

**ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA HABILITACIÓN DEL CENTRO DE
INFUSIÓN PEDIÁTRICO HUSJ, POPAYÁN, FEBRERO - MAYO 2011.**



**ANDREA ISABELLA BASTIDAS OVIEDO
YECID GARZÓN MOLANO
LUIS ALEJANDRO MERA LOPEZ**

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
POPAYÁN
2011**

**ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA HABILITACIÓN DEL CENTRO DE
INFUSIÓN PEDIÁTRICO HUSJ, POPAYÁN, FEBRERO - MAYO 2011.**

**Informe Final de Investigación presentado como requisito parcial para optar
el título de especialista en Administración Hospitalaria**

TUTOR: Dra. DORA ZAMORA

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
POPAYÁN
2011**

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado **ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA HABILITACIÓN DEL CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO HUSJ, POPAYÁN, FEBRERO - MAYO 2011**, elaborado por: ANDREA ISABELLA BASTIDAS OVIEDO, YECID GARZON MOLANO Y LUIS ALEJANDRO MERA LOPEZ, ha sido aceptado como requisito para optar el título de Especialistas en Administración Hospitalaria..

ASESORA

DIRECTOR

JURADO

Bogotá D.C. Junio de 2011

AGRADECIMIENTOS

Los autores del presente trabajo de investigación agradecen a Dios y a la Santísima virgen por ser guía en nuestra especialización y luz en nuestro futuro. A nuestros familiares por brindarnos su apoyo incondicional y permitirnos hoy compartir con ellos el éxito obtenido.

A la Universidad EAN en convenio con la Universidad del Cauca, por acogernos durante la especialización y transmitirnos a través de cada uno de los tutores su profesionalismo.

A la Doctora Dora Zamora, Magister en Epidemiología por su constante apoyo y compromiso para la realización de este proyecto.

A la Doctora María Amparo Acosta, Genetista Clínica por su colaboración incondicional en el desarrollo de la Investigación.

Al Hospital Universitario San José de Popayán, por permitir investigar en el Centro de Infusión Pediátrico.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
1. JUSTIFICACIÓN.....	12
2. PLANTEAMIENTO Y FORMULCIÓN DEL PROBLEMA.....	15
3. OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo General.....	17
3.2 Objetivos Específicos.....	17
4. DISEÑO METODOLOGICO.....	18
4.1 Tipo de estudio.....	18
4.2 Universo y Muestra.....	18
4.3 Métodos.....	18
4.4 Variables y operacionalización.....	18
4.4.1 Variable dependiente.....	18
4.4.2 Variable independiente.....	18
4.5 Criterios de Inclusión.....	19
4.6 Técnicas.....	19
4.7 Intrumento y validéz del instrumento.....	20
4.8 Análisis de la información.....	20
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
6. MARCO TEÓRICO.....	22
6.1 Marco Histórico.....	22
6.2 Centro de Infusión.....	23
6.3 Calidad en Salud.....	36
6.4 Calidad de la atención en salud.....	38
6.5 Estándares para los consultorios de procedimientos menores.....	39
6.6 Estándares para los Centros de Infusión Pediátricos.....	39
6.7 Costos.....	43
7. RESULTADOS.....	45
8. DISCUSIÓN.....	56
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	61
ANEXOS.....	65

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de pacientes atendidos en el Centro de Infusión Pediátrico.....	158
Tabla 2. Ejemplo costos anuales por infusión, Hospital Baca Ortiz – Ecuador.....	159
Tabla 3. Rentabilidad Centro de Infusión Pediátrico año 2010.....	159
Tabla 4. Número de infusiones por paciente año 2010 -Centro de Infusión Pediátrico HUSJ.....	160
Tabla 5. Valor facturado por infusión, Centro de Infusión Pediátrico – HUSJ.....	161
Tabla 6. Centro de costos al cual se facturan las infusiones.....	163
Tabla 7. Materiales e Insumos - Centro de Infusión Pediátrico, HUSJ....	163
Tabla 8. Facturación de interconsultas de Neuropediatría - Centro de Infusión Pediátrico, HUSJ.....	164

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafica 1. Distribución porcentual de los pacientes según Género - Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011.	45
Grafica 2. Distribución porcentual de pacientes según procedencia Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011.	46
Grafica 3. Número de pacientes por patología, Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011.....	46
Grafica 4. Rangos de edad pacientes, Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011.....	47
Grafica 5. Parentesco de los padres / pacientes Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011.....	48
Grafica 6. Verificación de estándares de habilitación del Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011, como Consultorio de Procedimientos Menores.....	49
Grafica 7. Porcentaje de rentabilidad, Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, año 2010.....	51
Grafica 8. Numero de infusiones realizadas al mes, Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, año 2010.....	52

ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Ficha Bibliográfica.....	65
Anexo 2. Carta de derechos de autor.....	66
Anexo 3. Propuesta.....	67
Anexo 4. Manual único de estándares de verificación. Anexo técnico N°1 Resolución 1043 de 2006. Consultorio de procedimientos menores	69
Anexo 5. Manual único de estándares de verificación. Anexo técnico N°1 Resolución 1043 de 2006. Unidad de Cuidado Intermedio Pediátrico.....	108
Anexo 6. Facturas.....	157
Anexo 7. Tablas.....	158

RESUMEN

Antecedentes: Gracias a la unión del Hospital Universitario San José, la Universidad del Cauca, los laboratorios Biomarín, Genzyme de Colombia y la Asociación Colombiana de Pacientes con Enfermedades de Depósito Lisosomal (Acopel), el 31 de julio de 2009, se hizo realidad el propósito social de inaugurar el primer Centro de Infusión Pediátrico (C.I.P.), que se crea en Latinoamérica para atender integralmente a los pacientes con enfermedades huérfanas.

El C.I.P. Este habilitado como consultorio de procedimientos menores, pero al hacer un análisis al Centro, es conveniente que sea habilitado como un servicio de cuidado intermedio que se ajusta más a los servicios que se ofrecen.

Métodos: Para el desarrollo de este proyecto se aplicó el método experiencial, descriptivo, observacional.

Resultados: Se encontró baja rentabilidad en el Centro de Infusión Pediátrico, debido a inconsistencias en el mecanismo de facturación por similitud del código del CIP y de la Sala Especial de Emergencia que generan confusión y los dineros que deben ser cargados al Centro se dirigen a la Sala Especial de Emergencias, también algunos procedimientos no son cobrados como debe ser.

El Centro de Infusión Pediátrico está habilitado como sala de Procedimientos Menores pero al hacer revisión de los estándares que debe cumplir según la Resolución 1043 de 2006, es evidente que no cumple con algunos de ellos.

Conclusiones: Según el análisis de la complejidad de los procedimientos que se realizan en el Centro de Infusión Pediátrico, es necesario habilitarlo como Unidad de Cuidado Intermedio Pediátrico, para lo cual se debe cumplir con el 100% de los estándares que especifica la Resolución 1043 de 2006 en su Anexo Técnico 1. Esto permitirá sin duda prestar un servicio de mayor calidad e incrementar si es necesario el costo por infusión si se habilita el Centro acorde a los servicios que ofrece.

INTRODUCCION

El Sistema de Garantía para la calidad en salud (SOGCS) es una norma a la cual deben acogerse todas las instituciones de salud tanto públicas como privadas para garantizar una atención segura y adecuada a todos los usuarios. El Sistema único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006) implícito en el SOGCS determina las condiciones mínimas que deben cumplir todos los servicios que ofrece una Institución Prestadora de Servicios de Salud, para poder ser sostenible en el tiempo.

La ciudad de Popayán cuenta con el único Hospital Universitario, merecedor de muchos reconocimientos por su trayectoria, servicios que oferta, recurso humano, tecnología, instalaciones físicas, etc. El cual ha adaptado un lugar para el funcionamiento del Centro de Infusión Pediátrico, el único en el Departamento del Cauca y con mayor número de pacientes de Colombia. En dicho Centro son atendidos pacientes con patologías genéticas en su mayoría Mucopolisacaridosis y osteogénesis imperfecta los cuales deben recibir infusiones de reemplazo enzimático de acuerdo al manejo que considere la genetista clínica. Este tratamiento ofrecerá a los pacientes una mejor calidad de vida y brindará apoyo a sus familias en el proceso de la enfermedad.

Debido a la complejidad de la infusión y las complicaciones derivadas de la misma, estos pacientes deben ser monitorizados electrocardiográficamente antes, durante y después de la infusión. El personal de salud de turno debe poseer la capacidad de responder a cualquier tipo de emergencia e igualmente el hospital ofrecer un fortalecido sistema de referencia y contrareferencia en caso de ser requerido. Por lo anterior el Centro de Infusión Pediátrico no puede ser calificado como un consultorio de procedimientos menores como está habilitado en la actualidad, los directivos deben considerar adecuarlo como una Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos y de esta manera ofrecer a los usuarios un servicio de alta calidad.

Uno de los objetivos del Sistema de Salud actual es la sostenibilidad financiera, debido a que todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud son empresas y su sostenibilidad futura dependerá de su capacidad económica. Una de las estrategias del Hospital Universitario San José es determinar la rentabilidad por servicios y tomar medidas de acuerdo a los

resultados obtenidos. Se realizó entonces un análisis de la rentabilidad actual del Centro de Infusión Pediátrico que arrojó cifras alarmantes para una unidad que presta servicios de alta calidad y complejidad.

Posteriormente fueron estudiadas 27 facturas tomadas aleatoriamente de los 15 pacientes que son atendidos en la sala de infusión, se encontraron fallas en el sistema de facturación como el no cobro de algunos servicios, materiales e insumos, y el direccionamiento de la cuenta a otros servicios; se analizó también el costo de la infusión el cual es mínimo comparado con la calidad técnico administrativa y asistencial, pero por estar habilitado como consultorio de procedimientos menores su costo no puede incrementarse.

Es por lo anterior que se evaluó al Centro de Infusión pediátrico con el anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006 que establece las condiciones mínimas de habilitación, para determinar las faltantes necesarias para ser considerado una Unidad de Cuidados intermedios pediátricos.

Dependerá del análisis exhaustivo de los directivos de los resultados presentados en este proyecto de investigación para determinar las acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad de la atención en salud y la sostenibilidad financiera del Centro de Infusión Pediátrico.

1. JUSTIFICACIÓN

La calidad de la atención en salud se constituye en un componente del sistema obligatorio de garantía de la calidad que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad esperada y la calidad observada, incentiva el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, fortaleciendo a la institución dentro de un contexto de efectividad eficiencia y ética.

“El programa de aseguramiento de la Calidad no es un control o inspección transitoria, ni representa el ente que lleva a cabo la verificación de procesos, ni es tampoco un organismo que interviene en decisiones; es una actividad permanente, coherente, organizada que se ocupa de que confluyan todos los componentes en cantidad y con las características ideales para lograr el fin único de la satisfacción del cliente” (Malagon y cols, 2006).¹

Se debe tener en cuenta que lo que no se mide no se puede mejorar, por esto la búsqueda de la calidad para el mejoramiento de la atención en salud debe centrarse en los procesos que conduzcan al fortalecimiento y mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio a través de herramientas de distinta naturaleza como matrices de priorización, jerarquización y paralelos entre otros, para dar desarrollo a la ruta crítica de la empresa de salud (Malagon y cols, 2006).¹

El decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, se define como 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. Aplica para los Prestadores de Servicios de Salud, entidades Promotoras de Salud, ARS, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada, Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.²

El sistema único de habilitación, es un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, que define las normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad

técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema.²

En el departamento del Cauca, hay un alto índice de pacientes que presentan patologías genéticas, (Mucopolisacaridosis, Osteogénesis imperfecta, enfermedades autoinmunes, deficiencia de la hormona de crecimiento), con mayor incidencia en la población indígena, que en su mayoría desconocen la presencia de la enfermedad y sus manifestaciones clínicas. Estos pacientes son diagnosticados en la mayoría de los casos cuando consultan por urgencia, al padecer complicaciones propias de la patología. Es así como son redireccionados al Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José de Popayán, quien desde ese momento inicia el tratamiento conveniente.

Teniendo como referente, la RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 (del 3 de abril de 2006), el Ministerio De La Protección Social, define las condiciones para la habilitación, que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios. Se observa que el Centro de Infusión Pediátrico, del Hospital Universitario San José, funciona como consultorio de procedimientos menores, a pesar de que su capacidad técnico científica y administrativa aplica como Unidad de Cuidados Intermedios, por lo anterior se pretende que se habilite el servicio acorde a la complejidad de los procedimientos que se realizan. Es necesario también que el recurso humano del hospital universitario San Jose, conozca de estas patologías que permita realizar un diagnostico oportuno para su posterior tratamiento.

Colombia es el primer país con ley de enfermedades huérfanas (LEY 1392 de Julio 02 de 2010) que tiene como objeto reconocer que estas enfermedades, representan un problema de especial interés en salud dado que por su baja prevalencia en la población, pero su elevado costo de atención, requieren dentro del SGSSS un mecanismo de aseguramiento diferente al utilizado para las enfermedades generales, dentro de las que se incluyen las de alto costo; y unos procesos de atención altamente especializados y con gran componente de seguimiento administrativo.

Los resultados como las derivaciones de esta investigación beneficiarán, sin duda no sólo al Hospital Universitario San José, sino también a los usuarios, porque a partir de ellos se podrá contribuir en la búsqueda de una mejor calidad en la prestación del servicio, según lo exige el Sistema Obligatorio de

Garantía de Calidad de Atención en Salud. De la satisfacción de los usuarios depende el posicionamiento de la empresa en el mercado, que es cada vez más competitivo.

¹ MALAGON-LONDOÑO y cols. Garantía de calidad en Salud. 2 ed., Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2006.

² <http://www.slideshare.net/johanmcp/sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad>

2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Departamento del Cauca cuenta con una población de 1.787.017 habitantes, de los cuales 247.987 pertenecen a grupos indígenas, que son los de mayor prevalencia en cuanto a las patologías genéticas que son tratadas en el Centro de Infusión Pediátrico: (Mucopolisacaridosis, Osteogénesis imperfecta, enfermedades autoinmunes, deficiencia de la hormona de crecimiento). Teniendo en cuenta la incidencia de estas patologías, aproximadamente hay una población indígena de 286 habitantes que padecen algún tipo de enfermedades genéticas.

En la actualidad hay un acceso limitado e inoportuno a los servicios de salud, lo que ocasiona disminución en la calidad y esperanza de vida de sus habitantes. Adicionalmente al no garantizarse la oportunidad y accesibilidad a los pacientes con alteraciones genéticas a los servicios de salud, se observa que las instituciones del Departamento no cuentan con un Centro de Infusión que ofrezca un servicio habilitado, con calidad, con infraestructura física adecuada, equipos de alta tecnología y Talento humano idóneo y capacitado para la atención integral de estos pacientes.

El hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán - Cauca, ha destinado un espacio de su infraestructura física, para ofrecer el servicio de infusión pediátrica, que se encuentra habilitado como consultorio de procedimientos menores y no como centro de infusión, que cumpla con los parámetros mínimos exigidos para ser habilitado. En el momento se está infundiendo en este centro 15 pacientes con Mucopolisacaridosis, Osteogénesis imperfecta y Enfermedad autoinmune, que evidencia el alto número de pacientes que falta por acceder al servicio.

Teniendo en cuenta la anterior problemática, se hace necesario Identificar los estándares de calidad, para la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico, del Hospital Universitario San José en la ciudad de Popayán – Cauca, para la atención oportuna, eficiente, eficaz y con calidad a los pacientes que presentan patologías genéticas (Mucopolisacaridosis, Osteogénesis imperfecta, enfermedades autoinmunes y deficiencia de hormona de crecimiento). Ofreciendo parámetros de calidad al hospital para que inicie el proceso de habilitación establecido en la resolución 1043 de 2006

Una manera de atender la problemática detectada, es a través de este estudio, el cual busca establecer los estándares de calidad, para la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico, del Hospital Universitario San José en la ciudad de Popayán – Cauca y atender de manera integral a los pacientes que presenten este tipo de patologías.

Para dar respuesta a la problemática en mención resulta pertinente formular los siguientes interrogantes: ¿Es necesaria la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico, para la atención de patologías genéticas en el Departamento del Cauca?, ¿Cómo habilitar el servicio?, ¿qué soluciones ofrecería a la población objeto? ¿El servicio que ofrece el Centro de Infusión Pediátrico, genera rentabilidad?

3. OBJETIVOS

3.1. General

Identificar los Estándares de Calidad para la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero-Mayo 2011.

3.2. Específicos

Revisar los estándares actuales de habilitación del consultorio de procedimientos menores del Hospital Universitario San José, Popayán – Cauca.

Analizar los estándares de habilitación que cumple actualmente el Centro de Infusión Pediátrico, del Hospital Universitario San José, Popayán – Cauca.

Identificar la rentabilidad actual del Centro de Infusión Pediátrico, del Hospital Universitario San José, Popayán - Cauca vs la rentabilidad esperada.

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente proyecto se basa en un tipo de estudio Descriptivo, Prospectivo, Transversal.

4.2. UNIVERSO Y MUESTRA: El universo y la muestra están constituidos por 15 niños que padecen enfermedades genéticas que acuden al Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José en la ciudad de Popayán.

4.3. MÉTODOS: Para el desarrollo de este proyecto se aplicó el método experiencial, descriptivo, observacional.

4.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACION:

4.4.1. Variable dependiente:

Identificar los estándares de calidad, para la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José, Popayán - Cauca, Febrero a Mayo de 2011.

4.4.2. Variables independientes:

Analizar los estándares de habilitación que cumple actualmente el Centro de Infusión Pediátrico, del Hospital Universitario San José, Popayán – Cauca, mediante los requisitos que exige la resolución 1043 de 2006.

Identificar la rentabilidad actual del Centro de Infusión Pediátrico, del Hospital Universitario San José, Popayán - Cauca vs la rentabilidad esperada, a través de documentos de facturación, indicadores financieros del centro de infusión pediátrico, estadísticas y bases de datos.

4.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para efectos del presente estudio se consideran los pacientes que actualmente atiende el Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán – Cauca.

Consentimiento informado para cada paciente del Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán – Cauca, en el que los padres de familia y/o acudientes acepten la atención de sus representados (pacientes), en el Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán – Cauca.

El Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán – Cauca, que este prestando el servicio.

4.6. TÉCNICAS.

Para la recolección de la información se hizo uso de las historias clínicas de cada uno de los pacientes que se atienden en el Centro de Infusión Pediátrico, utilizando datos sociodemográficos como: edad, género, lugar de residencia y otros datos de relevancia para la investigación los cuales fueron condensados en una tabla. (Ver Tabla N° 7 – Anexo N° 5)

Para verificar si el Centro de Infusión Pediátrico cumple con los estándares mínimos de habilitación como consultorio de procedimientos menores se utilizó los formatos de la resolución 1043 de 2006. Se pretende habilitar dicho centro como Unidad de Cuidados intermedios pediátricos por lo cual también se hizo uso de esta resolución.

Los costos fueron obtenidos de documentos de facturación, indicadores financieros del Centro de Infusión Pediátrico, estadísticas y bases de datos. (Ver anexo 4 Facturas, en físico.)

4.7. INSTRUMENTOS Y VALIDES DEL INSTRUMENTO

Los instrumentos del presente estudio están validados por la resolución 1043 de 2006 y los documentos de facturación, indicadores financieros del Centro de Infusión Pediátrico, estadísticas, bases de datos están previamente diseñadas, aprobadas por el Hospital Universitario San José de la ciudad de Popayán – Cauca.

4.8. ANALISIS DE LA INFORMACION

La anterior información se analizó a partir de tablas y graficas tipo histograma, circulares realizadas en el programa Excel versión 2010.

