

**IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION COMO UNO DE LOS
COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD
EN LA ESE NORTE 2**

CASO EMPRESARIAL

AYDA INES TRÓCHEZ MORAN

DARIO FERNANDO ZUÑIGA VELASCO

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
Y LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

**POPAYAN, CAUCA
OCTUBRE DE 2008**

**IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION COMO UNO DE LOS
COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD
EN LA ESE NORTE 2**

CASO EMPRESARIAL

**AYDA INES TRÓCHEZ MORAN
DARIO FERNANDO ZUÑIGA VELASCO**

CASO EMPRESARIAL PARA OPTAR EL TITULO DE:

**ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
Y LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA
POPAYAN, CAUCA
OCTUBRE DE 2008**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	5
1. FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2. MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO.....	7
2.1 ATENCIÓN EN SALUD.....	7
2.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	8
2.3 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	9
3. MARCO LEGAL	11
4. OBJETIVOS	14
4.1 OBJETIVO GENERAL	14
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
5. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
6. PLAN TEMÁTICO	18
7. DISEÑO METODOLÓGICO	19
8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION DE LA ESE NORTE 2	20
9. RESULTADOS ESPERADOS	21
10. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN.....	22
11. DESARROLLO DEL TRABAJO	23
12. RESULTADO OBTENIDOS.....	25
13. ANÁLISIS DE RESULTADOS	26
14. AUTOEVALUACION DE SERVICIOS POR PUNTOS DE ATENCION	27
15. PLAN DE MEJORAMIENTO EN FORMATO 5W1H	38
16. ELABORACION DE MATRIZ DOFA	39
17. MATRIZ DOFA ESE NORTE 2	40
18. MATRIZ DE PRIORIZACION SEGÚN DOFA ANTERIOR	49
RESUMEN MATRIZ DE PRIORIZACION.....	50
18.1 FACTORES QUE CONDICIONAN O HACEN CRITICA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE NORTE 2.....	51
18.2 FACTORES QUE CONDICIONAN O HACEN CRITICA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN - ESE NORTE 2.....	52
19. LEVANTAMIENTO DE GUIAS Y PROTOCOLOS	54
20. COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	55
CONCLUSIONES	56
LOGROS.....	57
SUGERENCIAS.....	58
ANEXOS	59
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA O FUENTES DE INFORMACIÓN	60

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A.

Anexo 1. Protocolo de manejo y custodia de historias clinicas	62
Anexo 2. Manual de procesos y procedimientos de urgencias.	63
Anexo 3. Manual de Esterilizacion	64
Anexo 4. Manual de procesos y procedimientos de enfermeria en Hospitalizacion.	65
Anexo 5. Manual de Odontologia	68

ANEXO B.

Anexo 1. Protocolo de seguimiento al riesgo y evento adverso	69
--	----

ANEXO C.

Anexo 1. Formatos paracaptura de informacion primaria de indicadores en consulta externa, odontologia e imágenes diagnosticas, urgencias y hospitalizacion (ver cuadros anexos.)	70
--	----

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como objetivo principal implementar el sistema obligatorio de garantía de la calidad iniciando por el componente de Habilitación en la ESE NORTE 2 contemplados en el Decreto 1011 de 2006 y sus anexos reglamentarios, específicamente la Resolución 1043 , el cual se realizará en cada uno de los puntos de atención de Caloto, Corinto y Miranda durante el segundo semestre siguiente a su creación, dado que se cuenta con seis meses de organización a partir de la fecha de creación.

El sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud las condiciones en que se ofrecen los servicios.

La ESE NORTE 2 no cuenta con un programa de auditoria para el mejoramiento de la atención en salud, como una herramienta de gestión de la calidad que permita promover, evaluar y mejorar los servicios que se brinda en cada uno de los municipios donde se brindan los servicios.

El proyecto de creación de las ESE en el Departamento del Cauca modificó los procesos que se tenían en los Hospitales locales dado que el recurso humano es limitado para dar cumplimiento a éste estándar en relación a los servicios que los requieren y acorde a la tabla de perfiles del Ministerio de la Protección Social, el cambio de razón social, la agrupación de instituciones de salud con diversidad de etnias poblacionales, la unificación de procesos al interior de la ESE NORTE 2 y la vinculación de nuevo personal en los diferentes puntos de atención, son los factores mas relevantes frente a la necesidad de hacer la implementación del sistema obligatorio de la Calidad estipulado en la normatividad vigente para garantizar la prestación de servicios bajo condiciones mínimas de habilitación.

1. FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La empresa social del estado ESE NORTE 2, agrupa los municipios de Caloto, Corinto, Miranda y Guachené, se creó en abril de 2007 y a la fecha no ha implementado el sistema obligatorio de garantía de la calidad ; se hace entonces necesario dar cumplimiento a la normatividad vigente emanada por el Ministerio de la Protección Social y para ello se debe iniciar con el componente de habilitación descrito en la resolución 1043 de 2006 como requisito para poder prestar servicios de salud y el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad reconocido como una herramienta de gestión que permite identificar y evaluar las fallas de calidad para intervenirlas oportunamente y mejorar la atención en salud en cada punto de atención de la ESE NORTE 2.

2. MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”¹ implica que las metodologías a través de las cuales se implementan, se incluyen en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad, entendido el concepto de problema de calidad como un resultado de calidad deseable que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación de los servicios y que está relacionado con la atención precedente.

El contexto en el cual se desarrolla la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:

2.1 ATENCIÓN EN SALUD

La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud² definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”, lo cual debe entenderse en los siguientes términos:

- Que el concepto de atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales.

En efecto, el cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país.

- Que la atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EAPB y las

¹ Decreto 1011 de 2006. Artículo 32

² Decreto 1011 de 2006, Artículo 2

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud, concurrirán de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”³.

Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

- Introduce el concepto básico de la calidad entendida como una relación entre **beneficios, riesgos y costos**, lo cual significa que la definición de la calidad debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.
- Se concede una gran importancia a la **accesibilidad** y la **equidad** como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro del de resultados en el SOGC.

En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios. En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de salud.

- El concepto de **nivel profesional óptimo** debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible.

³ Decreto 1011 de 2006, Artículo 2

- La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.
- Igualmente, se inserta el concepto de calidad a nivel de las poblaciones, pues mientras que al nivel del individuo es cierto el concepto comúnmente aceptado de que solamente se puede exigir y brindar medios y no resultados, al nivel de las poblaciones sí es altamente posible la medición de dichos resultados y su variabilidad.
- Finalmente, se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una **atención en salud centrada en el usuario**, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud.

2.3 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

- El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

- La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick⁴ en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial⁶, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.

⁴ PAUTAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD EN SALUD - MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL (2007).p.20

- El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.
- El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

3. MARCO LEGAL

NORMA	DESCRIPCIÓN DE LA NORMA
Decreto No. 1950 del 3 de Julio de 1964.	Por la cual se reglamenta la Ley 23 de 1962, sobre el ejercicio de la profesión de Químico Farmacéutico, y se dictan otras disposiciones.
Ley 47 del 5 de Diciembre de 1967.	Por el cual se modifica el artículo 10 de la Ley 23 de 1962, se crea la carrera intermedia de Regente de Farmacia, y se dictan otras disposiciones.
Ley 100 de 1993	Artículo 227, 232
Resolución 4445 de 1996	Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título 4º de la Ley 09 de 1979 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas. Ministerio de Salud.
Decreto No. 2240 del 9 de Diciembre de 1996	Por la cual se dictan normas en lo referente a las a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.
Resolución 4445 de 1996	Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título 4º de la Ley 09 de 1979 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas. Ministerio de Salud.
Decreto No. 77 del 13 de Enero de 1997.	Por el cual se deroga totalmente el decreto 1917 del 5 de Agosto de 1994 y se reglamenta el título VII de la Ley 09 de 1979, en cuanto a los requisitos y condiciones sanitarias para el funcionamiento de los laboratorios clínicos y se dictan otras disposiciones sobre la materia. Ministerio de Salud.
Resolución N° 2927 del 27 de julio de 1998	Por la cual se reglamentan las prácticas Terapias Alternativas en la Prestación de los Servicios de Salud, se establecen normas Técnicas, Científicas, y Administrativas y se dictan otras disposiciones.
Resolución N° 1995 de julio 8 de 1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica

Decreto N° 2676 Diciembre 22 de 2000	“Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos Hospitalarios y similares”.
Resolución 434 de marzo 27 de 2001	Por la cual se dictan normas para la evaluación e importación de tecnologías biomédicas, se definen las de importación controlada y se dictan otras disposiciones.
Ley 657 junio de 2001	Por la cual se reglamenta la especialidad de la Radiología e Imágenes Diagnósticas y se dictan otras disposiciones.
Ley 715 de diciembre 21 de 2001	por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones
Circular 015 del 4 de abril de 2003	Asunto: Circular aclaratoria de la Resolución N° 1439 de 2002
Resolución N° 486 del 04 de abril de 2003	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1439 del 1 de noviembre de 2002
Resolución 1891 de julio 15 de 2003	Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 01439 de 2002 y 486 de 2003 y se ajustan algunos estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1011 de 2006	Establece el sistema de obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.
Resolución 1043 de 2006	Establece 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. Contempla el anexo técnico 1: manual único de estándares de habilitación. Anexo técnico 2: manual único de procedimientos de habilitación. Manual sobre auditoria del ministerio de la protección social: contiene lineamientos para la implementación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
Resolución 1445 de 2006	Por el cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Tiene dos anexos: No 1 es el manual de estándares de acreditación para las entidades administradoras de planes de beneficios, Anexo 2. Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud.

Resolución 1446 de 2006	Define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de calidad de la atención en salud. Tiene un anexo de indicadores del nivel de monitoria del sistema. Además de la circular 030 de 2006.
Circular 22 de mayo 17 de 2006.	Adopta formularios de inscripción y novedades en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
Circular 030 de 2006	Implementa indicadores de calidad
Circular 031 de 2006	Implementa el sistema de información permanente de atención al usuario
Resolución 2680 de 2007	Modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones
Resolución 3763 de 2007	Por la cual se implementa el servicio de Telemedicina en el territorio Nacional

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar el sistema único de Habilitación como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para el mejoramiento de la atención en Salud en los diferentes puntos de atención de la ESE NORTE 2 en cumplimiento a la normatividad vigente.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Revisar la normatividad vigente que rige la ESE norte 2 en el departamento del Cauca al igual que el proyecto que las implementó.
- Socializar el anexo técnico de habilitación contemplado en la resolución 1043 de 2006, a todo el personal en los puntos de atención de la ESE NORTE 2, buscando el compromiso en la aplicación e implementación del mismo.
- Realizar el procedimiento de auto evaluación de cada punto de atención de la ESE NORTE 2 aplicando el anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006 con la participación de los funcionarios que recibieron la socialización, con el fin de identificar el cumplimiento de estándares mínimos de habilitación.
- Hacer plan de mejoramiento unificado en la ESE NORTE 2 en formato 5W1H teniendo en cuenta los hallazgos encontrados en la aplicación del anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006, describiendo las acciones correctivas tendientes al mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos definidos en la institución.
- Hacer la matriz DOFA de la ESE NORTE 2 identificando factores que influyen o afectan el cumplimiento de estándares de habilitación de acuerdo a lo contemplado en el proyecto de creación de la ESE que actualmente se está desarrollando.
- Elaborar matriz de priorización de acuerdo al impacto que generan los hallazgos sobre los factores críticos de éxito, como una herramienta que permita sustentar las modificaciones que requiere el proyecto para el cumplimiento de estándares mínimos de habilitación y mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios.

- Sugerir las pautas para la elaboración de guías y protocolos de atención en cada proceso o procedimiento de la institución, de acuerdo a lo definido en el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006.
- Conformar los comités de obligatorio cumplimiento en los puntos de atención de Caloto, Corinto y Miranda

5. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En el Departamento del Cauca se ha consolidado el proceso administrativo de descentralización de la salud a partir de abril 9 de 2007, conformándose las nuevas empresas sociales del estado que agrupan varios municipios antes denominadas IPS dependientes de la Dirección Departamental de Salud del Cauca.

Las nuevas ESE conformadas deben implementar el sistema obligatorio de garantía de la Calidad de tal forma que cumplan con los requisitos mínimos de habilitación descritos en la resolución 1043 Del Decreto 1011 de 2006, que en su Artículo 6° define el Sistema Único de Habilitación como “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”. En consecuencia, de manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el Artículo 11 del citado decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una auto evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

Para el caso de la ESE NORTE 2, la cual agrupa los municipios de Caloto, Corinto, Miranda y Guachené, no cuenta con la implementación del sistema único de habilitación como un proceso unificado al interior de la empresa, por tanto se están prestando servicios sin verificar el cumplimiento dichos estándares de habilitación definidos por el Ministerio de la Protección Social, generándose el riesgo de inhabilidad para la prestación de servicios de salud por parte de los entes de vigilancia y control.

Se busca entonces dar cumplimiento a los requerimientos solicitados por los entes de vigilancia y control en la implementación de los requisitos mínimos de habilitación establecidos para la prestación de servicios de salud, contribuyendo de manera eficaz en el proceso de mejoramiento continuo de las IPS que la conforman y garantizando al usuario la disminución del riesgo en la prestación de ellos.

