habitación.	Plasmar en medio físico el procedimiento para custodia y conservación de las historias clínicas.

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		<b>CÓDIGO PRC-06-FO-01</b>	<b>VERSIÓN: 00</b>	
<b>ESE TORIBIO I NIVEL</b>	<b>NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		<b>Pagina</b>	<b>ESTADO: VIGENTE</b>	
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>FORMATO</b>	<b>FECHA ELABORACIÓN:ENERO DE 2008</b>	<b>FECHA APROBACIÓN:</b>	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>PLAN DE MEJORAMIENTO INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PORQUE</b>	<b>COMO</b>
Institución que cuenta con el servicio de hospitalización pediátrica, pero no cuenta con lactario.	Gerencia y Jefe de enfermería	Inmediatamente	Hospitalización pediátrica.	Es un requisito necesario para acceder a la habilitación.	Asignar o gestionando recursos para la adecuación del lactario.
No cuenta con servicio de radiología	Gerencia	Urgente	Toda la institución	Es vital para prestar servicios de calidad y da información vital al medico para direccionar un tratamiento de acuerdo al diagnostico	Gestionar recursos para implementar este servicio.

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		<b>CÓDIGO PRC-06-FO-01</b>	<b>VERSIÓN: 00</b>	
<b>ESE TORIBIO I NIVEL</b>	<b>NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		<b>Pagina</b>	<b>ESTADO: VIGENTE</b>	
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>FORMATO</b>	<b>FECHA ELABORACIÓN: ENERO DE 2008</b>	<b>FECHA APROBACIÓN:</b>	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>PLAN DE MEJORAMIENTO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PORQUE</b>	<b>COMO</b>
No existen guías Para la referencia de pacientes	Coordinador médico.	De inmediato	Urgencias y Hospitalización.	Porque nos permite darle un adecuado proceso a la remisión de pacientes.	Realizando las guías de acuerdo a lo estipulado por la norma.

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		<b>CÓDIGO PRC-06-FO-01</b>	<b>VERSIÓN: 00</b>	
<b>ESE TORIBIO I NIVEL</b>	<b>NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		<b>Pagina</b>	<b>ESTADO: VIGENTE</b>	
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>FORMATO</b>	<b>FECHA ELABORACIÓN:006</b>	<b>FECHA APROBACIÓN:</b>	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>PLAN DE MEJORAMIENTO SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PORQUE</b>	<b>COMO</b>
No se Realizan procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.	Coordinador médico.	De inmediato	En todos los servicios	Porque es un requisito que se requiere para la habilitación.	Implementar el proceso de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, Seguridad, pertinencia y continuidad.
El laboratorio clínico no tiene documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas	Coordinador médico, bacteriólogo	De inmediato	Laboratorio	Porque es un requisito que se requiere para la habilitación.	Implementar el buzón de sugerencias, quejas, realizar encuestas de satisfacción.



<p>_Complicaciones de procedimientos diagnósticos</p> <p>_ Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos</p> <p>_Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros.</p>	<p>Coordinador médico, bacteriólogo</p>	<p>De inmediato</p>	<p>Laboratorio</p>	<p>Es un requisito del decreto 1011 para la habilitación.</p>	<p>Diseñar e implementar indicadores Para el seguimiento a riesgos en el servicio.</p>
<p>_No hay guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones.</p>	<p>Coordinador médico.</p>	<p>De inmediato</p>	<p>Urgencias</p>	<p>Porque es un requisito que se requiere para la habilitación.</p>	<p>El comité de infecciones y vigilancia epidemiológica debe realizar las guías respectivas y mantenerlas disponibles en todas las áreas del hospital.</p>

<p>_El manual de normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, se encuentra por escrito pero no está en todos los servicios incluidos odontología, laboratorio clínico, esterilización, o en los consultorios donde se realicen procedimientos y en todas las demás áreas donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia más profundo.</p> <p>_No hay guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan adicción física y psíquica, en caso de ser utilizados por la institución.</p>					<p>Tener disponible en todas las áreas del hospital el manual de bioseguridad, el cual debe ser socializado.</p> <p>Constituir el comité de farmacia y diseñar las guías sobre el correcto uso de los medicamentos.</p>
--	--	--	--	--	---

**10. PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1011 DE  
2006 DE LA ESE E CXAYUTCE JXUT DEL MUNICIPIO DE  
TORIBIO- CAUCA**

$$\% \text{ CUMPLIMIENTO} = \frac{\# \text{ ITEMS QUE CUMPLE}}{\text{TOTAL ITEMS}} \times 100$$

$$\% \text{ CUMPLIMIENTO} = \frac{168}{241} \times 100 = 69.7\%$$

## CONCLUSIONES

1. La ESE CXAYUTCE JXUT, en su punto de atención del municipio de Toribio, no cumple con la totalidad de los requisitos esenciales de habilitación, ya que se encontraron deficiencias en varios de los ítems dados por la normatividad y establecidos en el decreto 1011 de 2006, por lo cual se hace necesaria la intervención por parte de la gerencia de la institución para gestionar recursos con el fin de implementar los servicios que hacen falta y corregir aquellas deficiencias encontradas, todo con la intervención activa del personal que allí labora y además teniendo en cuenta la idiosincrasia de la comunidad indígena con el fin de acondicionar los servicios de acuerdo a sus necesidades específicas.
2. La ESE CXAYUTCE JXUT, en su punto de atención del municipio de Toribio, cuenta con varias fortalezas que debe aprovechar para tratar de organizar una empresa sólida como lo es el talento humano, por otro lado se debe sacar provecho a los beneficios que tienen en este momento las comunidades indígenas tanto a nivel nacional como internacional para gestionar recursos que permitan ejecutar los planes de mejoramiento para cumplir con la totalidad de estándares exigidos por la normatividad vigente.
3. Con el sistema de garantía de la calidad en Colombia, se ha dado un paso importante en la búsqueda de que las instituciones brinden servicios de salud con calidad, pero desafortunadamente la normatividad se generaliza para todo el territorio nacional desconociendo que los contextos y las condiciones en cada región son diferentes, por lo cual una gran mayoría de instituciones no cumplen con los requisitos mínimos que exige la ley, pero que tienen que seguir brindando sus servicios en esas circunstancias ya que son la única opción para las comunidades.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se hace primordial la contratación o la creación de la figura de auditoria en salud para esta institución, ya que seria pilar fundamental en la necesidad de búsqueda de soluciones a las no conformidades encontradas, además se entraría en un proceso de mejoramiento continuo con base a las auditorias internas que se realizarían, no solo con el objetivo de cumplir para no ser sancionados sino como una verdadera cultura de calidad.
2. Crear un plan de capacitación dirigido a todo el personal que labora en la institución en todo lo relacionado a la normatividad vigente con la cual se debe cumplir, con el fin de concientizarlos de la necesidad de colaboración y aporte de cada uno de ellos en la búsqueda de soluciones que permita sacar la empresa adelante.

## BIBLIOGRAFÍA

- DANE 2005
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
- República de Colombia. Constitución Política 1991, Santa fe de Bogota.
- República de Colombia. Ley 80 de la Contratación Estatal de 1993, Santa fe de Bogota.
- República de Colombia, Ley 100 de 1993. Santa fe de Bogota
- República de Colombia. Resolución 5261 de 1994, Santa fe de Bogota.
- República de Colombia. Decreto 2423 de 1996, Acuerdo 306 de 2005, Santa fe de Bogota.
- República de Colombia. Decreto 1011 de 2006, Santa fe de Bogota.
- DRUCKER, P. La Gerencia para el futuro, grupo editorial Norma, 1993