La estadística de tendencia central como es el promedio, el porcentaje, el rango la moda y la mediana.

5. CONSIDERACIONES ETICAS

El desarrollo del presente estudio se guía en la RESOLUCION N° 008430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, que se refiere a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. El artículo 5, considera que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

También clasifica las investigaciones en varias categorías y el presente trabajo, según la norma hace parte de la **Investigación sin riesgo**. Que son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Hacen parte del presente estudio los principios según Belmont en 1979 que son:

Respeto a las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.

Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación.

Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

6. MARCO TEORICO

6.1. MARCO HISTORICO:

Gracias a la unión del Hospital Universitario San José, la Universidad del Cauca, los laboratorios Biomarín, Genzyme de Colombia y la Asociación Colombiana de Pacientes con Enfermedades de Depósito Lisosomal (Acopel), el 31 de julio de 2009, se hizo realidad el propósito social de inaugurar el primer Centro de Infusión Pediátrico (C.I.P.), que se crea en Latinoamérica para atender integralmente a los pacientes con enfermedades huérfanas.³

El C.I.P. está ubicado en el hospital Universitario San José de Popayán en donde son atendidos niños con enfermedades genéticas metabólicas, consideradas como enfermedades huérfanas (Mucopolisacaridosis, osteogénesis imperfecta, enfermedades autoinmunes, deficiencia de la hormona de crecimiento).³

El Centro promueve el desarrollo intelectual, la rehabilitación psicológica y social de los pacientes y sus familias. Con el apoyo de los laboratorios Biomarín y Genzyme de Colombia se logra no sólo la dotación para este Centro, sino el respaldo de un grupo interdisciplinario de psicólogos, enfermeros, fisiatras, ortopedistas, neuropediatras, genetistas clínicos y trabajadores sociales, que se formarán en el diagnóstico de estas enfermedades y los tratamientos existentes.³

Acopel, asociación que en Colombia brinda ayuda a los pacientes con enfermedades de depósito lisosomal para que puedan tener acceso a un manejo integral de su enfermedad y mejorar así su expectativa y calidad de vida, se ha vinculado a este proyecto ayudando a los pacientes que desde zonas rurales llegan al centro para recibir el tratamiento. “Desde hace más de dos años, Acopel ha colaborado en la búsqueda de soluciones conjuntas, para la calidad de atención, aceptación social y bienestar de los pacientes y sus familias”.³

³<http://pachajoa.110mb.com/a9inf.htmç>

En un ambiente con la más alta calidad científica y tecnológica, 11 pacientes con Mucopolisacaridosis (MPS), así como 3 pacientes con Osteogénesis Imperfecta, y 1 con Enfermedad Autoinmune, que residen en el Departamento del Cauca, podrán recibir atención integral para su tratamiento semanal.

6.2. CENTRO DE INFUSIÓN:

Un centro de infusión es un lugar destinado para ofrecer tratamientos de terapia intravenosa con monitoreo hemodinámico continuo a pacientes previamente diagnosticados. Debido a la complejidad de los medicamentos infundidos, dichos pacientes requieren vigilancia permanente de un equipo multidisciplinario con entrenamiento en atención de urgencias y emergencias que permita la atención oportuna y adecuada a cualquier tipo de reacción adversa.

Todo centro de infusión debe contar con un ambiente propicio para el bienestar del paciente y su familia, que brinde una estancia cómoda y segura durante el procedimiento.

El Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José de Popayán, se encuentra ubicado en el primer piso en la sala de Pediatría, cuenta con:

Sala de espera.

Área de infusión con 4 sillas reclinables, 3 monitores de signos vitales, un pulsooxímetro, 4 balas de oxígeno, 4 bombas de infusión, un televisor, un DVD, un computador y un lavamanos.

Área administrativa con dos escritorios y archivador.

Área de preparación de medicamentos.

Área de desechos.

La mayoría sin la debida delimitación física excepto el área de infusión.

Atiende actualmente a 11 pacientes con Mucopolisacaridosis, 3 con Osteogénesis imperfecta y 1 de Enfermedad Autoinmune de zonas

indígenas del Departamento del Cauca como Silvia, Guambía, Pitayó, Totoró, Piendamó, y Cajibío. Estas patologías son más frecuentes en este tipo de población y se estima que existe aproximadamente 286 pacientes con este tipo de alteraciones genéticas. Los acudientes de los niños afectados con Mucopolisacaridosis afirman que en sus familias existen antecedentes de este tipo de patologías no diagnosticadas por medicina sino por su similitud en las características físicas con sus hijos. Las características sociodemográficas de los pacientes que acuden al Centro de Infusión pediátrica se describen en la Tabla N°1 (Ver anexo N°7.)

En este centro se atienden algunas patologías como las que se describen a continuación:

Mucopolisacaridosis

Las Mucopolisacaridosis (**MPS**), pertenecen al grupo de Enfermedades Lisosomales, son hereditarias y causadas por la ausencia o la deficiente producción de las enzimas necesarias para el procesamiento de moléculas llamadas glicosoaminoglicanos, que son cadenas largas de azúcares presentes en cada una de nuestras células que ayudan a construir los huesos, cartílagos, tendones, córneas, la piel y el tejido conectivo etc. ⁴

Las personas que padecen de Mucopolisacaridosis presentan alteración en la producción de alguna de las 11 enzimas requeridas para transformar estas cadenas largas y complejas en moléculas más sencillas, lo que ocasiona acumulación de estos compuestos, alterando la función normal de muchas partes del cuerpo. ⁴

Son enfermedades hereditarias, con un patrón de herencia autosómica recesiva (aparece cuando ambos padres lo transmiten); salvo en MPS II también llamada Enfermedad de Hunter, cuya herencia está ligada al cromosoma X (la transmiten las mujeres a sus hijos varones). Cuando ambos padres poseen el gen defectuoso, en cada embarazo hay una posibilidad en cuatro de afectar al niño. ⁴

Es posible que los padres y hermanos de un niño afectado no presenten muestras del trastorno. Los hermanos no afectados y ciertos parientes de un

niño que padezca de una de las formas de Mucopolisacaridosis pudieran llevar el gen recesivo y transmitirlo a sus propios hijos.⁴

En general, los siguientes factores pueden aumentar las posibilidades de padecer o transmitir alguna de estas u otras enfermedades genéticas:⁴

- Antecedentes familiares de una enfermedad genética.
- Padres que son parientes cercanos o que forman parte de familias que siempre han vivido en la misma región.
- Ambos padres que no muestran síntomas pero son portadores del gen de la enfermedad.

Las MPS presentan características clínicas comunes, pero también síntomas que son más propios de un tipo de patología que de otro, y poseen diversos grados de gravedad. Las diferencias entre los diversos fenotipos dependen parcialmente del tipo de sustrato acumulado, pero también del grado de deficiencia enzimática, del genotipo y de otros factores hasta ahora desconocidos.⁴

Generalmente las características no son evidentes al nacer, pero progresan a medida que el almacenamiento de glicosaminoglicanos afecta los huesos, la estructura esquelética, los tejidos conectivos el sistema nervioso y demás órganos. Al pasar el tiempo, estos glicosaminoglicanos se acumulan en las células, la sangre y los tejidos conectivos, esto produce daños celulares progresivos que afectan el aspecto y las capacidades físicas, los órganos y el funcionamiento del organismo del individuo y, en la mayoría de los casos, el desarrollo mental en general, se afectan funciones tales como las auditivas, visuales, cardiovasculares, respiratorias nerviosas y la motilidad por lo que la calidad de vida de estos pacientes y sus familiares está seriamente comprometida.⁴

Los síntomas físicos incluyen generalmente rasgos faciales toscos (incluyendo puente nasal plano, labios gruesos, boca y lengua recrecidas), baja estatura con el tronco desproporcionadamente corto (enanismo), displasia (tamaño y/o forma anormales de los huesos) y otras irregularidades esqueléticas, espesamiento de la piel, órganos agrandados (tales como hígado o el bazo), hernias y crecimiento excesivo del pelo en el cuerpo, manos cortas en forma de garra, rigidez progresiva de las coyunturas y el

síndrome de túnel carpiano pueden restringir la movilidad y las funciones de la mano.⁴

Ante la sospecha de una MPS, el examen de laboratorio más útil es el análisis de glicosaminoglicanos en una muestra de orina recolectada en fracciones individuales durante 8 horas. Hay una determinación inicial que sugiere si se trata de una Mucopolisacaridosis, con una respuesta afirmativa, se realiza la electroforesis de los glicosaminoglicanos excretados por la orina que van a orientar sobre los tipos de MPS y direccionan el estudio enzimático en leucocitos y/o plasma, o en gota de sangre seca, que permitirá finalmente, confirmar o descartar el diagnóstico de una MPS y determinar el tipo.⁴

Los tratamientos existentes hasta la fecha son Terapias de Reemplazo Enzimático (TRE), y solo están disponibles para MPS I, MPS II, y MPS VI; son terapias de muy reciente aparición, consistentes en reemplazar externamente la enzima que no se produce o que se produce deficientemente; debido a esto el manejo de la mayor parte de estas patologías es sintomático y dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.⁴

El trasplante de médula y el trasplante de sangre del cordón umbilical han tenido un éxito limitado en el tratamiento de las Mucopolisacaridosis. Las características físicas anormales, a excepción de aquellas que afectan el esqueleto y los ojos, pueden ser mejoradas, pero los resultados neurológicos varían. Son procedimientos de riesgo elevado y solamente se realizan después de que los miembros de la familia reciben la evaluación y el asesoramiento completos.⁴

Dentro de las medidas terapéuticas más frecuentemente requeridas en el manejo de los pacientes afectados por una MPS están la fisioterapia, destinada a mantener las funciones articulares y prevenir posturas viciosas, así como las terapias de lenguaje y ocupacional y el manejo quirúrgico oportuno cuando la sintomatología lo indique.⁴

La ausencia de tratamientos para la mayor parte de las MPS y el alto costo de las terapias de reemplazo enzimático existentes, han motivado a los investigadores a seguir desarrollando nuevas alternativas terapéuticas, entre ellas las terapias celulares, génicas y de inhibición de la síntesis de los

sustratos depositados, cuyo objetivo es ser efectivas, seguras y accesibles a la mayor parte de los pacientes. Mientras tanto, una meta importante debe ser el diagnóstico precoz de estos pacientes, de modo de entregar a las familias un consejo genético oportuno y prevenir la ocurrencia de nuevos casos.⁴

Hasta el momento se han descrito siete tipos de Mucopolisacaridosis. En el Departamento del Cauca son atendidas actualmente la MPS tipo II y VI que se describen a continuación:

MPS II: Conocida como **Enfermedad de Hunter**, es causada por la ausencia de la enzima iduronato- L Sulfatasa., muchos mencionan dos subtipos clínicos que dependen de la gravedad de los síntomas. Es la única de las Mucopolisacaridosis en la cual sólo la madre puede transmitir el gen defectuoso al hijo.⁴

Los niños que padecen de **MPS II A**, la forma más grave del síndrome de Hunter, comparten muchas de las características clínicas asociadas al síndrome de Hurler (MPS I H) pero con síntomas más leves. El inicio de la enfermedad ocurre generalmente entre las edades de 2 y 4 años. El deterioro en el desarrollo se nota generalmente entre las edades de 18 y 36 meses, seguido por la pérdida progresiva de capacidades. Otras características clínicas incluyen rasgos faciales toscos, irregularidades esqueléticas, obstrucción y complicaciones de las vías respiratorias, baja estatura, rigidez generalizada, degeneración de la retina (sin nublar las córneas), hidrocefalia comunicante, diarrea crónica, recrecimiento del hígado y el bazo y pérdida progresiva de la audición. Manchas blanquecinas en la piel se pueden presentar en los antebrazos, la espalda y las piernas.⁴

Las características físicas de la **MPS II B** son menos obvias y progresan a un ritmo mucho más lento. El diagnóstico se realiza a menudo en la segunda década de vida. El intelecto y el desarrollo social no se ven afectados. Los problemas esqueléticos pueden ser menos graves, pero el síndrome del túnel carpiano y la rigidez de las coyunturas pueden restringir el movimiento y la altura es algo menor de lo normal. Otros síntomas clínicos incluyen la pérdida de la audición, visión periférica pobre, diarrea y apnea del sueño, aunque las complicaciones respiratorias y cardíacas pueden contribuir a la muerte prematura. Las personas con MPS II B pueden vivir hasta o más allá de los 50 años.⁴

MPS VI: También llamada **Síndrome de Maroteaux-Lamy**, Los niños que lo padecen tienen un desarrollo intelectual normal, pero generalmente comparten muchos de los síntomas físicos encontrados en el síndrome de Hurler. El síndrome de Maroteaux-Lamy es causado por una deficiencia de la enzima N-acetil-galactosamina 4-sulfatasa y tiene un espectro variable de síntomas graves. Las complicaciones neurológicas incluyen córneas nubladas, sordera, espesamiento de la dura mater (la membrana que rodea y protege el cerebro y la médula espinal) y dolores causados por la compresión o traumatismo de los nervios y las raíces nerviosas.⁴

El crecimiento es normal al comienzo y se detiene repentinamente alrededor de los 8 años de edad. A la edad de 10 años los niños presentan un tronco acortado, postura encorvada y restricciones generalizadas del movimiento. En casos más graves, los niños también presentan una espina dorsal curva y un abdomen protuberante. Los cambios esqueléticos (particularmente en la región pélvica) son progresivos y limitan el movimiento. Muchos niños también presentan hernias umbilicales o inguinales. Casi todos los niños tienen algún tipo de enfermedad cardíaca, generalmente asociada al mal funcionamiento de las válvulas.⁴

Osteogénesis Imperfecta

La Osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad congénita que se caracteriza porque los huesos de las personas que la sufren se rompen muy fácilmente, con frecuencia tras un traumatismo mínimo e incluso sin causa aparente.⁵

Se conocen varios tipos de la enfermedad, y su variación es muy grande de un individuo a otro. Incluso dentro del mismo tipo, puede haber personas con una mayor o menor impregnación.⁵

Por decirlo con un ejemplo práctico, algunos pacientes sufren diez fracturas a lo largo de su vida, en tanto que otros pueden llegar a tener varios cientos de ellas.

⁴<http://www.acopel.org.co/cms/Default.asp?Page=170>

La Osteogénesis imperfecta (OI) se debe a la insuficiente y/o defectuosa formación del colágeno del cuerpo, como consecuencia de un fallo genético. El colágeno es una proteína de los tejidos y su función en la formación de los huesos se puede comparar a la de las nervaduras metálicas en torno a las cuales se monta la estructura de hormigón de una viga. Si la nervadura no es fuerte o no existe, la pieza de hormigón no adquirirá la forma adecuada o será sumamente frágil.⁵

La OI no se puede paliar, por tanto, suministrando calcio a los enfermos. No existe hasta el presente ninguna forma de inducir a las células del cuerpo a producir más colágeno o producir colágeno de calidad.⁵

La Osteogénesis imperfecta tiene un pronóstico muy variable, dependiendo del grado en que cada individuo esté afectado. La enfermedad en sí no es letal. Sin embargo, las personas afectadas por las formas más graves pueden tener importantes problemas colaterales. Mientras que los afectados por tipos más leves (I y IV según la clasificación de Sillence), en general no tienen más complicaciones que las que impongan sus fracturas y deformaciones óseas, así como las intervenciones quirúrgicas que sean necesarias para tratarlas, la OI del tipo II (siempre según Sillence) suele revestir mucha gravedad y puede llegar a ser letal, debido a las hemorragias que causan las fracturas múltiples en el recién nacido.⁵

El tipo III de Sillence tiene un pronóstico variable. En los casos en que la deformación ósea es grave y el volumen torácico es escaso, se pueden presentar problemas de ventilación, que en algunos casos pueden dar lugar a neumonías.

En todos los tipos se pueden presentar también problemas cardiovasculares de diferente pronóstico.⁵

A pesar de la deformación ósea y la frecuencia de fracturas, la longevidad de una persona afectada por OI es igual a la de cualquier otra. Sus cualidades intelectuales no están mermadas de ninguna forma por la enfermedad y pueden llevar una vida normal, dentro de las limitaciones que imponga el grado de movilidad de cada uno.⁵

Es difícil determinar el número de personas afectadas por la enfermedad, debido a que no hay censos donde consten semejantes datos. Además, se puede partir de la base de que hay gran cantidad de afectados con síntomas muy leves que no han sido ni serán nunca diagnosticados.⁵

La incidencia es de uno entre veinte o treinta mil nacimientos, según las otras cifras es de un afectado entre cada diez mil nacidos, incluyendo los casos que son diagnosticados a posteriori.⁵

En cuanto a la forma en que se transmite, los especialistas no acaban de ponerse de acuerdo. Hasta no hace mucho parecía claro que la forma de transmisión de los tipos I y IV era dominante (estos dos tipos se pueden estudiar en familias donde la enfermedad aparece a lo largo de generaciones). La opinión generalmente aceptada era hasta hace muy poco que tanto el tipo II como el tipo III son el resultado de una transmisión recesiva, pero los más recientes estudios parecen reflejar dudas fundadas sobre esta generalización y apuntan a la posibilidad de que el mosaicismo (error genético en las células germinales de los progenitores) desempeñe un papel importante en la transmisión de los casos más graves de OI.⁵

Además, la enfermedad también puede ser el resultado de una mutación espontánea y aparecer en familias sin ningún antecedente. En algunos casos, lo que puede parecer una mutación espontánea no lo es: hay afectados con síntomas tan leves que ignoran su condición hasta que tienen hijos con la enfermedad.⁵

En cualquier caso, está claro que los afectados por Osteogénesis imperfecta tienen un cincuenta por ciento de probabilidades de transmitirla a su descendencia.⁵

Enfermedades autoinmunes

Enfermedades autoinmunes, son aquellas enfermedades causadas por su propio Sistema Inmunológico. Sus defensas tienen un set de células llamadas células T, que indican al resto de su sistema inmune, como pelear

⁵<http://www.osteogenesis.info/ques/definic.htm>

en contra de invasores extraños a su cuerpo (gérmenes, bacterias, virus, etc.).⁶

Su sistema inmune se encuentra atacando a los tejidos de su propio cuerpo, causando enfermedades muy graves y difíciles de tratar. Por definición, su cuerpo esta atacándose a si mismo, y de ahí viene el porque son tan difíciles de tratar.⁶

Muchas enfermedades auto inmunes, son causadas por un desequilibrio en el cociente de las células T (Th1 y Th2). Estos subsets de células están en un continuo balance, como un sube-y-baja: cuando uno se incrementa, el otro baja, y viceversa. La manifestación más común, es un exceso de células Th2, resultando en un incremento en la incidencia de alergias, asma, y susceptibilidad a las infecciones (debido a un descenso en las células Th1 que dan la protección).⁶

La alternativa, demasiadas células Th1 ("demasiada protección" inmune), puede resultar en enfermedades auto inmunes como el caso de Psoriasis, Artritis, Lupus , Vitíligo, etc. Otras enfermedades como la Esclerosis Múltiple (EM), muestran una predominancia de células Th1, pero puede alternar de un extremo al otro.⁶

Los tratamientos más comunes en las enfermedades auto inmunes son los tratamientos sintomáticos. Por ejemplo, es muy común que un doctor recomiende analgésicos para el dolor en casos de artritis, cremas para el escozor en el caso de la Psoriasis, maquillaje en el caso de Vitíligo, drogas anti espasmódicas en el caso de la EM, o medicamentos anti inflamatorios para los pacientes de Lupus. Los médicos pueden continuar recetando medicamentos sintomáticos por un periodo prolongado de tiempo sin tratar el problema de raíz.⁶