Este trabajo es un instrumento que permite a la ESE NORTE 2 evaluar y mejorar las condiciones tanto en estructura, como en proceso y resultado, buscando condiciones óptimas en la prestación de los servicios de salud para sus usuarios o clientes del servicio.

Las necesidades de salud en la Comunidad son altas y los recursos son escasos siempre, por lo tanto se hace necesario evaluar, para posteriormente planificar y de esta forma implementar la racionalización y optimización de los recursos existentes que nos lleven a prestar servicios con eficiencia y eficacia.

6. PLAN TEMÁTICO

- Durante la realización del trabajo se propuso cumplir a cabalidad con los objetivos propuestos, que van desde la revisión del proyecto de conformación de la ESE NORTE 2 y socialización del sistema único de habilitación a todo el personal vinculado a la ESE hasta sugerir las pautas para la elaboración de guías y protocolos de atención en cada proceso o procedimiento de la institución, de acuerdo a lo definido en el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006.

El trabajo contempló la participación de todos y cada uno de los funcionarios que se desempeñan en las diferentes áreas de los puntos de atención, haciendo de éste un trabajo en equipo que permitió sensibilizar a todo el personal sobre la importancia de cumplir permanentemente con los requisitos mínimos esenciales y mantener los estándares del sistema único de habilitación

El análisis del proyecto de conformación de la ESE NORTE 2 frente a la gran demanda de servicios en el área de cobertura y los resultados obtenidos en la prestación de los mismos llevó a identificar las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas de la ESE NORTE 2, para el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad que se enmarcan en criterios de Oportunidad, Accesibilidad, Seguridad, Integralidad y continuidad.

La AUTOEVALUACION de cada punto de atención aplicando el anexo técnico 1 de la resolución 1043 permitió identificar las falencias de cada servicio para el cumplimiento del sistema único de habilitación, a la vez que fue la herramienta que facilitó la elaboración del plan de mejoramiento de la Calidad que se evaluará periódicamente de acuerdo a los plazos definidos para la aplicación de las medidas correctivas.

De acuerdo a los datos de morbilidad presentados por cada punto de atención se procedió a levantar guías de atención basados en la evidencia clínica y los protocolos de acuerdo a la información reportada por los funcionarios de cada servicio o área.

Los Protocolos elaborados fueron revisados y aprobados por el comité de Calidad de la ESE NORTE 2, para posteriormente ser socializados y entregados en cada servicio de los diferentes puntos de atención para que sirvan de guía permanente en la prestación del servicio.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de éste trabajo de tipo empresarial que busca implementar el sistema único de habilitación como componente del sistema obligatorio de garantía de la Calidad en la ESE NORTE 2 fue necesario contar con herramientas como:

- Anexo técnico 1 de la resolución 1043
- Formato 5w1h
- Matriz de priorización de procesos de atención de la ESE NORTE 2, luego se priorizo en cada proceso los factores o aspectos necesarios para poderlos desarrollar y su impacto sobre los factores críticos de éxito.
- Para la realización de los talleres y reuniones se requirió el apoyo logístico por parte de la ESE cuyos elementos y materiales fueron:
 - Computadores
 - Video ven
 - Resmas de Papel
 - Cartuchos para impresora
 - Refrigerios
 - Marcadores, lapiceros, libretas.
 - Transporte

Los métodos utilizados para la captura de información y levantamiento de guías y protocolos fueron las siguientes:

- Observación Directa en los diferentes servicios de la institución
- Verificación de estándares en cada servicio por punto de atención
- Supervisión de las hojas de vida del recurso humano vinculado
- Mesas de trabajo con coordinadores de punto de atención
- Talleres de capacitación al personal de cada punto de atención
- Las auditorias externas realizadas por las EPS contratantes.

8. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION DE LA ESE NORTE 2

MES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Socialización y evaluación del proyecto de la creación de la ESE NORTE 2	X																			
Socialización y evaluación de la resolución 1043 y su anexo técnico en los puntos de atención.		X	x																	
Autoevaluación de los puntos de atención con la Resolución 1043/2006				x	x	x	x													
Elaboración de plan de mejoramiento con formato 5W1H según hallazgos del anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006.								x	x											
Elaboración de matriz DOFA según proyecto conformación de la ESE.							x	x												
Elaboración matriz de priorización de acuerdo a los hallazgos del DOFA.									x	x										
Asesoramiento a la elaboración de Guías y Protocolos de atención										x	x	x	x	x	x	x	x	x		