Una opción mas directa, es tratar el problema con medicamentos inmuno supresores y drogas anti inflamatorias para los casos más severos.⁶

El problema es que mientras algunos de estos medicamentos pueden suprimir de manera efectiva su Sistema Inmune, el problema es que se crean efectos secundarios más devastadores que la misma enfermedad. Muy

pocos pacientes pueden tolerar más de tres tratamientos con methotrexate debido al daño que este medicamento causa al hígado. Los pacientes de lupus pueden sufrir del síndrome de cushing que causa malformaciones al cuerpo debido a los esteroides, y los pacientes de EM pueden pasar toda la vida tomando inmuno supresores, solo para ver que sus síntomas regresan, mientras sufren de enfermedades relacionadas con un sistema inmune deprimido.⁶

Deficiencia de la hormona de crecimiento

Implica estatura baja anormal con proporciones corporales normales. Esta afección se puede catalogar como congénita o adquirida.⁷

La estatura anormalmente baja en la infancia se puede presentar cuando la hipófisis no produce suficiente hormona del crecimiento (somatotropina). Esto puede ser causado por una variedad de mutaciones genéticas (como los genes Pit-1 y Prop-1, el gen receptor de la hormona del crecimiento o el gen de la hormona del crecimiento), ausencia de la hipófisis o lesión cerebral grave, aunque en la mayoría de los casos no se encuentra una causa subyacente de esta deficiencia.⁷

El retraso en el crecimiento se puede evidenciar en la lactancia y persistir a lo largo de toda la infancia. La "curva de crecimiento" del niño, que se encuentra en una tabla de crecimiento estandarizada, puede variar de plana (sin crecimiento) a muy superficial (crecimiento mínimo). Es posible que en el individuo se presenten o no los cambios normales de la pubertad, dependiendo del grado en el cual la hipófisis puede producir niveles hormonales adecuados diferentes a la hormona del crecimiento.⁷

La deficiencia de la hormona del crecimiento puede estar asociada con deficiencias de otras hormonas, entre las cuales están:⁷

Tirotropinas (controlan la producción de hormonas tiroideas)

Vasopresina (controla el equilibrio de agua en el cuerpo)

⁶<http://immunotrax.globered.com/categoria.asp?idcat=21>

Gonadotropinas (controlan la producción de hormonas sexuales masculinas y femeninas)

Análisis de ACTH o corticotropina (controla la glándula suprarrenal y su producción de cortisol, DHEA, y otras hormonas)

Los defectos físicos de la cara y del cráneo pueden igualmente estar asociados con las anomalías de la hipófisis o de su función. Un pequeño porcentaje de bebés con labio leporino y paladar hendido puede presentar disminución de los niveles de la hormona del crecimiento.⁷

Los síntomas asociados a esta alteración son:⁷

- Ausencia o retraso en el aumento de la estatura
- Crecimiento lento antes de los 5 años
- Estatura baja (niños por debajo del percentil 5 de la tabla estándar de crecimiento y adultos de menos de 1,50 m ó 5 pies)
- Ausencia o retardo del desarrollo sexual en adolescentes
- Dolores de cabeza
- Sed excesiva acompañada de micción excesiva
- Gasto urinario excesivo

Entre los exámenes están los siguientes:⁷

- Una radiografía de la mano puede determinar la edad ósea
- La edad ósea también se puede determinar por medio de una absorciometría de rayos X de energía dual o radioabsorciometría de doble energía (DEXA, por su sigla en inglés).
- La medición de la hormona del crecimiento y de los niveles de proteína de fijación asociados (IGF-1 y IGFBP-3) revela si el problema del crecimiento es causado por una disfunción de la hipófisis.
- Exámenes para medir otros niveles hormonales, ya que la ausencia de la hormona del crecimiento puede no ser un trastorno aislado.
- Una radiografía de la cabeza puede mostrar problemas del cráneo como una silla turca vacía, pequeña o agrandada o una masa intracraneal.
- Una IRM de la cabeza puede mostrar el hipotálamo y la hipófisis.

Para el tratamiento se puede utilizar la hormona del crecimiento sintética en niños con deficiencia de dicha hormona, lo cual requiere de la asistencia de un pediatra endocrinólogo. Generalmente, el tratamiento con la somatropina u hormona del crecimiento humano sintética (genotecnológica) se considera seguro, con efectos secundarios muy poco comunes.⁷

Si la deficiencia de la hormona del crecimiento es aislada, se administra la hormona sintética sola. De lo contrario, también se requieren otras preparaciones de reemplazo hormonal.⁷

En la mayoría de los niños que han sido tratados con hormonas del crecimiento, sus tasas de crecimiento han mejorado, aunque la efectividad del tratamiento puede disminuir con un tratamiento prolongado.⁷

Sin tratamiento, las complicaciones que se presentan como resultado de esta afección son estatura extremadamente baja y retraso en el desarrollo de la pubertad.⁷

El tratamiento que reciben los pacientes durante la infusión, se basa en enzimas vivas por lo cual la reacción inmunológica ante esto es impredecible.

La mayoría de los pacientes presentan entre otras complicaciones rash cutáneo, fiebre, disnea, cefalea, dolor abdominal, palidez y /o cianosis. Gran parte de las reacciones adversas son atendidas en el centro de Infusión y aquellas de mayor gravedad son tratadas de inmediato en el servicio de urgencias del Hospital Universitario San José.

El 02 de julio de 2010, por medio de la ley 1392, (Ley de enfermedades Huérfanas), se reconocen estas enfermedades como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores.⁸

⁷<http://www.clinicadam.com/salud/5/001176.html>

La presente ley tiene como objeto reconocer que las enfermedades huérfanas, representan un problema de especial interés en salud dado que por su baja prevalencia en la población, pero su elevado costo de atención, requieren dentro del SGSSS un mecanismo de aseguramiento diferente al utilizado para las enfermedades generales, dentro de las que se incluyen las de alto costo; y unos procesos de atención altamente especializados y con gran componente de seguimiento administrativo.⁸

Para tal efecto el Gobierno Nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de los enfermos que padecen este tipo de patologías, con el fin de mejorar la calidad y expectativa de vida de los pacientes, en condiciones de disponibilidad, equilibrio financiero, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, así como incorporar los demás componentes de la protección social, más allá de los servicios de salud, para pacientes, cuidadores y familias, dándole un enfoque integral al abordaje y manejo de estas patologías.⁸

En el artículo 2º, se define a las enfermedades huérfanas como, aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 2.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las huérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada.⁸

Esta ley alude que el gobierno pretende mejorar la calidad de vida de los pacientes y establecer estándares de calidad, pero para esto es importante inicialmente definir el término calidad en salud.

⁸<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/SEGUIMIENTO%20EN%20SALUD/Ley%201392%20del%2002%20de%20Julio%20de%202010.htm>

6.3 CALIDAD EN SALUD

Para Fernández, la calidad de la atención en salud puede ser entendida como una propiedad compleja de la entidad prestadora del servicio. Calidad que se debe someter a una evaluación y a un análisis sistemático que logre conseguir el propósito de recopilar información de tal manera que permita el redireccionamiento de las decisiones, encaminadas a proporcionar una mejor atención en salud para los diferentes usuarios del Sistema de Seguridad Social y la comunidad en general. (Fernández, 2008)

Se tendrá en cuenta lo que piensa el usuario para llegar a brindar servicios que satisfagan sus necesidades, para lo cual las instituciones implementan planes de acción que incluyen procesos de calidad liderados por los directivos de la empresas, quienes, a su vez, generan políticas de calidad encaminadas al cumplimiento de unos objetivos planteados. (Fernández, 2008)

Una vez se han implementado los procesos se hace seguimiento permanente mediante auto evaluaciones y auditorías internas que generen hallazgos que permitan diseñar planes de mejoramiento ya que no se puede bajar la guardia cuando de calidad se trata, pues siempre hay algo que mejorar (Fernández, 2008).

Frank Price define “Calidad es el grado de armonía entre la expectativa y la realidad” o “dar al cliente lo que desea hoy, a un precio que le agrada pagar a un costo que pueda soportar y darle aun algo mejor mañana” (Malagón-Londoño, 2006).

La calidad en salud, se refiere a: la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”. (Otero, 2002)

Desde una perspectiva del servicio, calidad es diferenciarse cualitativa y cuantitativamente respecto de algún atributo requerido, esto incluye la

cantidad de un atributo no cuantificable en forma monetaria que contiene cada unidad de un atributo.

Desde una perspectiva del paciente, Calidad implica la capacidad de satisfacer los deseos de los pacientes. La calidad de un servicio depende de cómo éste responda a las preferencias y a las necesidades de los pacientes, por lo que se dice que la calidad es adecuación al servicio.

Desde una perspectiva de la producción, calidad puede definirse como la conformidad relativa con las especificaciones, a lo que al grado en que un producto cumple las especificaciones del diseño, entre otras cosas, mayor es su calidad.

Desde una perspectiva de valor, calidad significa aportar valor al paciente, esto es, ofrecer unas condiciones de uso del servicio superiores a las que el paciente espera recibir y a un precio accesible. Y agrega que la calidad se refiere a minimizar las pérdidas que un servicio pueda causar a la sociedad, mostrando cierto interés por parte del prestador a mantener la satisfacción del paciente. (Iruretagoyena, 2004).

Otras definiciones de organizaciones reconocidas y de expertos del mundo de la calidad son:

Según la norma ISO 9000, *“Calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.*

ICONTEC en la Norma 1892 la toma como: “conjunto de propiedades o características de un producto o servicio, con habilidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas”.

Para la Real Academia de la Lengua Española, Calidad es *“Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”* (Real academia de la lengua, 1970).

El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro (4) componentes así:⁹

- Sistema Único de Habilitación.
- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- Sistema Unico de Acreditación.
- Sistema de Información para la Calidad.

6.4 LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD es 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.⁹

Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas *CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA* que son las condiciones básicas 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 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.⁹

El Sistema Único de Habilitación, es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.¹⁰

⁹<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sistemaobligatorio.aspx>

¹⁰<http://www.eumed.net/libros/2008b/408/SISTEMA%20UNICO%20DE%20HABILITACION.htm>

La Resolución 1043 de 2006, hace parte del Sistema Único de Habilitación y por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.¹¹

6.5 ESTANDARES PARA LOS CONSULTORIOS DE PROCEDIMIENTOS MENORES.

Los consultorios de procedimientos menores cumplen con los siguientes estándares según resolución 1043 de 2006:

- 1) Recursos Humanos
- 2) Infraestructura-instalaciones físicas
- 3) Dotación- mantenimiento.
- 4) Medicamentos y dispositivos médicos.
- 5) Procesos prioritarios asistenciales.
- 6) Historia clínica y registros asistenciales.
- 7) Interdependencia de servicios.
- 8) Referencia y contrareferencia de pacientes.
- 9) Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.

6.6 ESTANDARES PARA LOS CENTROS DE INFUSION PEDIATRICOS

En diversos lugares del mundo, existen Centros de Infusión dedicados a proporcionar terapias a pacientes que padecen enfermedades genéticas y mejorar su calidad de vida.

¹¹<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15214&IDCompany=11>

Uno de ellos es el Centro de infusión del Texas Children's, que se dedica a proporcionar terapia intravenosa (IV) para mantener el estado de salud de los pacientes con alteraciones genéticas, todo en un marco ambulatorio. Puesto que el centro se enfoca únicamente en las necesidades de los pacientes que requieren terapia IV, estos no necesitan ingresar al hospital, lo cual hace posible un servicio más rápido.¹²

Los tratamientos comunes que se proporcionan en este Centro de Infusión incluyen, entre otros, los siguientes:¹²

- Hemoderivados
- Pruebas de estimulación
- Bisfosfonatos
- Infusiones de inmunoglobulina
- Hormonas/ esteroides IV
- Antibióticos, incluidas las primeras dosis
- Terapia de reemplazo de enzimas
- Terapia biológica (anticuerpos monoclonales, modificadores de respuesta biológica)
- Nutrición / soluciones para padres

El centro de infusión está diseñado para alojar pacientes actuales del Texas Children's que requieran de terapia de infusión. Todos los pacientes deben estar bajo el cuidado de un subespecialista de Texas Children's, que asuma la responsabilidad del paciente.

Los subespecialistas del Texas Children's pueden derivar a un paciente llamando a Programación central o al Centro de infusión. Si se necesitaran tratamientos múltiples, se pueden hacer citas para todo el plan de tratamiento, todo con una sola llamada telefónica. Se requieren órdenes para las terapias provistas en el centro de infusión.¹²

En la sala de infusión se cuenta con personal calificado y el equipo adecuado para una estancia placentera y para la aplicación de medicamentos intravenosos para el tratamiento de diversas enfermedades.¹³

¹²<http://es.texaschildrens.org/enes/carecenters/InfusionCenter/Default.aspx>

MIAMI CHILDREN'S HOSPITAL, en Miami Florida, fundado en 1950, presta un servicio orientado a la familia que proporciona infusiones y tratamientos para niños y familias que conviven con un diagnóstico que requiere infusiones. La sala de infusión del MCH fue diseñada para ser como la sala de estar de un hogar, en un entorno agradable y cómodo donde los niños puedan disfrutar de videojuegos, mirar televisión, escuchar música, leer, jugar, descansar e incluso dormir una siesta mientras reciben las infusiones.¹³

Cliditer es una sala de infusión en México D.F, que funciona desde el año 2004. Allí los niños pueden interactuar con sus amigos que conviven con diagnósticos similares. Al mismo tiempo, los padres tienen la oportunidad de encontrarse con otros padres en situaciones similares y pueden brindarse apoyo mutuo.¹⁴

El equipo multidisciplinario de la sala de infusión, formado por comprensivos profesionales de la atención médica, médicos, enfermeras certificadas, enfermeras practicantes, farmacéuticos, terapeutas de vida infantil, trabajadores sociales y representantes del paciente y la familia, proporcionan el cuidado, el tratamiento, la información y la educación sanitaria que los pacientes y sus familias necesitan para vivir con su diagnóstico.¹⁴ La sala se esfuerza por ofrecer las infusiones y demás servicios de atención médica que necesitan los pacientes, de manera segura, rápida y económica.¹⁴

El Centro de Tratamiento pediátrico, GOLISANO CHILDREN'S HOSPITAL, ubicado en la 6ª planta del Fondo de Atención Ambulatoria del Hospital Strong Memorial Rochester, NY, proporciona atención y tratamiento a niños que requieren una variedad de procedimientos. El Centro de Tratamiento Pediátrico, tiene capacidad para los niños con necesidades de atención aguda y crónica, independientemente del diagnóstico, ofreciendo un ambiente cómodo para los pacientes que requieren transfusiones, infusiones, vigilancia y observación. El Centro de Tratamiento pediátrico está disponible para todas las especialidades pediátricas.¹⁵

¹³<http://www.mch.com/>

¹⁴<http://www.cliditer.com/infusion.html>

Proporciona atención médica para pacientes que requieren: ¹⁵

Terapia intravenosa
Acceso por vía intravenosa
Hidratación IV
Infusiones de medicamentos
Transfusiones
Quimioterapia
Inmunoglobulina
Reemplazo enzimático
Factor de crecimiento estimulante de colonias (G-CSF)
Pruebas de estimulación

El centro de infusión de Minnesota. Situado en el Children's - Minneapolis, ofrece más de 5.000 visitas al año para infusión. El centro puede eliminar la necesidad de una hospitalización, reducir los costos de hospital, y permite que los niños regresen a casa o a la escuela con mayor rapidez. ¹⁶

Ofrece los siguientes servicios: ¹⁶

Salas de procedimientos
Manejo de casos complejos
Horario extendido, en algunos casos, para dar cabida a los pacientes y a sus necesidades.

El Centro de infusión para niños, sirve a pacientes de hematología y oncología, así como pacientes con trastornos genéticos.

Las terapias y procedimientos incluyen: ¹⁶

- La terapia de reemplazo enzimático y tratamiento con anticuerpos monoclonales
- Enzima terapias

¹⁵<http://www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/general-peds/treatment-center.cfm>

¹⁶<http://www.childrensmn.org/web/hemonc/141661.asp>

- Sustitución de enzima Genética
- Terapia de inmunoglobulina
- Transfusión de glóbulos rojos o plaquetas.

En Bogotá, la Fundación Hospital Infantil Universitario de San José cuenta con el Servicio de Reumatología Pediátrica, se encuentra altamente comprometida con el tratamiento y el estudio de las enfermedades reumáticas en niños y niñas ofreciendo esta especialidad y brindando una atención de alta calidad, humana e integral.¹⁷

En el servicio de Reumatología Pediátrica del Hospital se evalúan, diagnostican y manejan niños con enfermedades reumatológicas y síndromes dolorosos musculo esqueléticos incluyendo condiciones, pero no limitadas, como Artritis Reumatoidea Juvenil, Lupus Eritematosos Sistémico, Dermatomiosistis, Vasculitis, Uveítis, Fenómeno de Raynaud, Escleroderma, Fiebres prolongadas y Dolor crónico musculo esquelético.¹⁷

Así mismo, el servicio ofrece la aplicación de medicamentos reumatológicos de alto riesgo (que incluyen la aplicación de Ciclofosfamida, Rituximab, Abatacept, Infliximab, Actemra), en sala de infusión exclusivamente pediátrica en un ámbito seguro y cómodo para el paciente y su familia. Este tipo de procedimientos se realizan bajo el cuidado y monitorización permanente de un Reumatólogo Pediatra y un Jefe de Enfermería calificado.

Además, el servicio cuenta con el apoyo de un Hospital con personal idóneo entrenado en pediatría y UCI pediátrica, lo que permite brindarle al paciente la mayor seguridad durante la aplicación de estos medicamentos.¹⁷

6.7 COSTOS

En Ecuador existen hasta el momento 21 pacientes que padecen algún tipo de Mucopolisacaridosis (11 de ellos confirmados y otros 10 en etapa de

¹⁷http://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=144&limitsta

confirmación diagnóstica). Estos pacientes han sido evaluados por el Director del Hospital Baca Ortiz, Dr. Milton Jijón.¹⁸

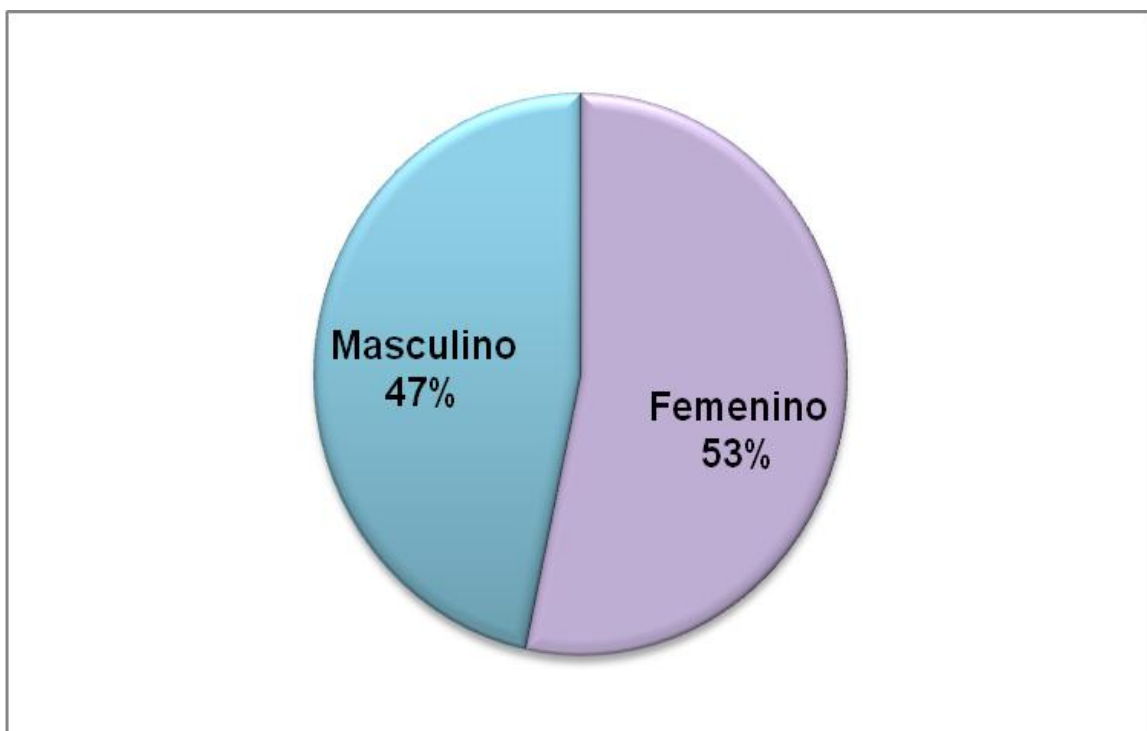
Para los 11 pacientes ecuatorianos que actualmente tienen el diagnóstico confirmado (2 pacientes con MPS I, 3 con MPS II, 3 con MPS VI, 2 con Gaucher y 1 con Fabry) el costo total anual de los medicamentos para todos ellos sería de alrededor de 3 millones de dolares. Esto depende del costo del medicamento según la casa comercializadora y del número de ampollas por paciente que varía de acuerdo al peso.¹⁸ (*Ver Tabla N° 2 - Anexo N°7*)

¹⁸<http://www.fepeldasha.org/file-pacientes/file-tratamiento/TRATAMIENTO.html>

7. RESULTADOS

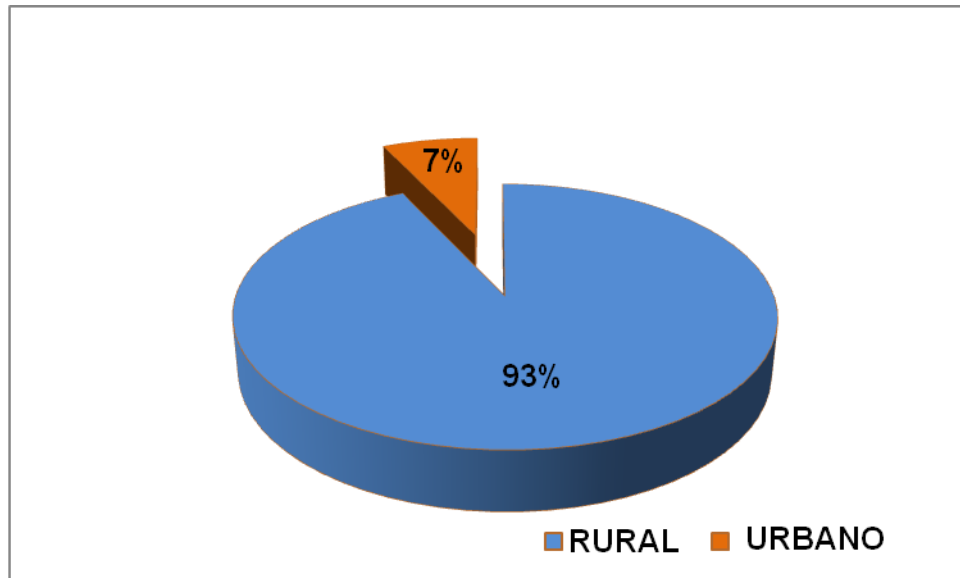
1. Variables sociodemográficas Centro de Infusión Pediátrico HUSJ. Popayán.

Grafica 1. Distribución porcentual de los pacientes según Género - Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011



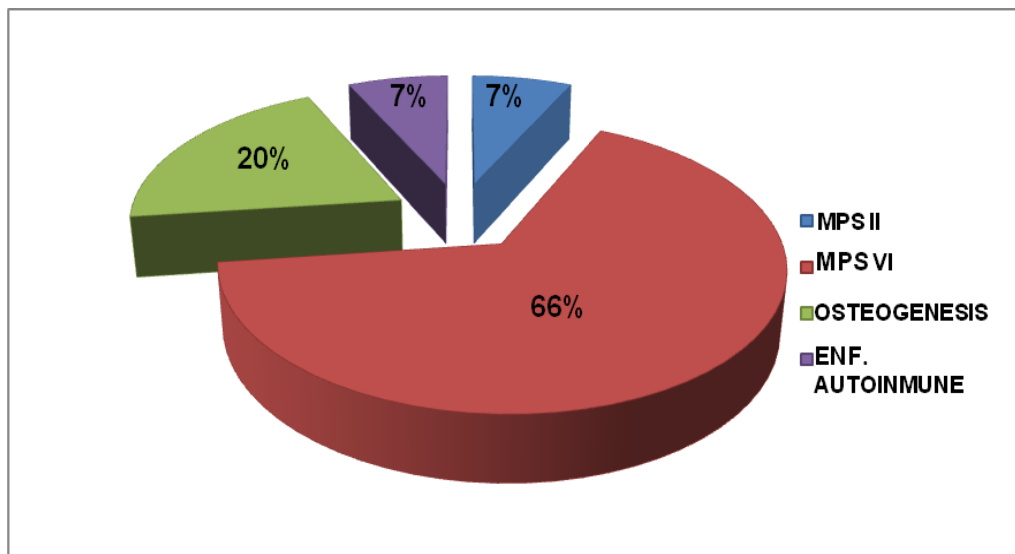
Del total de los pacientes del Centro de Infusión Pediátrico, el 53% correspondió al género Femenino y el 47% al género Masculino.

Gráfico N° 2. Distribución porcentual de pacientes según procedencia Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011



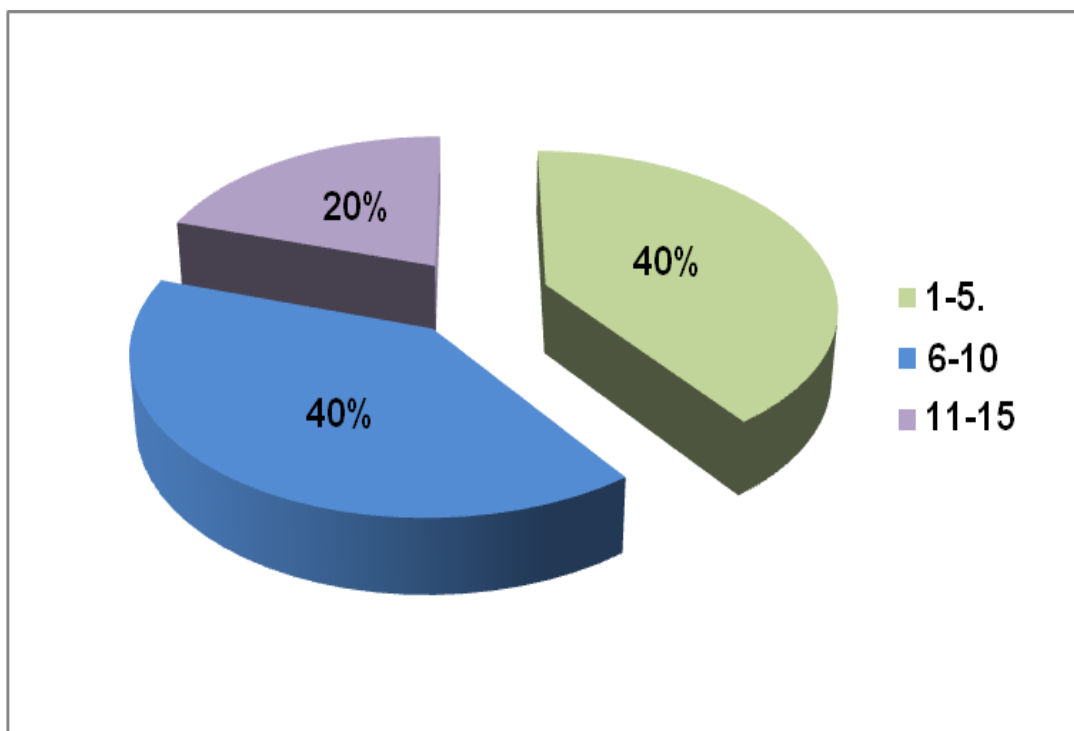
El 93% de los pacientes es de procedencia rural y el 7% de zona urbana.

Grafica N°3. Número de pacientes por patología, Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011.



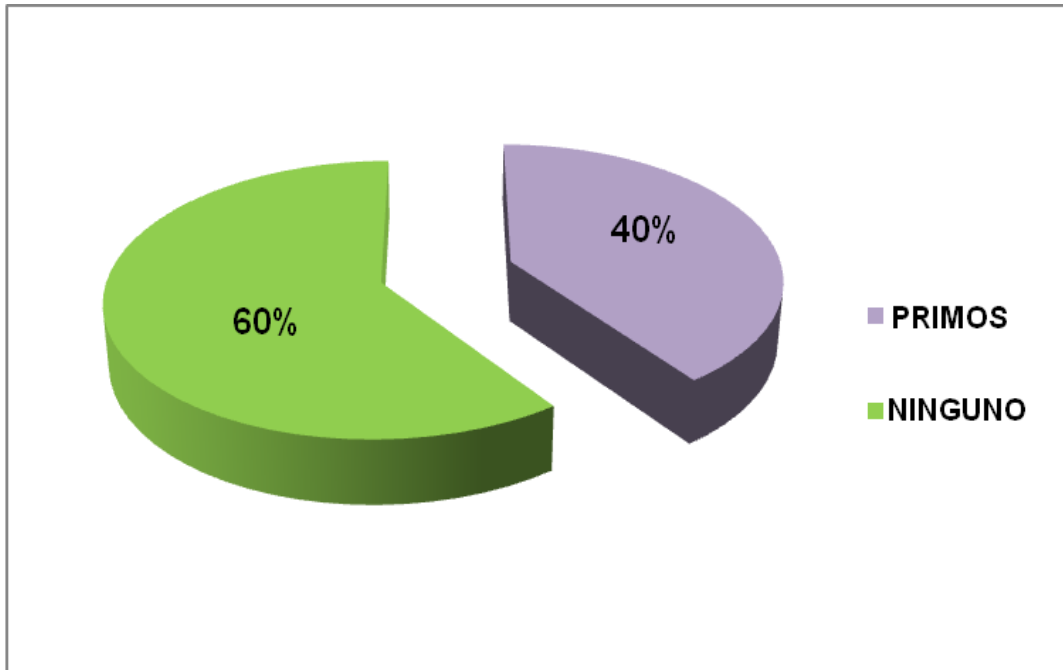
El 66% de los pacientes atendidos en el Centro de Infusión Pediátrico corresponden a Mucopolisacaridosis tipo VI, el 20% a Osteogénesis imperfecta, el 7% a Mucopolisacaridosis tipo II y el 7% a enfermedad Autoinmune.

Grafica N° 4. Rangos de edad pacientes, Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011



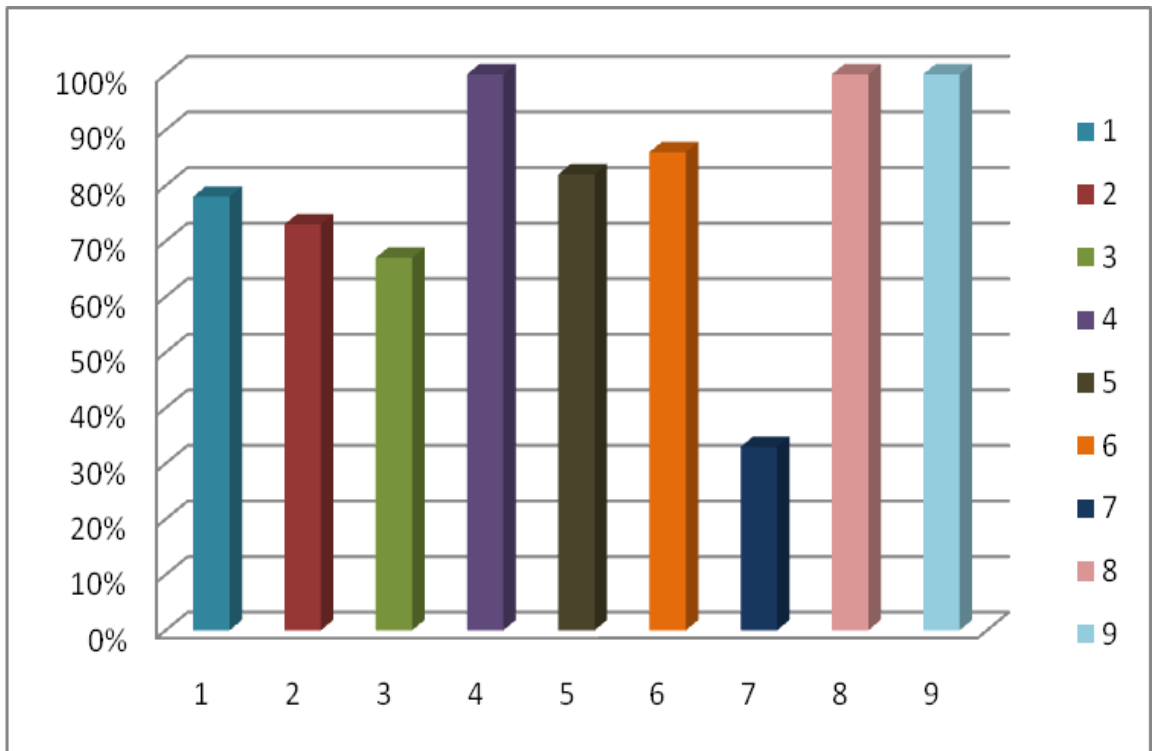
40% de los pacientes corresponden al rango de edad ente 1-5 años, 40% al rango de edad comprendido entre 6-10 años y el 20% entre 11-15 años de edad.

**Grafica N° 5. Parentesco de los padres / pacientes Centro de Infusión
Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011**



El 40% de los padres de los pacientes que son atendidos en el Centro de Infusión Pediátrico son primos y el 60% no tienen ningún tipo de parentesco.

Gráfica N° 6. Verificación de estándares de habilitación del Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, Febrero - Mayo 2011, como Consultorio de Procedimientos Menores.



CONVENCIONES:

- 1) Recursos Humanos:
- 2) Infraestructura-instalaciones físicas
- 3) Dotación- mantenimiento.
- 4) Medicamentos y dispositivos médicos.
- 5) Procesos prioritarios asistenciales.
- 6) Historia clínica y registros asistenciales.
- 7) Interdependencia de servicios.
- 8) Referencia y contrareferencia de pacientes.
- 9) Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.

En Recurso Humano, se cumple 7 de los 9 estándares, que aplican para la habilitación de los consultorios de procedimientos menores. Los dos que faltan (1.7, 1.8), no aplican porque el primero es para salas de Rayos X, y el segundo se refiere al archivo de historias clínicas en el servicio y esto no hace parte de las normas de la Institución. (Ver anexo N° 4)

En Instalaciones Físicas, de los 11 estándares que aplican para consultorio de procedimientos menores, 8 cumplen, los estándares 2.5, 2.12 y 2.55 no cumplen porque los pisos no tienen las características que establece la norma, no hay área específica para el depósito de las basuras y para los procedimientos especiales. (Ver anexo N° 4)

En Dotación - Mantenimiento, de los 3 estándares se cumple con 2; el estándar 3.2 no cumple porque no hay revisión preventiva y periódica de los equipos médicos. (Ver anexo N° 4)

En Medicamentos y Dispositivos médicos, se cumple en un 100% con las condiciones que establece la Resolución 1043 de 2006. (Ver anexo N° 4)

En cuanto a los **procesos prioritarios asistenciales**, de 11 estándares se cumple con 9. Los códigos: 5.16 y 5.48, no se cumplen debido a que no hay en el servicio, manual de bioseguridad, de Residuos, de Esterilización, ni tampoco protocolo de todos los procedimientos propios del servicio. (Ver anexo N° 4)

En Historia clínica y Registros asistenciales, se cumple con 6 estándares de los 7 que debe cumplir para la habilitación de los consultorios de procedimientos menores. El código 6.6 no aplica porque aún no se ha establecido la historia clínica electrónica. (Ver anexo N° 4)

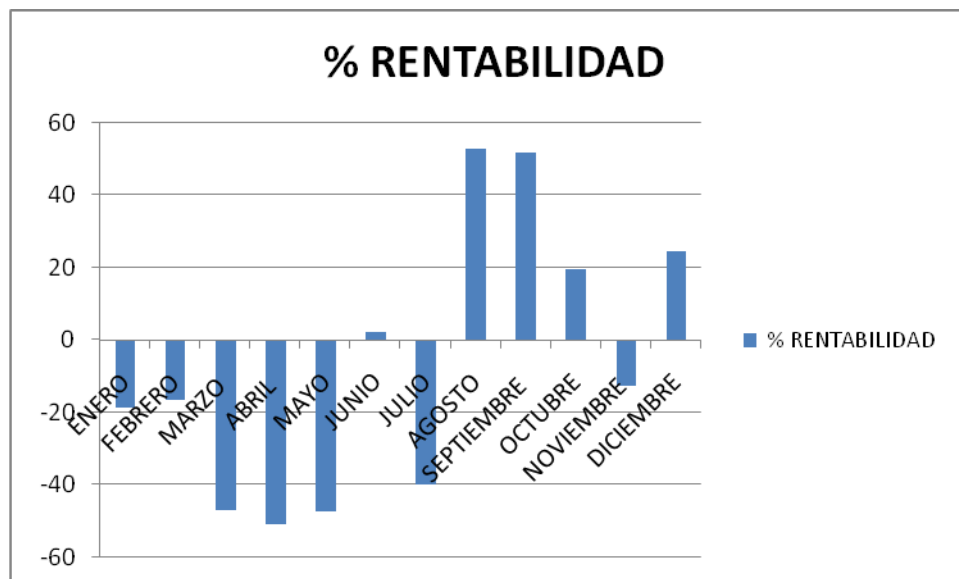
En Interdependencia de servicios, se cumple solo con 3 estándares de 9, el código 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.6 y 7.9, no aplican para la habitación de consultorios de procedimientos menores. (Ver anexo N° 4)

En Referencia y contrareferencia se cumple con el 100% de los estándares, como también en Seguimiento a riesgos en la prestación de los servicios. (Ver anexo N° 4)

Según el análisis de la complejidad de los procedimientos que se realizan en el Centro de Infusión Pediátrico, es necesario habilitarlo como Unidad de Cuidados Intermedios Pediátrico, para lo cual se debe cumplir con el 100% de los estándares que especifica la Resolución 1043 de 2006 en su Anexo Técnico 1. (Ver anexo N° 5.)

RENTABILIDAD CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO:

GRÁFICO N° 7. Porcentaje de rentabilidad, Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, año 2010.