9. RESULTADOS ESPERADOS

El sistema obligatorio de garantía de la Calidad se inició con el decreto 2309 de 2002 año en el cual todas las IPS debían cumplir con los estándares mínimos de habilitación. Para el año 2006 con el decreto 1011 se ratifica la implementación del SOGC. A partir de Abril de 2007 en el Departamento del Cauca se descentralizó el proceso de atención en Salud que antes dependía de la Dirección Departamental hoy en liquidación lo cual generó la conformación de las nuevas Empresas Sociales del Estado con vinculación de personal y modificación de los procesos en cada uno de los puntos de atención. Este proceso trae consigo la necesidad y la obligatoriedad de implementar el sistema único de habilitación como uno de los Componentes del SOGC para garantizar la prestación de dichos servicios.

Con el trabajo planteado se espera:

- Hacer que todos los funcionarios de la ESE NORTE 2 conozcan la normatividad vigente en la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad relacionada con el anexo técnico 1043 de 2006.
- Hacer que los diferentes puntos de atención realicen la autoevaluación e identifiquen las falencias en el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación.
- Hacer que cada punto de atención cuente con el plan de mejoramiento en formato 5W1H como guía para intervenir los procesos y hacer seguimiento al cumplimiento de acciones correctivas propuestas, además de
- Convertirse en una herramienta de carácter gerencial.
- Dar a conocer las pautas para la elaboración de guías médicas.
- Asesorar la elaboración de guías y protocolos de atención estandarizados para los diferentes puntos de atención de la ESE NORTE 2.
- Promover la revisión de guías y protocolos por parte del Comité de Calidad para su aprobación e implementación.

10. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Se cuenta con la oportunidad que la ESE NORTE 2, recientemente creada, tiene gran interés en implementar el sistema único de habilitación para prestar servicios de salud bajo criterios de calidad.

Las estrategias de comunicación que se van a utilizar para la realización del trabajo son la comunicación verbal directa, comunicación escrita con los funcionarios de las diferentes dependencias, comunicación telefónica con los líderes de cada proceso y coordinadores de puntos de atención.

La comunicación vía correo electrónico será una de las estrategias mas utilizadas para compartir información y hacer modificaciones oportunas en cada documento que se esté levantando.

Las ayudas audiovisuales será la herramienta propicia para la socialización de guías y protocolos.

11. DESARROLLO DEL TRABAJO

El trabajo se inicio en la ESE NORTE 2, en el mes de Septiembre de 2007 con una reunión general donde se encontraba todo el personal de la institución tanto asistencial como administrativo, en la cual se hizo una revisión general de la resolución 1043 de 2006 y se dio a conocer la importancia de cumplir con los requisitos mínimos de habilitación en ella expuestos, se Identificó la necesidad de conocer mas a fondo los anexos técnicos para la implementación y cumplimiento del sistema único de habilitación, por lo tanto en esa oportunidad se propuso contar con un proceso organizado que permitiera la participación de todos los funcionarios que laboran en los diferentes puntos de atención de la ESE NORTE 2.

En el mes de octubre se hizo la socialización de la resolución 1043 de 2006, desglosada por cada ítem y para cada servicio, buscando sensibilizar a los funcionarios para participar en la aplicación del procedimiento de autoevaluación por cada líder de servicio y así lograr identificar las verdaderas falencias de su servicio.

Posteriormente se programaron reuniones con los coordinadores de los puntos de atención y lideres de procesos con el fin de realizar la autoevaluación por punto de atención aplicando el anexo técnico de la resolución 1043, autoevaluación que posteriormente dio origen al plan de acción para el mejoramiento de la Calidad en formato 5W1H para cada punto de atención.

Identificadas las falencias en cada uno de los ITEM evaluados, se procedió a socializar los hallazgos ante la gerencia de la ESE NORTE 2 para que de acuerdo a su capacidad tecnológica y administrativa asignara los tiempos necesarios para cumplir con la acción de mejoramiento.

Se conformaron grupos de trabajo con funcionarios asistenciales, lideres de procesos y coordinadores a los cuales se les distribuyó la elaboración de guías y protocolos de atención de los diferentes servicios de atención.

Con los grupos conformados se procedió a realizar matriz DOFA de la institución de tal forma que se conociera por parte de los participantes las debilidades y fortalezas de la institución en el desarrollo de sus procesos cuyos resultados permitieron hacer la matriz de priorización que se anexa al presente trabajo.