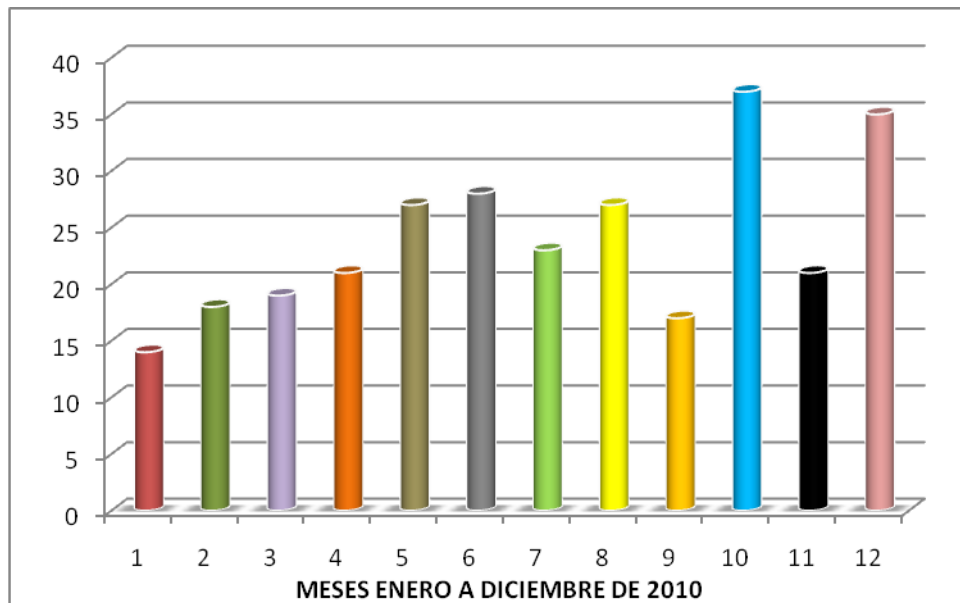
Fuente de Información: Centro de Costos HUSJ.

Se presenta en la **tabla N° 3 (Ver anexo 7)** la rentabilidad del Centro de Infusión Pediátrico durante el año 2010. Estos datos fueron proporcionados por el Centro de Costos del Hospital Universitario San José de Popayán.

Se observa que en la mayoría de los meses, entre más infusiones se realicen, menos rentabilidad genera. Por ejemplo los meses de Septiembre y Octubre. Además la variabilidad de rentabilidad cambia drásticamente con solo una infusión de diferencia. Ejemplo. Mayo y Junio.

El gráfico anterior (*Grafico No. 7*) muestra el porcentaje de rentabilidad que evidencia de igual manera la prevalencia de negatividad durante el año 2010.

Grafica N° 8, Numero de infusiones realizadas al mes, Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán, año 2010.



FUENTE DE INFORMACIÓN: Estadísticas Centro de Infusión Pediátrico

El número de infusiones realizadas al mes oscila alrededor de 24 y por jornada son atendidos aproximadamente 2 pacientes. Esto dependerá del despacho del medicamento a la farmacia del Hospital por parte de la EPS a la cual se encuentra afiliado el usuario. (*Ver tabla N° 4 – anexo 7*).

En cuanto a los equipos médicos que se utilizan para la monitorización e infusión de los pacientes, estos fueron donados por las casas comercializadoras que apoyan este tipo de población con patologías

genéticas. En total se tienen \$ 40.531.300 que se discrimina en el (**Ver anexo en físico N° 6**), proporcionado por el servicio de Almacén del Hospital Universitario San José.

Al hacer un análisis profundo de la tabla No. 3 y Gráfica N°7 (**Ver anexo 7**), se puede pensar inicialmente que una de las causas de la baja rentabilidad del centro de infusión se debe a la inadecuada facturación por parte del Hospital Universitario San José, debido a que una sola sesión de infusión no puede originar una variación tan amplia de la rentabilidad. Otra de las causas que podría estar inmersa en la problemática es el costo por infusión que por habitación como consultorio de procedimientos menores no puede ser superior a lo estipulado en la tarifa SOAT.

El mecanismo de facturación del Centro de Infusión Pediátrico se realiza mediante un código asignado el cual es: 38827SIP, denominado Sala especial infusión Pediátrica, que es muy similar al de la Sala especial emergencia en urgencias adultos y pediátrica con ventilación mecánica al que le corresponde el código 38827 y se puede deducir que por la semejanza de ambos códigos lo que factura el Centro de Infusión Pediátrico es cargado a la sala especial de emergencias disminuyendo la rentabilidad del mismo.

Por lo anterior se realizó un análisis de 27 facturas escogidas de manera aleatoria de 9 de los 15 pacientes que son atendidos en el Centro de Infusión Pediátrico. Éstas correspondieron a los meses de Enero a Diciembre de 2010 y de Enero a Marzo de 2011. (**Ver Anexo No. 6 y tabla N° 5 – Anexo 7.**)

Las facturas fueron analizadas por ítems dentro de los cuales se encuentran:

- 1) Terapia ocupacional sesión.
- 2) Preparación magistral medicamento toxicológico.
- 3) Estancias.
- 4) Valor facturado por infusión.
- 5) Materiales e insumos.
- 6) Facturación de interconsultas.
- 7) Oxígeno por cánula nasal.

Dentro de la terapia ocupacional por sesión de una hora se cobra \$ 13.200 y se encontró que en las facturas N° 4, 7 y 22 no se cobró este procedimiento. En la N° 25 se facturó como terapia física sesión con un valor de \$ 13.700 el cual no se realiza en el Centro de Infusión. (**Ver tabla N° 5– Anexo 7.**)

El valor de la preparación magistral de medicamentos toxicológicos es de \$18.700 y no se cobra en las facturas 1, 2, 3, 4, 7, 23, 26. Cabe resaltar que quien prepara el medicamento en el Centro de Infusión pediátrico es la Enfermera Profesional que realiza la infusión y no se incluye en el pago de su salario. (**Ver tabla N° 5– Anexo 7**)

El costo facturado por estancia no es asignado en su totalidad al Centro de Infusión, sino a otros centros de costos por fallas en facturación. (**Ver tabla N° 6 – anexo 7**). Solo 5 facturas de las 27 analizadas fueron direccionadas a la Sala especial infusión pediátrica.

El valor por infusión en las facturas analizadas es fluctuante. En la factura N° 23 se observa que se hace un cobro integral de \$789.694, precio aproximado que debe ser cobrado por sesión de infusión. Se presentan inconsistencias en las facturas restantes, algunas de ellas con cobros inferiores y otras en donde se cobra más de lo estipulado. (**Ver tabla N° 5 – Anexo 7**).

En relación a los materiales e insumos el costo por infusión es de \$151.902 esto fue cobrado en todas las facturas. (**Ver tabla N° 7 – Anexo 7**).

El médico especialista en Neuropediatría es facturado dentro de la Estancia por lo cual no puede ser cobrado nuevamente como se evidencia en las facturas N° 2,4,7,17 y 27. (**Ver anexo 6 y tabla N° 8 Anexo 7**).

Otro de los errores encontrados en facturación es el no cobro del oxígeno en la factura N°20 en la cual si se incluye el humidificador y la cánula nasal los cuales deben ser cobrados de manera integral. (**Ver Anexo 6.**)

Con lo anterior se puede evidenciar que la rentabilidad del Centro de Infusión Pediátrico depende del buen funcionamiento del servicio de facturación del Hospital Universitario San José, quien debe realizar el cobro integral del

servicio de infusión y facturar al centro de infusión y no a otro centro de costos. El cobro por infusión podría incrementarse si el centro de infusión se habilitará a corde a los servicios que ofrece.

8. DISCUSION

En la actualidad no existe una base de datos de los pacientes que han sido efectivamente diagnosticados por padecer enfermedades raras, aunque se estima que podrían ser mas de 3 millones de enfermos, información obtenida por medio de los registro de los tratamientos que hoy se pagan a través del fondo de solidaridad y garantía bajo la figura de recobro que instauran las EPS. Estas cifras son similares al número de pacientes con enfermedades huérfanas en España que son 3 millones.^{19, 20}

En Colombia hasta el pasado 2 de julio de 2010, a las enfermedades huérfanas no se les daba la importancia ni el tratamiento que merecían, por su elevado costo, a partir de esta fecha estas fueron consideradas como de especial interés y se definió que su tratamiento estará a cargo del Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de la Protección Social. La Doctora Pilar Giraldo, Jefa de Hematología del Hospital Miguel Servet en Zaragoza - España, destacó la importancia de contar con el apoyo de las administraciones públicas a la hora de diagnosticar y tratar a estos pacientes, que se encuentran con numerosas trabas por el enorme gasto que implica sus pruebas diagnósticas y genéticas y, posteriormente, acceder a sus medicaciones en el caso de que existan.^{21, 22}

El 40 % de los pacientes que se atienden en el Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ, corresponden a los rangos de edad entre 1 a 5 años y 6 a 10 años, esto coincide con un estudio realizado en la Habana Cuba en donde los pacientes con MPS diagnosticados fueron de ambos sexos, y el rango de edad osciló de 4 meses a 10 años.²³

En el Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ, se atiende actualmente a un mayor número de pacientes con Mucopolisacaridosis tipo IV, con un 66 % del total de pacientes atendidos y un 7 % de pacientes con Mucopolisacoridosis tipo II. Estos datos se relacionan con una base de datos de pacientes con

¹⁹ <http://www.partidodelau.com/minisitios/files/PL130enferhuerfanas.pdf>

²⁰ http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N2114.html

²¹ <http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/LEYES/2010/1392.htm>

²² http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N2114.html

²³ http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/neurologia/libro_de_resumenes_neuropediatria.pdf

Mucopolisacaridosis procedentes del Altiplano Cundiboyacense en donde de 45 pacientes los casos más frecuentes son la tipo IV, la tipo VI y un caso de mucopolisacaridosis tipo II de sexo femenino y una mayor proporción de casos de sexo masculino en todas las Mucopolisacaridosis.²⁴

el 40% de los padres de los pacientes del Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ, son primos y el 60 % restante no tienen ningún parentesco, esto está relacionado con un artículo, que se basa en un estudio realizado por la Journal of Genetics Counseling, según el cual los hijos procreados entre primos-hermanos tienen prácticamente la misma probabilidad de nacer con problemas congénitos, retraso o enfermedades genéticas que una pareja de padres no emparentados y para Arno Motulsky, profesor emérito de Medicina y Ciencias del Genoma de la Universidad de Washington y uno de los autores del estudio, indica que si bien en una relación entre no consanguíneos el riesgo es entre el 3% y 4%, entre primos-hermanos apenas llega a 7% u 8%.²⁵

En el momento el Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ, está habilitada como Consultorio de Procedimientos Menores que según el Anexo Técnico 2 de la Resolución 1043 de 2006, hace parte de la consulta prioritaria, orientada a atender patologías de baja complejidad que requieren ser atendidos de manera prioritaria y de libre acceso por los usuarios. Es claro que las patologías que se infunden en el centro, no son de baja complejidad, porque a pesar de que el procedimiento de infusión puede ser sencillo, los efectos posteriores al procedimiento pueden ser graves, es por esto que se hace necesaria su habilitación como Cuidado Intermedio.²⁶

Sin duda las patologías que se infunden en el Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ, son complejas por la sintomatología y riesgos a los cuales se ven expuestos los pacientes, teniendo en cuenta que el Centro está habilitado como Consultorio de Procedimientos Menores y que estas realizan procedimientos de baja complejidad es necesario habilitarlo como Centro de Cuidado Intermedio, que tomando como referencia el Anexo Técnico 2 de la Resolución 1043 de 2006, este ofrece servicios institucionalizados a personas con discapacidad severa, en condiciones de dependencia en las

²⁴ <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewArticle/1534>

²⁵ <http://www.saludymedicinas.com.mx/articulos/1614/sexo-entre-parientes-hijos-con-anomalias-geneticas/1>

²⁶ <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20ANEXO%20T%C3%89CNICO%20NO.%20%20RESOLUCI%C3%93N%201043%20DE%202006.pdf>

actividades cotidianas y que requieren cuidados especiales, su objetivo es proveer cuidados básicos, mantener funciones y prevenir el deterioro de los pacientes.²⁷

Todas las instituciones de salud deben estar habilitadas para prestar los servicios y no necesariamente estar acreditadas. Sin embargo, buscar la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ, constituye una ventaja competitiva en el mercado, crea oportunidades de mejora para el hospital y para los pacientes. En documentos analizados al respecto, todos coinciden con la importancia de la habilitación de los servicios de salud para incrementar la rentabilidad de los servicio.

²⁷ <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20ANEXO%20T%C3%89CNICO%20NO.%20%20RESOLUCI%C3%93N%201043%20DE%202006.pdf>

9. CONCLUSIONES

El 40 % de los pacientes que se atienden en el Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ, corresponden a los rangos de edad entre 1 a 5 años y 6 a 10 años, se atiende actualmente a un mayor número de pacientes con Mucopolisacaridosis tipo IV, con un 66 % del total de pacientes atendidos y un 7 % de pacientes con Mucopolisacaridosis tipo II.

El 40% de los padres de los pacientes del Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ, son primos y el 60 % restante no tienen ningún parentesco, por lo tanto es necesario la realización de capacitaciones a los familiares, para generar conciencia y prevenir que mas niños nazcan con estas patologías.

Debido a la complejidad de los procedimientos que se realizan actualmente en el Centro de Infusión Pediátrico y a su capacidad técnico científica y administrativa, este, no puede ser considerado como consultorio de procedimientos menores, en cambio debe asimilarse como Unidad de Cuidado Intermedio Pediátrico.

Para la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico como Unidad de Cuidado Intermedio Pediátrico, es necesario cumplir con la totalidad de estándares establecidos en la resolución 1043 de 2006.

Es necesaria la creación de una Base de Datos de pacientes que han sido diagnosticados con enfermedades huérfanas para llevar un control y tratamiento oportuno que les permita a los pacientes mayor bienestar y aumentar su esperanza de vida.

Los investigadores recomiendan:

Mejorar el proceso de facturación del Hospital, realizando el cobro integral por infusión y direccionar los recaudos al Centro de Infusión Pediátrico, además Habilitar el CIP como Unidad de Cuidado Intermedio Pediátrico que permita incrementar o no el costo de los servicios que ofrece.

Capacitar a las poblaciones indígenas y comunidad en general en prevención y detección temprana de patologías genéticas.

Socializar los resultados de este estudio con los funcionarios y personal administrativo del Hospital Universitario San José de Popayán; con el fin de dar a conocer el primer estudio sobre *Estándares de Calidad para la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico HUSJ, Popayán*, para contribuir al mejoramiento de calidad en la atención, que deben recibir los usuarios quienes son la razón de ser de las instituciones de salud.

Implementar los correctivos pertinentes derivados de este estudio al Centro de Infusión Pediátrico del Hospital Universitario San José de Popayán.

BIBLIOGRAFIA

¹MALAGON-LONDOÑO y cols. Garantía de calidad en Salud. 2 ed., Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Ley 100 de 1993. Archivo en PDF disponible en Internet: www.mindelaproteccionsocial.gov.co

FERNÁNDEZ, Oscar Adolfo. Gestión de Calidad en Servicios Odontológicos. Cátedra de Patología y Clínica Bucodental, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, 2008

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION. Tesis y otros trabajos de grado. Compendio. Bogotá, D.C.: ICONTEC, 2004.

IRURETAGOYENA, Marcelo A. nociones básicas de calidad en la atención dental. Disponible en <<http://www.sdpt.net/calidad/calidadenlaatenciodental.htm>>; revisado 26 de enero, 2009.

MALAGON-LONDOÑO y cols. Garantía de calidad en Salud. 2 ed., Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2006.

OTERO M., Jaime. ¿Qué es calidad en salud? (Documento en Word publicado en Noviembre de 2002), disponible en Internet: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc
www.gerenciasalud.com

REAL ACADEMIA DE LA LENGUA. DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA, 19 edición, Tomo I, España: Espasa Calpe, 1970.

²<http://www.slideshare.net/johanmcp/sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad>

³<http://pachajoa.110mb.com/a9inf.htm>

⁴<http://www.acopel.org.co/cms/Default.asp?Page=170>

⁵<http://www.osteogenesis.info/ques/definic.htm>

⁶<http://immunotrax.globered.com/categoria.asp?idcat=21>

⁷<http://www.clinicadam.com/salud/5/001176.html>

⁸<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/SEGUIMIENTO%20EN%20SALUD/Ley%201392%20del%2002%20de%20Julio%20de%202010.htm>

⁹<http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sistemaobligatorio.aspx>

¹⁰<http://www.eumed.net/libros/2008b/408/SISTEMA%20UNICO%20DE%20HABILITACION.htm>

¹¹<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/NewsDetail.asp?ID=15214&IDCompany=11>

¹²<http://es.texaschildrens.org/enes/carecenters/InfusionCenter/Default.aspx>

¹³<http://www.cliditer.com/infusion.html>

¹⁴<http://www.mch.com/>

¹⁵<http://www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/general-peds/treatment-center.cfm>

¹⁶<http://www.childrensmn.org/web/hemonc/141661.asp>

¹⁷[http://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/index.php?option=com_content
&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=144&limitsta](http://www.hospitalinfantildesanjose.org.co/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=144&limitsta)

¹⁸[http://www.fepeldasha.org/file-pacientes/file-
tratamiento/TRATAMIENTO.html](http://www.fepeldasha.org/file-pacientes/file-tratamiento/TRATAMIENTO.html)

¹⁹ <http://www.partidodelau.com/minisitios/files/PL130enferhuerfanas.pdf>

²⁰ http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N2114.html

²¹

[http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/LEYES/2010/1392.ht
m](http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/LEYES/2010/1392.htm)

²² http://www.farmanews.com/notas_de_prensa/N2114.html

²³

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/neurologia/libro_de_resumenes_neurope
diatria.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/neurologia/libro_de_resumenes_neurope
diatria.pdf)

²⁴ <http://www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/viewArticle/1534>

²⁵[http://www.saludymedicinas.com.mx/articulos/1614/sexo-entre-parientes-
hijos-con-anomalias-geneticas/1](http://www.saludymedicinas.com.mx/articulos/1614/sexo-entre-parientes-
hijos-con-anomalias-geneticas/1)

²⁶[http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones
/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20ANEXO%20T%C3%89CNICO
%20NO.%202%20RESOLUCI%C3%93N%201043%20DE%202006.pdf](http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones
/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20ANEXO%20T%C3%89CNICO
%20NO.%202%20RESOLUCI%C3%93N%201043%20DE%202006.pdf)

²⁷<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20ANEXO%20T%C3%89CNICO%20NO.%202%20RESOLUCI%C3%93N%201043%20DE%202006.pdf>

ANEXOS.

ANEXO 1

FICHA BIBLIOGRÁFICA	
TIPO	Investigación formativa
TÍTULO	ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA HABILITACIÓN DEL CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO HUSJ, POPAYÁN, FEBRERO - MAYO 2011
PROGRAMA	Administración Hospitalaria
MODALIDAD PROGRAMA	Postgrado
GRUPO DE INVESTIGACIÓN	Bogotá D.C. Universidad EAN 2011
EDICIÓN	Popayán, Cauca, Universidad del Cauca, en convenio con la EAN, Facultad de postgrados, 2011
AUTORES	Andrea Isabella, Bastidas Oviedo; Yecid, Garzón Molano; Luis Alejandro, Mera López.
PALABRAS CLAVES	Estándar, habilitación, Infusión, Rentabilidad
DESCRIPCIÓN	Este estudio pretende establecer los estándares de calidad, para la habilitación del Centro de Infusión Pediátrico, del Hospital Universitario San José en la ciudad de Popayán – Cauca y atender de manera integral a los pacientes que presenten patologías genéticas en el departamento del Cauca.
FUENTES	¹ MALAGON-LONDOÑO y cols. Garantía de calidad en Salud. 2 ed., Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2006. www.mindelaproteccionsocial.gov.co ⁴ http://www.acopel.org.co/cms/Default.asp?Page=170
CONTENIDO	El Centro de Infusión Pediátrico (CIP) del Hospital Universitario San José se encuentra habilitado como consultorio de procedimientos menores, sin embargo por la complejidad de los procedimientos es necesario habilitarlo como Unidad de Cuidados Intermedios pediátricos por lo cual se aplicó el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006. Además contiene un análisis financiero que describe las causas de la baja rentabilidad.
METODOLOGÍA	El presente proyecto se basa en un tipo de estudio Descriptivo. Prospectivo, Transversal. Se aplico el método experiencial, descriptivo, observacional.
CONCLUSIONES	Es necesario la habilitación del CIP como consultorio de procedimientos menores. Mejorar el proceso de facturación del Hospital Universitario San José.
PERIODO ACADÉMICO	2011-1

ANEXO 2

CARTA DE DERECHOS DE AUTOR

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD EAN.

Nosotros: Andrea Isabella Bastidas Oviedo; Yecid Garzón Molano; Luis Alejandro Mera López, mayores de edad, vecinos de la ciudad de Popayán – Cauca, identificados con cedula de ciudadanía No. 1061685293, 10306067, 1061697982 de Popayán, actuando en calidad de autores del Informe Final de Investigación, titulado **“ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA HABILITACIÓN DEL CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO HUSJ, POPAYÁN, FEBRERO - MAYO 2011”**, De conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizamos a la universidad EAN, para:

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

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se nos dé crédito al Informe Final de Investigación titulado: *“ESTÁNDARES DE CALIDAD PARA LA HABILITACIÓN DEL CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO HUSJ, POPAYÁN, FEBRERO - MAYO 2011”*

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

Andrea Isabella Bastidas Oviedo
C.C. 1061685293 de Popayán

Yecid Garzón Molano
C.C. 10306067 de Popayán

Luis Alejandro Mera López
C.C. 1061697982 de Popayán

ANEXO 3 - PROPUESTA

Teniendo en cuenta que el Centro de Infusión Pediátrico del HUSJ de Popayán, en el momento está habilitado como Consultorio de Procedimientos Menores, que hace parte de la consulta prioritaria, orientada a atender patologías de baja complejidad, es necesario considerar la habilitación de dicho servicio acorde a los tratamientos que se realizan debido a que requieren de una serie de condiciones específicas para la prestación del servicio.

Esta investigación inicialmente aborda la importancia de habilitar el Centro de infusión Pediátrico como Unidad de Cuidado Intermedio Pediátrico, debido a que al analizar los estándares que debe cumplir según la Resolución 1043 de 2006, se acopla más a la misión del Centro de Infusión, pues en este se Ofrecen servicios institucionalizados a personas con discapacidad severa, en condiciones de dependencia en las actividades de la vida diaria y que requieren cuidados especiales. El objetivo de estos centros es proveer cuidados básicos, mantener funciones y prevenir el deterioro, con todo esto, ofrecería una serie de ventajas competitivas, pues es posible que se pueda incrementar el valor de cada Infusión, debido a que los resultados derivados de esta investigación, demuestran que hay baja rentabilidad.

Además, el estudio de costos del Centro de Infusión refleja que se deben tomar medidas en el proceso de facturación debido a que el código de la sala de emergencia de Urgencias de pediatría es similar al del Centro de Infusión, por lo cual los ingresos se derivan a otro servicio. Otro aspecto importante derivado de la investigación es la no facturación de todos los procedimientos que se realizan ocasionando disminución en la tarifa de la infusión.

Se hace necesario también capacitar al personal asistencial en la identificación de pacientes con dichas enfermedades y de esta manera ser referidos a la consulta de genética quien tomará la decisión de ser o no tratadas en el Centro de Infusión. Lo que permitirá tener mayor número de pacientes a quienes se les pueda ofrecer un tratamiento oportuno y eficaz.

Pero sin duda para que el Centro de Infusión Pediátrico, funcione tal y como lo exige la normatividad vigente, es indispensable que el área administrativa

y asistencial del hospital se apersonen del único Centro que ofrece tratamiento a personas con patologías genéticas en el Departamento del Cauca y que se trabaje en equipo, realizando vigilancia y control a los procesos que se llevan a cabo, en pro de permitir una vida más saludable a quienes requieren del servicio.

En acuerdo con la Gerencia y la coordinación del Centro de Infusión Pediátrico se puede ampliar el portafolio de servicios y de esta manera no subutilizar el espacio y los medios con los que cuenta el consultorio de Infusión.

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

**ANEXO 4 – VERIFICACION ESTANDARES RESOLUCION N° 1043 DE 2006, PARA LA SALA DE PROCEDIMIENTOS MENORES – CENTRO DE INFUSION PEDIATRICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN.
MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN**

1. Recursos Humanos.

1. RECURSO HUMANO

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	N A	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	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				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite la relación de todo el recurso humano asistencial que preste directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación. ✓ Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado. ✓ Verifique que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. ✓ Verifique que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para que fue vinculado. ✓ Verifique que los profesionales, especialistas, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	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				

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

1. RECURSO HUMANO							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.3	TODOS LOS SERVICIOS	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 del o de los servicios.	X				<p>expedido por una institución educativa por fuera de Colombia, verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si el número de personas de la relación del personal asistencia es mayor a 100 solicite al menos el 10% de las hojas de vida de cada uno de los siguientes tipos de profesional: ✓ Médicos (Generales y especialistas) ✓ Enfermeras profesionales. ✓ Auxiliares de enfermería. ✓ Otros profesionales (Odontólogos, bacteriólogos, instrumentadoras,

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

1. RECURSO HUMANO							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	N A	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	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				sicólogos, terapeutas, entre otras). Si en alguna de las hojas de vida revisadas se incumple con alguno de los requisitos para el ejercicio de la profesión u oficio, revise el total de las hojas de vida. Con el listado de servicios declarado por la entidad y la relación de personal entregada por la institución, verifique que la entidad cuenta con el recurso humano asistencial y el respectivo entrenamiento exigido para cada servicio definido en las tablas de detalle por servicio de este estándar. ✓ Interrogue sobre las actividades docente asistenciales que se realizan en la entidad - Profesiones u oficios que realizan prácticas de pregrado o postgrado

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

1. RECURSO HUMANO							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	N	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.5	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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 Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p> <p>El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.</p>	x				<p>con atención directa a los pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Áreas de la institución en donde se realizan éstas prácticas. - Mecanismos de supervisión de profesionales legalmente autorizados para prestar los servicios. <p>✓ Verifique en historias clínicas al azar, que las conductas que se adopten por personal en entrenamiento sean siempre supervisadas.</p> <p>✓ Solicite el documento que establezca el procedimiento definido por el prestador para la selección de recurso humano asistencial y verifique que incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.</p>

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

1. RECURSO HUMANO

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	N A	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.6	TODOS LOS SERVICIOS	Para efecto de los proceso 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				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite el documento que define el procedimiento de identificación del personal que ingresa a la institución y verifique que incluye la clasificación en personal autorizado para el ejercicio de la profesión u oficio, el personal en entrenamiento y los visitantes. Verifique que los servicios de vigilancia cumplen con los procedimientos definidos de identificación. ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el nombre y la identificación de la persona que no cumple con el estándar y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. ✓ Durante la visita a las áreas asistenciales verifique que el recurso humano que se encuentre presente, está incluido en el listado suministrado inicialmente de personal vinculado a la institución.

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

1. RECURSO HUMANO							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.7	TODOS LOS SERVICIOS	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.			X		
1.8	TODOS LOS SERVICIOS	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 del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.		X			
1.90	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	El recurso humano requerido para los procedimientos que realice de acuerdo con las competencias definidas en las leyes del ejercicio profesional en salud. El recurso humano no es exclusivo de este servicio, será el mismo habitado en consulta externa u otros servicios	x				

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

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento.

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
	TODOS LOS SERVICIOS	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				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si presta servicios hospitalarios y quirúrgicos verifique que en la edificación sólo se presten servicios de salud. ✓ Con base en los servicios declarados y los planos de la institución, diseñe conjuntamente con la persona designada por el prestador, un recorrido identificando la secuencia de servicios a visitar, que permita a la entidad informar a las diferentes áreas, en especial aquellas que requieren condiciones especiales de ingreso. Se sugiere iniciar por los servicios que requieren mayores condiciones de asepsia (áreas quirúrgicas y de procedimientos), siguiendo por áreas hospitalarias, áreas ambulatorias de urgencias y de consulta, servicios de apoyo diagnóstico y finalizando en servicios generales ✓ Identifique todas las áreas de la institución donde se prestan servicios de hospitalización y verifique las condiciones generales de las áreas de hospitalización definidas en el detalle por servicios. ✓ Si la institución cuenta con menos de 30 cuartos de hospitalización, verifique las condiciones en 10 de ellos. Si son más de 30, verifique al menos el cumplimiento de

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

2. INSTALACIONES FÍSICAS							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.2	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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.</p> <p>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.</p>	X				<p>las condiciones en el 30% de las habitaciones. Si encuentra que en al menos una de ellas no se cumplen las condiciones, verifique todas las habitaciones. Identifique si la institución cuenta con mas de una unidad de cuidados especiales (cuidado básico intermedio o intensivo neonatal, pediátrico o de adultos o unidad de quemados), y verifique el cumplimiento de las condiciones en todas ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifique todas las áreas quirúrgicas, obstétricas, de procedimientos y servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de la institución donde se prestan servicios de hospitalización y verifique las condiciones en todas ellas. ✓ Identifique todas las áreas de la institución donde se prestan servicios de consulta externa y urgencias y verifique las condiciones en todas ellas. ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y
2.3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X				

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

2. INSTALACIONES FÍSICAS							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.5	TODOS LOS SERVICIOS	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.		X			<p>detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el incumplimiento, especificando el servicio, área, número de cama, número de habitación piso, área de la institución, en donde se incumple el requisito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observe si durante la visita están funcionando normalmente los servicios de energía, comunicaciones, acueducto y alcantarillado. ✓ Indague si la institución cuenta con una fuente de energía de emergencia y de qué tipo. ✓ Entreviste al responsable de su operación e indague por la capacidad de respuesta del sistema alterno de energía. ✓ Indague si se presentan fallas frecuentes en el suministro de estos servicios y su impacto sobre la prestación de los

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

2. INSTALACIONES FÍSICAS								
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.								
COD	SERVICIO		CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.6	TODOS SERVICIOS	LOS	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.	X				servicios. ✓ Indague si se han presentado incidentes o complicaciones por fallas en la operación del sistema alterno de energía. ✓ Corrobore esta información durante el recorrido por los servicios citados en el criterio, e identifique posibles riesgos. ✓ Verifique que la institución no esté construida en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción volcánica u otros similares, y que no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles de contaminación para sus instalaciones.
2.7	TODOS SERVICIOS	LOS	La institución no debe estar localizada en lugares de riesgo continuo o inminente desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución.	X				✓ Durante el recorrido por las instalaciones identifique si la construcción presenta desniveles o vacíos hacia espacios libres y si la institución cuenta con las barandas de protección necesarias para evitar posibles accidentes. ✓ Durante el recorrido por las instalaciones evalúe los pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios, determine si el tipo de materiales o su estado de conservación impiden o

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

2. INSTALACIONES FÍSICAS							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.8	TODOS LOS SERVICIOS	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				dificultan los procesos de limpieza y asepsia en grado tal que puedan determinar un aumento de las infecciones nosocomiales e identifique los posibles riesgos.
2.10	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	X				
2.11	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.	X				

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

2. INSTALACIONES FÍSICAS							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.12	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, 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			
2.55	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Funciona en un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución. ✓ El acceso permite el ingreso fácil de camillas. ✓ Los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. Además los cielos rasos, 	X				

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

2. INSTALACIONES FÍSICAS							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales. ✓ 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. ✓ Acceso a lavamanos, fuera de la sala. ✓ Si se trata de una sala dependiente de consulta externa o prioritaria debe contar con señalización clara y visible para los usuarios de que no se presta el servicio de urgencias y los horarios de atención. ✓ En los servicios dependientes de consulta externa o prioritaria no se podrán manejar pacientes que requieran observación. Las áreas de observación serán exclusivas de los servicios de urgencias.	X	X			

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

2. INSTALACIONES FÍSICAS							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN

3. Dotación – Mantenimiento.

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN

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

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO						
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
3.1	TODOS LOS SERVICIOS	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		X	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite el inventario de equipos de la institución, donde se incluyan todos los elementos con que cuente el prestador. ✓ Con base en el listado de servicios declarados y el inventario de equipos, solicite las hojas de vida de los equipos que se encuentran definidos en los estándares para cada uno de los servicios. ✓ En las hojas de vida de los equipos verifique que contengan las recomendaciones del fabricante y/o las definidas por la misma institución sobre mantenimiento y condiciones ambientales. ✓ Verifique en las mismas hoja de vida que el equipo cuente con el programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo y se le han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas, independientemente de si se realizan con recursos de la institución o el contratado. ✓ Con base en los servicios declarados y los planos de la institución, diseñe conjuntamente con la persona designada por el prestador, un recorrido identificando la secuencia de servicios a visitar, que permita a la entidad informar a las diferentes áreas, en especial aquellas que requieren condiciones especiales de ingreso. Se sugiere iniciar por los servicios

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

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO						
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
3.2	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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.</p> <p>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.</p>		X		<p>que requieren mayores condiciones de asepsia (áreas quirúrgicas y de procedimientos), siguiendo por áreas hospitalarias, áreas ambulatorias de urgencias y de consulta, servicios de apoyo diagnóstico y finalizando en servicios generales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifique la existencia de los equipos y las condiciones de mantenimiento, control de calidad interno y externo y las condiciones medio ambientales recomendadas que no se pueden verificar en las hojas de vida. ✓ Para la verificación de los carros de paro, verifique sus contenidos con base en el listado de elementos que la institución tiene definidos. ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el equipo que no cumple con el estándar, la referencia del equipo, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. ✓ En el recorrido por la institución seleccione al menos 3 equipos biomédicos, solicite los manuales correspondientes y verifique en la hoja de vida que se están siguiendo las recomendaciones de mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante ✓ Identifique posibles riesgos.

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

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO						
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
3.3	TODOS LOS SERVICIOS	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.	x			
3.51	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Camillas rodantes con freno y con barandas. ✓ Instrumental o equipo de pequeña cirugía, instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realiza. 	X			

4. Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS
<p>Estándar:</p> <p>Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.</p>

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1	TODOS LOS SERVICIOS	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				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite los procesos que el prestador haya definido y tenga documentados para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales medicamentos y dispositivos médicos para uso humano que utilice directamente relacionados con riesgos en la prestación de servicios asistenciales. ✓ Verifique que el proceso de adquisición incluye la verificación del registro expedido por el INVIMA. ✓ Verifique que el proceso de almacenamiento identifica las condiciones de conservación generales y particulares de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos que deben cumplirse incluyendo el control de fechas de vencimiento y las actividades para garantizar esas condiciones. ✓ Verifique que el prestador tiene identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos biológicos) y tiene definidas las actividades para garantizar su cumplimiento. ✓ Verifique que en los procesos de suministro de medicamentos y otros dispositivos médicos a los pacientes se definan actividades para evitar el suministro de elementos con fechas de vencimiento expiradas o dispositivos médicos que puedan estar desnaturalizados o que puedan representar un riesgo para el paciente.
4.2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	X				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifique que se tienen definidas normas institucionales que garanticen que no se reutilicen dispositivos médicos que el INVIMA o el fabricante definan que no

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

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar:

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.3	TODOS LOS SERVICIOS	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 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.	X				deben ser reutilizados. ✓ En el recorrido por las diferentes áreas de la institución verifique que se cumplen con las condiciones definidas en los procesos. ✓ Las áreas de almacenamiento garantizan las condiciones de conservación general y particular de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos. ✓ En los servicios hospitalarios no se tienen medicamentos con fechas de vencimiento expiradas. ✓ En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica no se tienen dispositivos médicos o reactivos

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

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar:

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							<ul style="list-style-type: none"> ✓ con fechas de vencimiento expiradas. ✓ En los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico no se reutilizan dispositivos médicos asistenciales que el INVIMA o el fabricante definan que no deben serlo. ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el insumo que no cumple con el estándar, la referencia del dispositivo médico o medicamento, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. ✓ Verifique, mediante la evaluación de 10 productos al azar, que los medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados en la institución cuenten con el registro sanitario. ✓ Visite los sitios de almacenamiento de dispositivos médicos y verifique que las condiciones de temperatura, humedad,

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

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar:

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, 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				<p>ventilación, segregación y seguridad resulten adecuadas para los diferentes tipos de productos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Corrobore la existencia de los instrumentos de medición de temperatura y humedad y los mecanismos que aplica la institución para realizar el seguimiento y control de estas variables. ✓ Verifique, mediante la evaluación de 10 productos al azar, que los medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados en la institución no han expirado, de acuerdo con sus fechas de vencimiento. ✓ Identifique posibles riesgos.

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

5. Procesos prioritarios asistenciales.

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.1	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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.</p> <p>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.</p>	X				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogue si los procesos asistenciales definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. ✓ Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de los procedimientos o de las guías clínicas de atención que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. ✓ Verifique que los procesos incluyan actividades para su difusión, revisión y verificación de su cumplimiento. ✓ Durante el recorrido por la institución verifique en las historias clínicas que se revisen para el estándar de historia clínica, que se aplican los procedimientos o guías clínicas de

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

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.2	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.</p> <p>Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.</p>	x		x		<p>atención suministradas por el prestador.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. ✓ En caso de incumplimiento anote con precisión el procedimiento o guía clínica ausente o que no se aplica y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. ✓ Solicite los listados de las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso y los 12 procedimientos de enfermería más frecuentes por cada uno de los servicios hospitalarios, quirúrgicos, de consulta externa y emergencias. ✓ Indague sobre los mecanismos utilizados por la institución para divulgar las guías

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

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.	x				<p>clínicas de atención y los protocolos de enfermería entre los responsables de su aplicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indague sobre los mecanismos utilizados por la institución para controlar la aplicación de las guías clínicas de atención y de los protocolos de enfermería oficialmente adoptados. ✓ Durante el recorrido por la institución corrobore, mediante algunas preguntas al azar, el grado de conocimiento del personal médico y de enfermería sobre las guías, normas técnicas, protocolos y manuales de procedimientos, según el caso. ✓ Constate, mediante la evaluación de al menos 10 historias clínicas al azar, el grado de aplicación de las guías, normas técnicas y protocolos aplicados por la institución, en especial aquellas que aparecen como específicas para algunos servicios como es el caso de los servicios hospitalarios.
5.4.	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procesos de Auditoría 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				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indague sobre los mecanismos utilizados por el hospital para controlar la aplicación de las normas técnicas y administrativas que haya implantado. ✓ Identifique los posibles riesgos asociados a las radiaciones.