Pasados dos meses de iniciado el trabajo se encontró que existían dificultades para que los grupos fueran funcionales y no se había podido cumplir con las tareas asignadas. Entre las dificultades manifiestas estaban:

- No tenían un tiempo asignado para el desarrollo de la actividad y las funciones inherentes a sus cargos no le permitían adelantar el trabajo.
- Los funcionarios que conformaban un grupo vivían dispersos y no se les facilitaba reunirse para dar continuidad al trabajo.
- Pasaban por un momento económico difícil, dado que por trámites administrativos no se les había cancelado su salario desde dos meses atrás, por tanto no había motivación hacia el cumplimiento de éstas actividades.
- Los médicos no permanecen estables en la prestación del servicio ya que se han presentado renunciaciones frecuentes por múltiples ofertas laborales.

Durante el cuarto mes se trató de dar cumplimiento al total de la información. Sin embargo se encontró que la unificación de la prestación de servicios no era tan posible dado que en cada punto de atención se tenía organizado de manera diferente la prestación del servicio, por lo tanto fue necesario volver a reunirse y revisar uno a uno los procesos de la institución.

Teniendo en cuenta las dificultades encontradas se procedió a reorientar el levantamiento de guías y protocolos seleccionando un grupo específico de profesionales en cada punto de atención, con un cronograma estricto de entrega de tareas asignadas que permitieran cumplir a cabalidad con ésta propuesta.

Con ésta última alternativa se logró que los médicos documentaran las guías de atención en urgencias, Hospitalización y adoptar las de sala parto. Se establecieron protocolos para cada servicio de atención y se conformaron los comités de obligatorio cumplimiento.

12. RESULTADO OBTENIDOS

ACTIVIDAD PROGRAMADA	MES DEL LOGRO	OBSERVACIONES
Socialización y discusión del proyecto de creación de la ESE NORTE 2	Octubre de 2007	Permitió a los funcionarios claridad sobre el recurso humano existente
Socialización y sensibilización de la resolución 1043 con sus anexos técnicos.	Octubre de 2007	Se aplicó el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006 a cada punto de atención y se unificó en uno solo para visualizar las falencias en general
Autoevaluación de los puntos de atención de Caloto, Corinto y Miranda según resolución 1043 de 2006	Octubre a Noviembre de 2007	Identificó las falencias existentes en requisitos mínimos de habilitación.
Elaboración de plan de mejoramiento con formato 5W1H según hallazgos de resolución 1043.	Noviembre a Diciembre de 2007	Se unificó la información en un plan de mejoramiento por cada punto de atención.
Elaboración de matriz DOFA según hallazgos de auto evaluación.	Noviembre de 2007	Se tomó cada servicio de la institución.
Matriz de Priorización según hallazgos del DOFA.	Diciembre de 2007	Se numeró de 1 a 3 según prioridad.
Se asesoró la elaboración de guías y protocolos de atención	Diciembre de 2007 a Febrero 2008.	Se hizo la primera revisión se encuentran dificultades en la unificación de procesos.
Se implementaron los comités de obligatorio cumplimiento	Febrero de 2007	Se entregó cronograma de cumplimiento de reuniones y actas de conformación.

13. ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Auto evaluación de servicios.
- Plan de mejoramiento en formato 5WH.
- Elaboración de matriz DOFA.
- Matriz de priorización.
- Asesoría para la elaboración de guías y protocolos de atención.

14. AUTOEVALUACION DE SERVICIOS POR PUNTOS DE ATENCION

Siguiendo la metodología propuesta se aplicó el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006 en cada uno de los puntos de atención que conforman la ESE NORTE 2 en los municipios de Caloto, Corinto y Miranda.

El anexo técnico permite la evaluación de 9 ítems a saber:

- Recurso Humano
- Infraestructura
- Dotación y Mantenimiento
- Gestión de medicamentos , insumos y dispositivos médicos
- Procesos prioritarios asistenciales
- Historia Clínica y registros asistenciales
- Interdependencia de servicios
- Sistema de referencia y Contra referencia
- Seguimiento al riesgo en la prestación de servicios

A pesar de que los tres puntos de atención hacen parte de la misma ESE NORTE 2, los hallazgos varían en cada uno de ellos y en resumen se describen a continuación:

ITEM	PUNTO DE ATENCION CALOTO	PUNTO DE ATENCION CORINTO	PUNTO DE ATENCION MIRANDA
RECURSO HUMANO	<p>El punto de atención de Caloto cuenta con recurso humano acorde a los perfiles del ministerio para la prestación de servicios de primer nivel de complejidad. La falencia se presenta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> *los profesionales de enfermería, Bacteriólogos, y médicos generales no cuentan con certificación de la capacitación para la toma de citologías. * Los médicos no cuentan con curso de soporte vital básico. * Los conductores carecen de curso de primeros auxilios. * La ESE no cuenta con proceso de selección de personal a nivel de la sede principal ni como punto de atención Caloto. <p>Las auxiliares de laboratorio que no son auxiliares de enfermería están en capacitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Las hojas de vida del personal no se encuentran completas en el punto de atención de Caloto. 	<p>En el Hospital de Corinto Cuentan con recurso humano acorde a los perfiles del ministerio para la prestación de servicios de primer nivel de complejidad. La falencia se presenta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> *los profesionales de enfermería, Bacteriólogos, y médicos generales no cuentan con certificación de la capacitación para la toma de citologías. * Los médicos no cuentan con curso de soporte vital básico. * Los conductores carecen de curso de primeros auxilios. * La auxiliar de odontología que no son higienistas orales están en capacitación para cumplir con el perfil del MPS. 	<p>En el Hospital de Miranda al igual que el Caloto y Corinto cuentan con recurso humano acorde a los perfiles del ministerio para la prestación de servicios de primer nivel de complejidad. La falencia se presenta en lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> * No se cuenta con la certificación de capacitación que deben tener las auxiliares de enfermería en Vacunación y soporte vital básico. *los profesionales de enfermería, Bacteriólogos, y médicos generales no cuentan con certificación de la capacitación para la toma de citologías. * Los médicos no cuentan con curso de soporte vital básico. * Los conductores carecen de curso de primeros auxilios. * La auxiliar de odontología que no son higienistas orales están en capacitación para cumplir con el perfil del MPS.

<p>INFRAESTRUCTURA</p>	<p>El punto de atención Caloto debe mejorar la infraestructura así: Adecuar el cuarto sucio existente dado que no cumple los requisitos. Corregir humedad en techo de urgencias adecuar la estación de enfermería de urgencias. Señalización de toda el área. Adecuar el cuarto sucio para urgencias. En laboratorio clínico se debe separar la toma de muestras del área de procedimientos. En consultorios médicos se deben separar los ambientes.</p>	<p>El punto de atención de Corinto tiene la necesidad sentida de la construcción del cuarto de residuos como parte de los procesos prioritarios. Adecuar la estación de enfermería de Hospitalización. Separar los ambientes en consultorios. Adecuar área para sala de rehidratación y sala ERA. Adecuar la toma de muestras y separarla de procedimientos de laboratorio.</p>	<p>El punto de atención Miranda dispone de un sitio para el depósito de residuos Hospitalarios pero no se ha adecuado con los requisitos que exige la norma. Este es el punto de atención que requiere mayor atención gerencial en la adecuación de la infraestructura, la cual tiene grandes fugas de agua que deterioran las instalaciones, paredes húmedas que dan mal aspecto, puertas en mal estado en los consultorios, piso de sala partos manchado con oxido, incrementándose el riesgo biológico por humedad y de deslizamiento o derrumbamiento en el sótano. Adecuar los espacios para la ejecución de actividades de P y P. Adecuar y separar la toma de muestras de laboratorio. Separar los dos ambientes de consultorios.</p>
-------------------------------	--	---	--

<p>DOTACION Y MANTENIMIENTO</p>	<p>El punto de atención de Caloto requiere dotación de carro de paro y elementos de reanimación tanto en urgencias como en sala partos. Requiere camillas rodantes con barandas y material de inmovilización de pacientes. Faltan los termo higrómetros en almacén y farmacia. Faltan los dosímetros de RX tanto corporal como peri apical. Falta realizar mantenimiento preventivo a equipos y vehículos. Las ambulancias no tienen revisión técnico mecánica ni se les hace mantenimiento preventivo. Falta dotación en ambulancias para el traslado asistencial de pacientes.</p>	<p>El punto de atención de Corinto requiere dotación de carro de paro y elementos de reanimación tanto en urgencias como en sala partos. Requieren camillas rodantes con barandas y material de inmovilización de pacientes. Faltan los termo higrómetros en almacén y farmacia. Faltan los dosímetros de RX tanto corporal como peri apical. Falta realizar mantenimiento preventivo a equipos y vehículos. Las ambulancias no tienen revisión técnico mecánica ni se les hace mantenimiento preventivo. Falta dotación en ambulancias para el traslado asistencial de pacientes.</p>	<p>El punto de atención de Miranda requiere de dotación de carro de paro y elementos de reanimación tanto en urgencias como en sala partos. Requieren camillas rodantes con barandas y material de inmovilización de pacientes. Faltan los termo hidrómetros en almacén y farmacia. Faltan los dosímetros de RX tanto corporal como peri apical. Falta realizar mantenimiento preventivo a equipos y vehículos. Las ambulancias no tienen revisión técnico mecánica ni se les hace mantenimiento preventivo. Falta dotación en ambulancias para el traslado asistencial de pacientes.</p>
--	--	--	---