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

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.5.	TODOS LOS SERVICIOS	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,	x				<p>La dosimetría personal podrá realizarse con dosimetría de lectura diferida de cualquier tipo reconocida por el ICRP (Comisión Internacional de Protección Radiológica) con periodicidad mensual, bimensual o trimestral según la frecuencia de exposición y la tecnología utilizada. Dosímetros adicionales de lectura directa podrán ser usados para las prácticas de más riesgo, conservando los registros de cada una.</p> <p>O dosimetría de lectura directa conservando los registros de cada una.</p> <p>La lectura de los dosímetros de lectura diferida deberá ser realizada por entidades con licencia para prestación de servicios de dosimetría personal expedida por el Ministerio de Minas y Energía a excepción de la dosimetría de lectura directa que podrá ser realizada por la misma Institución la cual debe contar con el certificado de calibración del equipo de lectura directa expedida por Ministerio de Minas y Energía o la entidad designada por este Ministerio para tal fin.</p>
5.8	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.	x				
5.9	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios y similares. Para efectos del sistema de habilitación, deberán ajustarse al “Manual de Gestión Integral de Residuos hospitalarios y similares en Colombia” (Resolución 1164 de 2002), y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan; los profesionales independientes se acogerán a lo estipulado en la circular 047 de 2006 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	x				

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

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.11	TODOS LOS SERVICIOS	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				
5.15	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X				
5.16	TODOS LOS SERVICIOS	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 reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.		X			
5.48	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	Debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en la sala. Debe tener definidos criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar en la sala y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las características	X X				Adicional a lo descrito para todos los servicios: ✓ Solicite el listado definido por la institución, de los procedimientos que se realizan en la sala de procedimientos menores y los criterios para los que no se pueden realizar. ✓ Analice el listado en relación con la

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

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		<p>generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos menores.</p> <p>Protocolos de los procedimientos que se realizan en la sala, que incluyan consentimiento informado.</p> <p>Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización.</p> <p>Guías de manejo de patologías de Urgencia</p> <p>Manual de bioseguridad.</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>		<p>definición descrita para sala de procedimientos menores.</p> <p>✓ Verifique que no se estén prestando servicios o procedimientos que se encuentran especificados en los criterios de procedimientos que no se pueden realizar en la sala, como por ejemplo observación de pacientes.</p>

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

6. Historia Clínica y Registros Asistenciales

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES							
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6.1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Con base en los servicios declarados, solicite los registros que apliquen de acuerdo con los servicios que tienen definidos registros en el detalle por servicios de éste estándar. Verifique su existencia y que sean diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.
6.2	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.	X				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el registro ausente o que no haya sido diligenciado sistemáticamente para cada evento que aplique y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. ✓ Constate que se disponen de procedimientos para la apertura y el archivo de las historias clínicas ✓ Revise los registros de actividades y escoja al azar por lo menos 10 pacientes atendidos y corrobore que estos cuentan

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

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES						
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicione o sustituyan).						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	MODO DE VERIFICACIÓN
6.3	TODOS LOS SERVICIOS	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			con historia clínica en la institución ✓ Identifique posibles riesgos
6.4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X			
6.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	X			

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

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES							
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicione o sustituyan).							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6.6	TODOS LOS SERVICIOS	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		
6.7	TODOS LOS SERVICIOS	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.	X				

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

7. Interdependencia de Servicios.

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS							
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
7.5	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los servicios que requieren de procesos de esterilización deberán disponer de este servicio.	X				
7.8	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.	X				
7.10	TODOS LOS SERVICIOS	El prestador dispone o demuestra disponibilidad de los servicios de lactario y servicio farmacéutico, para aquellos que requieran de este tipo de servicios de apoyo.	x				

8. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES							
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN

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

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
8.1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogue si los procesos de remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. ✓ Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de la remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. Verifique que los procesos incluyen la documentación de los flujos de urgencias de pacientes al exterior de la institución y la aceptación de la entidad receptora. ✓ Verifique que los procesos incluyan actividades para su difusión, revisión y verificación de su cumplimiento. ✓ Durante el recorrido por la institución verifique en las historias clínicas de pacientes que hayan sido remitidos a otra institución la aplicación de procesos de remisión definidos por el prestador. ✓ Durante el recorrido por la institución corrobore, mediante algunas preguntas al azar, el grado de

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

8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							conocimiento del personal médico y de enfermería sobre los procedimientos de referencia urgente de pacientes. ✓ Indague sobre los procedimientos adoptados por la institución para garantizar la coordinación en la prestación de este servicio. ✓ Identifique posibles riesgos.

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

8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
8.8	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	<p>Para las áreas dependientes de urgencias, el diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución. ✓ Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia. ✓ La disponibilidad de los medios de transporte. <p>Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.</p> <p>Para las áreas dependientes de consulta externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La definición previa de la institución donde remitirán al paciente en caso de tratarse de urgencias, de complicaciones en el procedimiento y o de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución. ✓ Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		<p>X</p>		

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

9. Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9.1	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La ficha técnica del indicador ✓ La estandarización de las fuentes. ✓ La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas. <p>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio.</p> <p>La tabla siguiente al presente estándar identifica los temas de seguimiento a riesgos en el ámbito de los servicios</p>	X		X		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogue sobre los comités técnico científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos. ✓ Verifique que los comités técnico científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidas por el prestador incluyan como mínimo el seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios, tomando como base los servicios declarados y la tabla de detalle por servicios de éste estándar. <p>La verificación se realizará solicitando los resultados de las evaluaciones realizadas por el prestador: diseño e implementación de indicadores y de planes de mejoramiento.</p>

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9.2	TODOS LOS SERVICIOS	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				

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guía sobre transfusión de sangre total o de sus componentes. Los prestadores que realicen éste procedimiento, tendrán bajo su responsabilidad, verificar que todo componente sanguíneo, que se vaya a aplicar a un paciente, cuente con el Sello Nacional de Calidad de Sangre ✓ 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: ✓ Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias. ✓ Infecciones intrahospitalarias incluyendo infecciones quirúrgicas ✓ Complicaciones quirúrgicas inmediatas. ✓ Complicaciones anestésicas ✓ Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales. ✓ Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de 	X		X		

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9.13	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mortalidad de urgencias en las salas en urgencias. ✓ Infecciones derivadas de los procedimientos realizados. ✓ Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos, en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimiento ambulatorios. ✓ Complicaciones terapéuticas y o medicamentosas del manejo de medicamentos para recuperación ambulatoria. 	X		X		

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

ANEXO 5 –ESTANDARES QUE DEBE CUMPLIR EL CENTRO DE INFUSION PEDIATRICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE, SEGÚN RESOLUCION N° 1043 DE 2006, PARA SER HABILITADO COMO UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS.

MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN

1. Recursos Humanos.

1. RECURSO HUMANO

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	N C	N A	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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.</p> <p>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</p>					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite la relación de todo el recurso humano asistencial que preste directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación. ✓ Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado. ✓ Verifique que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. ✓ Verifique que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para que fue vinculado.

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

1. RECURSO HUMANO

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	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.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifique que los profesionales, especialistas, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es expedido por una institución educativa por fuera de Colombia, verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.
1.3	TODOS LOS SERVICIOS	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 del o de los servicios.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si el número de personas de la relación del personal asistencia es mayor a 100 solicite al menos el 10% de las hojas de vida de cada uno de los siguientes tipos de profesional: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Médicos (Generales y especialistas) ✓ Enfermeras profesionales. ✓ Auxiliares de enfermería.

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

1. RECURSO HUMANO

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	N C	N A	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	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.					✓ Otros profesionales (Odontólogos, bacteriólogos, instrumentadoras, sicólogos, terapeutas, entre otras). Si en alguna de las hojas de vida revisadas se incumple con alguno de los requisitos para el ejercicio de la profesión u oficio, revise el total de las hojas de vida. Con el listado de servicios declarado por la entidad y la relación de personal entregada por la institución, verifique que la entidad cuenta con el recurso humano asistencial y el respectivo entrenamiento exigido para cada servicio definido en las tablas de detalle por servicio de este estándar.
1.5	TODOS LOS SERVICIOS	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 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.					✓ Interrogue sobre las actividades docente asistenciales que se realizan en la entidad <ul style="list-style-type: none"> - Profesiones u oficios que realizan prácticas de pregrado o postgrado con atención directa a los pacientes. - Áreas de la institución en donde se realizan éstas prácticas.

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

1. RECURSO HUMANO

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	N C	N A	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.6	TODOS LOS SERVICIOS	Para efecto de los proceso 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.					- Mecanismos de supervisión de profesionales legalmente autorizados para prestar los servicios. ✓ Verifique en historias clínicas al azar, que las conductas que se adopten por personal en entrenamiento sean siempre supervisadas.
1.7	TODOS LOS SERVICIOS	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.					✓ Solicite el documento que establezca el procedimiento definido por el prestador para la selección de recurso humano asistencial y verifique que incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación. ✓ Solicite el documento que define

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

1. RECURSO HUMANO

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	N C	N A	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.8	TODOS LOS SERVICIOS	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 del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.					<p>el procedimiento de identificación del personal que ingresa a la institución y verifique que incluye la clasificación en personal autorizado para el ejercicio de la profesión u oficio, el personal en entrenamiento y los visitantes. Verifique que los servicios de vigilancia cumplen con los procedimientos definidos de identificación.</p> <p>✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el nombre y la identificación de la persona que no cumple con el estándar y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.</p> <p>✓ Durante la visita a las áreas asistenciales verifique que el recurso humano que se encuentre presente, está incluido en el listado suministrado inicialmente de personal vinculado a la institución.</p> <p>✓ Los cursos de protección y seguridad radiológica en la aplicación de los rayos X deberán ser avalados por las Secretarías Departamental o Distrital de Salud</p>

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

1. RECURSO HUMANO

Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.1 2	CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	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 presenciales, 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.					

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento.

2. INSTALACIONES FÍSICAS							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.1	TODOS LOS SERVICIOS	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.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si presta servicios hospitalarios y quirúrgicos verifique que en la edificación sólo se presten servicios de salud. ✓ Con base en los servicios declarados y los planos de la institución, diseñe conjuntamente con la persona designada por el prestador, un recorrido identificando la secuencia de servicios a visitar, que permita a la entidad informar a las diferentes áreas, en especial aquellas que requieren condiciones especiales de ingreso. Se sugiere iniciar por los servicios que requieren mayores

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.2	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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.</p> <p>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.</p>					<p>condiciones de asepsia (áreas quirúrgicas y de procedimientos), siguiendo por áreas hospitalarias, áreas ambulatorias de urgencias y de consulta, servicios de apoyo diagnóstico y finalizando en servicios generales</p> <p>✓ Identifique todas las áreas de la institución donde se prestan servicios de hospitalización y verifique las condiciones generales de las áreas de hospitalización definidas en el detalle por servicios.</p> <p>✓ Si la institución cuenta con menos de 30 cuartos de hospitalización, verifique las condiciones en 10 de ellos. Si son más de 30, verifique al menos el cumplimiento de las condiciones en el 30% de las habitaciones. Si encuentra que en al menos una de ellas no se cumplen las condiciones, verifique todas las habitaciones. Identifique si la institución cuenta con mas de una unidad de cuidados especiales (cuidado básico intermedio o intensivo neonatal, pediátrico o de adultos o unidad de quemados), y verifique el</p>
2.3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.					

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.4	TODOS LOS SERVICIOS	<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. 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.</p> <p>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>					<p>cumplimiento de las condiciones en todas ellas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifique todas las áreas quirúrgicas, obstétricas, de procedimientos y servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica de la institución donde se prestan servicios de hospitalización y verifique las condiciones en todas ellas. ✓ Identifique todas las áreas de la institución donde se prestan servicios de consulta externa y urgencias y verifique las condiciones en todas ellas. ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el incumplimiento, especificando el servicio, área, número de cama, número de habitación piso, área de la institución, en donde se incumple el requisito. ✓ Observe si durante la visita están funcionando normalmente los servicios de energía, comunicaciones, acueducto y alcantarillado.

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.5	TODOS LOS SERVICIOS	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.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indague si la institución cuenta con una fuente de energía de emergencia y de qué tipo. ✓ Entreviste al responsable de su operación e indague por la capacidad de respuesta del sistema alternativo de energía. ✓ Indague si se presentan fallas frecuentes en el suministro de estos servicios y su impacto sobre la prestación de los servicios. ✓ Indague si se han presentado incidentes o complicaciones por fallas en la operación del sistema alternativo de energía. ✓ Corrobore esta información durante el recorrido por los servicios citados en el criterio, e identifique posibles riesgos. ✓ Verifique que la institución no esté construida en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.6	TODOS LOS SERVICIOS	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.					volcánica u otros similares, y que no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles de contaminación para sus instalaciones. ✓ Durante el recorrido por las instalaciones identifique si la construcción presenta desniveles o vacíos hacia espacios libres y si la institución cuenta con las barandas de protección necesarias para evitar posibles accidentes.
2.7	TODOS LOS SERVICIOS	La institución no debe estar localizada en lugares de riesgo continuo o inminente desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución.					✓ Durante el recorrido por las instalaciones evalúe los pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios, determine si el tipo de materiales o su estado de conservación impiden o dificultan los procesos de limpieza y asepsia en grado tal que puedan determinar un aumento de las infecciones nosocomiales e identifique

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.8	TODOS LOS SERVICIOS	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.					los posibles riesgos.
2.9	TODOS LOS SERVICIOS	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.					

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.10	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.					
2.11	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.					

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.12	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, 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.					
2.13	TODOS LOS SERVICIOS	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.					

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.17	UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO INTENSIVO NEONATAL, PEDIÁTRICO Y ADULTO	<p>Dispone de un área física, intrahospitalaria, exclusiva y delimitada con los siguientes ambientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Puesto de enfermería, con unidad sanitaria ✓ Área para incubadora, cunas o camas ✓ Área para trabajo de enfermería limpio y sucio. ✓ Área para depósito de material estéril e insumos. ✓ Área para depósito de equipos. ✓ Área de aseo. <p>El servicio cumple además con las siguientes condiciones específicas:</p> <p>Las incubadoras, cunas o camas deben estar dispuestas de manera que permitan el monitoreo o el control visual permanente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tomas eléctricas suficientes para mantener los equipos conectados a fin que las baterías se 					

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

2. INSTALACIONES FÍSICAS

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		encuentren cargadas en todo momento. ✓ Disponibilidad de oxígeno, de aire comprimido y de succión por paciente. ✓ Las puertas de acceso al servicio permiten un fácil paso y giro de incubadora o camilla de transporte ✓ El área alrededor de cada incubadora, cuna o cama permite la entrada y salida de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia. ✓ Debe contar con lavamanos para visitantes y/o personal asistencial a la entrada del servicio que sirva de filtro de entrada.					

3. Dotación – Mantenimiento.

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO						
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
3.1	TODOS LOS SERVICIOS	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.				<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite el inventario de equipos de la institución, donde se incluyan todos los elementos con que cuente el prestador. ✓ Con base en el listado de servicios declarados y el inventario de equipos, solicite las hojas de vida de los equipos que se encuentran definidos en los estándares para cada uno de los servicios. ✓ En las hojas de vida de los equipos verifique que contengan las recomendaciones del fabricante y/o las

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.2	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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.</p> <p>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.</p>					<p>definidas por la misma institución sobre mantenimiento y condiciones ambientales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifique en las mismas hoja de vida que el equipo cuente con el programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo y se le han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas, independientemente de si se realizan con recursos de la institución o el contratado. ✓ Con base en los servicios declarados y los planos de la institución, diseñe conjuntamente con la persona designada por el prestador, un recorrido identificando la secuencia de servicios a visitar, que permita a la entidad informar a las diferentes áreas, en especial aquellas que requieren condiciones especiales de ingreso. Se sugiere iniciar por los servicios que requieren mayores condiciones de asepsia (áreas quirúrgicas y de procedimientos), siguiendo por áreas hospitalarias, áreas ambulatorias de urgencias y de consulta, servicios de apoyo diagnóstico y finalizando en servicios generales. ✓ Verifique la existencia de los equipos y las condiciones de mantenimiento, control de calidad interno y externo y las condiciones medio ambientales recomendadas que no se pueden verificar en las hojas de vida. ✓ Para la verificación de los carros de paro,

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.3	TODOS LOS SERVICIOS	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.					<p>verifique sus contenidos con base en el listado de elementos que la institución tiene definidos.</p> <p>✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el equipo que no cumple con el estándar, la referencia del equipo, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.</p> <p>✓ En el recorrido por la institución seleccione al menos 3 equipos biomédicos, solicite los manuales correspondientes y verifique en la hoja de vida que se están siguiendo las recomendaciones de mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante</p> <p>✓ Identifique posibles riesgos.</p>
3.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.					<p>✓ Identifique posibles riesgos.</p>
3.7	<p>CUIDADO INTERMEDIO, PERDIÁTRICO Y ADULTO</p> <p>CUIDADO INTENSIVO, PEDIÁTRICO Y ADULTO. Y UNIDAD DE QUEMADOS</p>	<p>Si el servicio es cuidado intermedio o unidad de quemados cuenta con la siguiente dotación para todo el servicio:</p> <p>✓ Cuna o cama de dos o tres planos, de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido.</p> <p>✓ Monitor con trazado electrocardiográfico.</p> <p>✓ Bomba de infusión.</p> <p>✓ Pulsoxímetro.</p> <p>✓ Disponibilidad de electrocardiógrafo.</p>					

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Glucómetro. ✓ Aspirador de secreciones. ✓ Oxígeno central o Bala(s) de oxígeno, con carro de transporte en caso de traslado de pacientes. ✓ Disponibilidad de equipo de rayos X portátil. ✓ Equipo de órganos de los sentidos. ✓ Tensiómetro y fonendoscopio adulto y pediátrico según el tipo de servicio ofrecido. <p>Si es unidad de quemados, además de lo anterior cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipo de disección de vena. ✓ Equipo de curación por cada paciente. ✓ Silla de ruedas. <p>Si el servicio es intensivo además de lo anterior cuenta con la siguiente dotación por cada cubículo o paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cama de dos o tres planos con baranda, según el tipo de servicio ofrecido. ✓ Ventilador. ✓ Uno o más módulos de presión invasiva. <p>Dotación para todo el servicio:</p>					

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ventilador de transporte, Monitor con trazado electrocardiográfico, monitoreo de gasto cardíaco y monitor de transporte. ✓ Desfibrilador ✓ Si el servicio es de cuidado intensivo adultos debe contar con fuente y electrodo para marcapaso interno transitorio. <p>En los casos en que no existe control visual permanente, éste puede ser reemplazado por un sistema de alarma de los equipos y timbre para los pacientes.</p>					

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.57	CENTROS SERVICIOS CUIDADOS INTERMEDIOS	Y DE					
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si maneja pacientes con respirador, deberán cumplir con la dotación establecida para cuidado intensivo. (No aplica para servicios ambulatorios) ✓ Si presta servicios hospitalarios deberá cumplir con la dotación definida para hospitalización de mediana complejidad. (No aplica para servicios ambulatorios). Para los servicios de terapia física, ocupacional, fonoaudiología deberán contar con los equipos necesarios de acuerdo con el tipo de terapia, definidos por la misma institución en el manual de procedimientos. ✓ Los consultorios de los profesionales deberán cumplir con la dotación exigida para el consultorio de medicina general o de fisioterapia en el caso que ofrezca esa consulta. 					

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN

4. Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar:

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
-----	----------	----------	---	----	----	---------------	----------------------

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar:

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.1	TODOS LOS SERVICIOS	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.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite los procesos que el prestador haya definido y tenga documentados para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales medicamentos y dispositivos médicos para uso humano que utilice directamente relacionados con riesgos en la prestación de servicios asistenciales. ✓ Verifique que el proceso de adquisición incluye la verificación del registro expedido por el INVIMA. ✓ Verifique que el proceso de almacenamiento identifica las condiciones de conservación generales y particulares de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos que deben cumplirse incluyendo el control de fechas de vencimiento y las actividades para garantizar esas condiciones. ✓ Verifique que el prestador tiene identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos biológicos) y tiene definidas las actividades para garantizar su cumplimiento. ✓ Verifique que en los procesos de suministro de medicamentos y otros dispositivos médicos a los pacientes se definan actividades para evitar el suministro de elementos con fechas de vencimiento expiradas o dispositivos médicos que puedan estar

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar:

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.					<p>desnaturalizados o que puedan representar un riesgo para el paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifique que se tienen definidas normas institucionales que garanticen que no se reutilicen dispositivos médicos que el INVIMA o el fabricante definan que no deben ser reutilizados.
4.3	TODOS LOS SERVICIOS	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 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.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ En el recorrido por las diferentes áreas de la institución verifique que se cumplen con las condiciones definidas en los procesos. ✓ Las áreas de almacenamiento garantizan las condiciones de conservación general y particular de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos. ✓ En los servicios hospitalarios no se tienen medicamentos con fechas de vencimiento expiradas. ✓ En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica no se tienen dispositivos médicos o reactivos con fechas de vencimiento expiradas. ✓ En los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico no se reutilizan dispositivos médicos asistenciales que el INVIMA o el fabricante definan que no deben serlo. ✓ Durante la revisión de documentos y el

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar:

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, 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.					<p>recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el insumo que no cumple con el estándar, la referencia del dispositivo médico o medicamento, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifique, mediante la evaluación de 10 productos al azar, que los medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados en la institución cuenten con el registro sanitario. ✓ Visite los sitios de almacenamiento de dispositivos médicos y verifique que las condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Estándar:

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.5	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.					resulten adecuadas para los diferentes tipos de productos. ✓ Corrobore la existencia de los instrumentos de medición de temperatura y humedad y los mecanismos que aplica la institución para realizar el seguimiento y control de estas variables. ✓ Verifique, mediante la evaluación de 10 productos al azar, que los medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados en la institución no han expirado, de acuerdo con sus fechas de vencimiento. ✓ Identifique posibles riesgos.

5. Procesos prioritarios asistenciales.

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.1	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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.</p> <p>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.</p>					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogue si los procesos asistenciales definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. ✓ Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de los procedimientos o de las guías clínicas de atención que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. ✓ Verifique que los procesos incluyan actividades para su difusión, revisión y verificación de su cumplimiento. ✓ Durante el recorrido por la institución verifique en las historias clínicas que se revisen para el estándar de historia clínica, que se aplican los procedimientos o guías clínicas de

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.2	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.</p> <p>Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.</p>					<p>atención suministradas por el prestador.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. ✓ En caso de incumplimiento anote con precisión el procedimiento o guía clínica ausente o que no se aplica y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. ✓ Solicite los listados de las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso y los 12 procedimientos de enfermería más frecuentes por cada uno de los servicios hospitalarios, quirúrgicos, de consulta externa y emergencias. ✓ Indague sobre los mecanismos utilizados

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.					<p>por la institución para divulgar las guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería entre los responsables de su aplicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Indague sobre los mecanismos utilizados por la institución para controlar la aplicación de las guías clínicas de atención y de los protocolos de enfermería oficialmente adoptados. ✓ Durante el recorrido por la institución corrobore, mediante algunas preguntas al azar, el grado de conocimiento del personal médico y de enfermería sobre las guías, normas técnicas, protocolos y manuales de procedimientos, según el caso. ✓ Constate, mediante la evaluación de al menos 10 historias clínicas al azar, el grado de aplicación de las guías, normas técnicas y protocolos aplicados por la institución, en especial aquellas que aparecen como específicas para algunos servicios como es el caso de los servicios hospitalarios.
5.4.	TODOS LOS SERVICIOS	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.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indague sobre los mecanismos utilizados por el hospital para controlar la aplicación de las normas técnicas y administrativas que haya implantado. ✓ Identifique los posibles riesgos asociado

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.5.	TODOS LOS SERVICIOS	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,					<p>a las radiaciones.</p> <p>La dosimetría personal podrá realizarse con dosimetría de lectura diferida de cualquier tipo reconocida por el ICRP (Comisión Internacional de Protección Radiológica) con periodicidad mensual, bimensual o trimestral según la frecuencia de exposición y la tecnología utilizada. Dosímetros adicionales de lectura directa podrán ser usados para las prácticas de más riesgo, conservando los registros de cada una.</p> <p>O dosimetría de lectura directa conservando los registros de cada una.</p> <p>La lectura de los dosímetros de lectura diferida deberá ser realizada por entidades con licencia para prestación de servicios de dosimetría personal expedida por el Ministerio de Minas y Energía a excepción de la dosimetría de lectura directa que podrá ser realizada por la misma Institución la cual debe contar con el certificado de calibración del equipo de lectura directa expedida por Ministerio de Minas y Energía o la entidad designada por este Ministerio para tal fin.</p>
5.6	TODOS LOS SERVICIOS	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.					
5.7	TODOS LOS SERVICIOS	Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio.					
5.8	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.					

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.9	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios y similares. Para efectos del sistema de habilitación, deberán ajustarse al "Manual de Gestión Integral de Residuos hospitalarios y similares en Colombia" (Resolución 1164 de 2002), y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan; los profesionales independientes se acogerán a lo estipulado en la circular 047 de 2006 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.					

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.10	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.</p> <p>Si ofrece programa de trasplantes tiene implementado el comité de trasplante de acuerdo con el Decreto 2493 de 2004 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>					
5.11	TODOS LOS SERVICIOS	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 exige comité de infecciones.					
5.12	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.					

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.13	TODOS LOS SERVICIOS	<p>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.</p> <p>Guías o manuales de los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reanimación Cardiocerebropulmonar. ✓ 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. 					

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.14	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución presta servicios de unidad de cuidado intermedio e intensivo, además de lo anterior cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Guías para alimentación enteral o parenteral, declaración de muerte cerebral, colocación de catéter de presión intracraneana, inserción de catéteres centrales, inserción de marcapaso interno transitorio, traqueostomía, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas), control de nutrición parenteral, anticoagulación profiláctica. ✓ Guías para anticoagulación profiláctica, marcapaso interno transitorio, Embolectomía y hemodiafiltración (solo aplica para Unidad de cuidados intensivos e intermedios adulto). ✓ Guía para: colocación de tubo de tórax, paracentesis, lavados abdominales, venodisección, embolectomía, lavado peritoneal, diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemodiafiltración (cuidados del paciente), lavado de fracturas, punción lumbar, protocolos de los cuidados por terapia respiratoria. ✓ Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia. 					

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.15	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.					
5.16	TODOS LOS SERVICIOS	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 reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.					
5.17	TODOS LOS SERVICIOS	Los Profesionales Independientes cumplirán lo de su competencia, según el servicio que ofrezcan.					
5.18	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.					
5.19	TODOS LOS SERVICIOS	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.					

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5.58	CENTROS Y SERVICIOS DE CUIDADOS INTERMEDIOS	<p>Si maneja pacientes con respirador, deberá cumplir con los requisitos de procesos y procedimientos establecidas para cuidado intermedio.</p> <p>Para los servicios de terapia física, ocupacional, del lenguaje deberán tener definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice. Este manual deberá incluir el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento deberá contar con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.</p> <p>Si se manejan pacientes con discapacidad cognitiva deberá contar con un manual de procedimientos en el cual se definan las normas de protección para los pacientes. El manual debe incluir los procedimientos para la supervisión permanente de este tipo de pacientes en todo momento por parte del personal asistencial de la institución, los procedimientos para la protección contra elementos o infraestructura potencialmente riesgosos para el paciente, los procedimientos para las restricciones de acceso a pacientes</p>					<p>Adicional a lo descrito para todos los servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicite los procesos y procedimientos de terapias con el listado, definido por la institución, de equipos o dotación que se requieren para la realización de éstos. ✓ Verifique que cada procedimiento cuenta con el respectivo soporte científico.

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		con discapacidad cognitiva.					

6. Historia Clínica y Registros Asistenciales

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6.1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.					✓ Con base en los servicios declarados, solicite los registros que apliquen de acuerdo con los servicios que tienen definidos registros en el detalle por servicios de éste estándar. Verifique su existencia y que sean diligenciados y

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicione o sustituyan).

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6.2	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.					<p>conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el registro ausente o que no haya sido diligenciado sistemáticamente para cada evento que aplique y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. ✓ Constate que se disponen de procedimientos para la apertura y el archivo de las historias clínicas ✓ Revise los registros de actividades y escoja al azar por lo menos 10 pacientes atendidos y corrobore que estos cuentan con historia clínica en la institución ✓ Identifique posibles riesgos
6.3	TODOS LOS SERVICIOS	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.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifique posibles riesgos

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6.4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.					
6.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.					
6.6	TODOS LOS SERVICIOS	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.					

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicione o sustituyan).

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6.7	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p> <p>Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.</p>					

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
7.1	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad, tiene disponibilidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Laboratorio clínico y servicio de transfusión. ✓ Ambulancia. ✓ Radiología. ✓ Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento). ✓ Debe disponer de Servicio farmacéutico. 					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Con base en la declaración de requisitos del prestador, verifique que los servicios que ofrece el prestador objeto de la visita cuentan con los otros servicios necesarios para su funcionamiento de acuerdo con lo definido en la tabla de detalle por servicios en éste estándar. ✓ Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
7.2	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución presta servicios quirúrgicos de alta complejidad, servicios de obstetricia de alta complejidad, unidad de cuidado intensivo y unidad de quemados, además de los definidos para la baja complejidad dispone de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transfusión sanguínea 24 horas. ✓ Quirófano. <p>Si presta servicios de unidad de cuidado intensivo, dispone de servicios de hospitalización y laboratorio clínico e imagenología: rayos X y ecografía. Dispone o demuestra disponibilidad de tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética.</p> <p>Si la institución presta servicios quirúrgicos de alta complejidad, servicios de obstetricia de alta complejidad, unidad de cuidado intensivo e intermedios , urgencias de mediana o alta complejidad, unidad de quemados, demuestra disponibilidad de los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nutrición. ✓ Terapia respiratoria y/o fisioterapia. ✓ Servicio de ambulancia ✓ Unidad de cuidados intermedios o intensivos según el caso 					<p>resultado de la verificación para cada estándar, criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En caso de incumplimiento anote con precisión el servicio que ofrece y el motivo por el cual no se puede ofrecer. ✓ Identifique posibles riesgos.

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
7.3	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de hospitalización de psiquiatría dispone de servicio farmacéutico y dispone o demuestra disponibilidad de servicio de terapia ocupacional.					
7.4	TODOS LOS SERVICIOS	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.					
7.5	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los servicios que requieren de procesos de esterilización deberán disponer de este servicio.					
7.6	TODOS LOS SERVICIOS	Si ofrece quimioterapia dispone o demuestra disponibilidad de servicio farmacéutico.				el 7.7 se elimino por 2680	
7.8	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.					
7.9	TODOS LOS SERVICIOS	Si ofrece cirugía oncológica cuenta con servicio de radioterapia y consulta de oncología.					

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
7.10	TODOS LOS SERVICIOS	El prestador dispone o demuestra disponibilidad de los servicios de lactario y servicio farmacéutico, para aquellos que requieran de este tipo de servicios de apoyo.					

8. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
-----	----------	----------	---	----	----	---------------	----------------------

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
8.1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogue si los procesos de remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. ✓ Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de la remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. Verifique que los procesos incluyen la documentación de los flujos de urgencias de pacientes al exterior de la institución y la aceptación de la entidad receptora. ✓ Verifique que los procesos incluyan actividades para su difusión, revisión y verificación de su cumplimiento. ✓ Durante el recorrido por la institución verifique en las historias clínicas de pacientes que hayan sido remitidos a otra institución la aplicación de procesos de remisión definidos por el prestador. ✓ Durante el recorrido por la institución corrobore, mediante algunas preguntas al azar, el grado de conocimiento del personal médico y de enfermería sobre los procedimientos de referencia urgente de pacientes. ✓ Indague sobre los procedimientos adoptados por la institución para garantizar la coordinación en la prestación de este servicio. ✓ Identifique posibles riesgos.

9. Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9.1	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ La ficha técnica del indicador ✓ La estandarización de las fuentes. ✓ La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas. <p>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta:</p> <p style="margin-left: 40px;">Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio.</p> <p>La tabla siguiente al presente estándar identifica los temas de seguimiento a riesgos en el ámbito de los servicios ofrecidos.</p>					<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrogue sobre los comités técnico científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos. ✓ Verifique que los comités técnico científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidas por el prestador incluyan como mínimo el seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios, tomando como base los servicios declarados y la tabla de detalle por servicios de éste estándar. <p>La verificación se realizará solicitando los resultados de las evaluaciones realizadas por el prestador: diseño e implementación de indicadores y de planes de mejoramiento.</p>

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9.2	TODOS LOS SERVICIOS	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.					
9.4	SERVICIOS DE CUIDADOS INTERMEDIOS E INTENSIVOS, UNIDAD DE QUEMADOS, CIRUGÍA, OBSTETRICIA, URGENCIAS, TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, DIÁLISIS RENAL O REALIZA ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 ✓ Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, incluidos los servicios de 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 ✓ 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. 					

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guía sobre transfusión de sangre total o de sus componentes. Los prestadores que realicen éste procedimiento, tendrán bajo su responsabilidad, verificar que todo componente sanguíneo, que se vaya a aplicar a un paciente, cuente con el Sello Nacional de Calidad de Sangre ✓ 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: ✓ Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias. ✓ Infecciones intrahospitalarias incluyendo infecciones quirúrgicas ✓ Complicaciones quirúrgicas inmediatas. ✓ Complicaciones anestésicas ✓ Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales. ✓ Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana. 					

ANEXO 6

FACTURAS.

(Ver en documento impreso)

ANEXO 7 – TABLAS.

TABLA N° 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO

PATOLOGIA	N° PACIENTES	RANGOS DE EDAD			GÉNERO		PROCEDENCIA		PARENTEZCO DE LOS PADRES				
		1-5	6-10	11-15	F	M	R	U	1	2	3	4	
Mucopolisacaridosis Tipo II	1		1			1	1						1
Mucopolisacaridosis Tipo VI	10	4	3	3	7	3	9	1		4			6
Osteogénesis Imperfecta	3	2	1		1	2	3			2			1
Enfermedad Autoinmune	1		1			1	1						1

FUENTE DE INFORMACIÓN: Estadísticas Centro Infusión Pediátrico.

Convenciones:

PARENTEZCO DE LOS PADRES

1. Hermanos
2. Primos
3. Sobrino-Tio.
4. Ninguno.

**TABLA N° 2. EJEMPLO COSTOS ANUALES POR INFUSIÓN
HOSPITAL BACA ORTIZ - ECUADOR**

Diagnóstico	Número de pacientes	Compañía	Costo unitario vial	Frecuencia de la infusión	Costo de infusión
MPS I	2	Genzyme	622	Semanal	296.072
MPS II	3	Shire	3.465	Semanal	1.299.375
MPS VI	3	BioMarin	1.900	Semanal	984.960
Gaucher	2	Genzyme/Shire	740	Quincenal	255.744
Fabry	1	Genzyme/Shire	3.600	Quincenal	172.800
Total	11				3.008.951

FUENTE DE INFORMACIÓN: <http://www.fepeldasha.org/file-pacientes/file-tratamiento/TRATAMIENTO.html>

TABLA N° 3. RENTABILIDAD CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO AÑO 2010.

MES	% RENTABILIDAD	NÚMERO DE INFUSIONES
ENERO	-18.6	14
FEBRERO	-16.3	18
MARZO	-46.8	19
ABRIL	-50.7	21
MAYO	-47.2	27
JUNIO	2.4	28
JULIO	-39.9	23

AGOSTO	53	27
SEPTIEMBRE	51.8	17
OCTUBRE	19.7	37
NOVIEMBRE	-12.6	21
DICIEMBRE	24.5	35

Fuente de información: Centro de Costos HUSJ.

**TABLA N° 4. NÚMERO DE INFUSIONES POR PACIENTE AÑO 2010
CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO HUSJ**

NUMERO DE H.C	Enero	Febr	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost	Sept	Oct	Nov	Dic	TOTAL
94070512674										2			2
1068217082							1	4	1	1	2	1	10
96072207553	4	4	6	4	4	5	4	4	5	5	4	5	54
1002968931	2	4	1		3	5	1	4	2	3	1	1	27
1064428604	4	3	1	3	3	2	1	3	1	3	2	4	30
1003037099	2	2	3	2	3	1	3	2	1	2	2	2	25
1007410798	2	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	25
1061701637		3		3		3				3		3	15
1059904877			3				3			3		3	12
1003103428			1	4	4	4	4			4	4	5	30
1063810462			1	1		1							3
1064428948				2	2	2	2	1	2	1			12
1002938244					3			3		3		3	12

1062774597					2	3	2	2	1	2	2	2	16
1068217470								2	3	3	2	4	14
TOTAL	14	18	19	21	27	28	23	27	17	37	21	35	287

Fuente de Información: Centro de Costos HUSJ.

TABLA N° 5. VALOR FACTURADO POR INFUSIÓN CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO – HUSJ

N° FACTURA	VALOR	OBSERVACIÓN
1	\$334.352	
2	\$395.406	
3	\$376.050	
4	\$448.566	
5	\$390.279	
6	\$373.499	
7	\$391.623	
8	\$343.778	
9	\$331.044	
10	\$315.185	
11	\$294.809	
12	\$355.818	
13	\$544.074	
14	\$329.711	
15	\$335.853	

16	\$402.195	
17	\$365.103	
18	\$326.881	
19	\$327.978	
20	\$169.845	Se cobra como sala observación de Urgencias.
21	\$327.978	
22	\$374.276	
23	\$789.694	Cobro integral
24	\$347.803	
25	\$578.726	
26	\$361.208	
27	\$868.379	Se cobran dos Estancias: Sala especial infusión Pediátrica Sala especial Cuidado Intermedio

Fuente de información: Base de datos intranet. HUSJ. Facturas analizadas.

TABLA N° 6. CENTRO DE COSTOS AL CUAL SE FACTURAN LAS INFUSIONES

CENTRO DE COSTOS	N° FACTURAS	VALOR
SALA ESPECIAL EMERGENCIA EN URGENCIAS ADULTOS Y PEDIATRICA CON VENTILACIÓN MECÁNICA	19	\$229.100
SALA ESPECIAL CUIDADO INTERMEDIO	02	\$477.400
SALA ESPECIAL INFUSIÓN PEDIÁTRICA	05	\$229.100
SALA DE OBSERVACIÓN URGENCIAS	01	\$55.600

Fuente de información: Base de datos intranet HUSJ.

TABLA N° 7. MATERIALES E INSUMOS - CENTRO DE INFUSIÓN PEDIÁTRICO HUSJ

	VALOR
JERINGA DESECHABLE X 10cc	\$372
CATATER EV # 24 (2)	\$3460
EQUIPO BOMBA INFUSIÓN ABBOTT 5000 XL	\$64120
CLORURO DE SODIO BOLSA X 100cc	\$3372
CATETER INTRAPURE PEDIATRICO 0.2 MICRAS	\$57200
SELLO DE HEPARINA	\$1100
ELECTRODOS (3)	\$4410

CANULA PARA OXIGENO PEDIÁTRICO	\$4991
HUMIDIFICADOR PARA OXIGENO	\$12877
TOTAL:	\$151.902

Fuente de información: Base de datos intranet. HUSJ. Facturas analizadas.

**TABLA N° 8. FACTURACIÓN DE INTERCONSULTAS DE NEUROPEDIATRIA
CENTRO DE INFUSIÓN PEDIATRICO HUSJ**

N° FACTURA	FACTURACIÓN DE INTERCONSULTA	VALOR
2	INTERCONSULTA CON MEDICINA ESPECIALIZADA	\$32800
3	NO SE FACTURA	
4	INTERCONSULTA CON MEDICINA ESPECIALIZADA	\$32800
7	INTERCONSULTA CON MEDICINA ESPECIALIZADA	\$32800
8	NO SE FACTURA	
10	NO SE FACTURA	
14	NO SE FACTURA	
17	INTERCONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA POR NEUROPEDIATRIA	\$32800

18	NO SE FACTURA	
19	NO SE FACTURA	
21	NO SE FACTURA	
25	NO SE FACTURA	
26	NO SE FACTURA	
27	INTERCONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA POR NEUROPEDIATRIA	\$34100

Fuente de información: Base de datos intranet HUSJ.