<p>GESTION DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS.</p>	<p>El punto de atención de Caloto no cuenta con listado de medicamentos disponibles, con fecha de vencimiento y registro del INVIMA, tampoco cuentan con registro de medicamentos pendientes para verificar cumplimiento en la entrega. El servicio de laboratorio y el de Odontología no cuentan con planilla de verificación de fechas de vencimiento y registro INVIMA para reactivos y materiales de uso. En farmacia no hay actas de revisión de registros INVIMA y fechas de vencimiento con acciones correctivas tomadas. No hay documento de si rehúsa o no dispositivos médicos e insumos.</p>	<p>El punto de atención de Corinto no cuenta con listado de medicamentos disponibles, con fecha de vencimiento y registro del INVIMA, tampoco cuentan con registro de medicamentos pendientes para verificar cumplimiento en la entrega. El servicio de laboratorio y el de odontología no cuentan con planilla de verificación de fechas de vencimiento y registro INVIMA para reactivos y materiales de uso. En farmacia no hay actas de revisión de registros INVIMA y fechas de vencimiento con acciones correctivas tomadas. No hay documento de si rehúsa o no dispositivos médicos e insumos.</p>	<p>El punto de atención de Miranda no cuenta con listado de medicamentos disponibles, con fecha de vencimiento y registro del INVIMA, tampoco cuentan con registro de medicamentos pendientes para verificar cumplimiento en la entrega. El servicio de laboratorio y el de odontología no cuentan con planilla de verificación de fechas de vencimiento y registro INVIMA para reactivos y materiales de uso. En farmacia no hay actas de revisión de registros INVIMA y fechas de vencimiento con acciones correctivas tomadas. No hay documento de si rehúsa o no dispositivos médicos e insumos.</p>
--	---	--	--

<p>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</p>	<p>Para el caso de Caloto se cuenta con protocolos de la anterior razón social DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA empresa e liquidación, documentos que no se ajustan a los procesos actuales de la ESE norte 2 y requieren su levantamiento. No cuenta con comités organizados que son de obligatorio cumplimiento como: HC, COVE, AUDITORIA, INFECCIONES, ETICA Y FARMACIA.</p>	<p>No existen guías ni protocolos de atención en los diferentes servicios y en el Hospital de Corinto No cuenta con comités organizados que son de obligatorio cumplimiento como: HC, COVE, AUDITORIA, INFECCIONES, ETICA Y FARMACIA.</p>	<p>No existen guías ni protocolos de atención en los diferentes servicios en el Hospital de Miranda No cuenta con comités organizados que son de obligatorio cumplimiento como: HC, COVE, AUDITORIA, INFECCIONES, ETICA Y FARMACIA.</p>
<p>HISTORIAS CLINICAS REGISTROS ASISTENCIALES</p>	<p>Y En Caloto no se cuenta con manual de manejo y custodia de historias clínicas. No hay revisión periódica del diligenciamiento de la historia clínica por falta de comité. No cuenta con consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos en urgencias y odontología. No cuenta con kardex de entrada y salida de historias clínicas de los archivos.</p>	<p>El Hospital de Corinto no tiene manual de manejo y custodia de historias clínicas, los espacios para el archivo de historias clínicas son pequeños, están congestionados hay historias sin carpeta y sin identificar por numero de registro civil tarjeta y/ o cedula de ciudadanía. No ha realizado depuración de archivo de HC.</p>	<p>En el Hospital de Miranda no se cuenta con manual de manejo y custodia de historias clínicas, los espacios para el archivo de historias clínicas son pequeños, están congestionados, hay historias sin carpeta y sin identificar por numero de registro civil tarjeta y/ o cedula de ciudadanía. No hay revisión periódica del diligenciamiento de la historia clínica por falta de comité.</p>

HISTORIAS CLINICAS REGISTROS ASISTENCIA LES	<p>Y</p> <p>No ha realizado depuración de archivo de HC y existen HC sin carpeta. No ha estandarizado los formatos de HC con los logos de la ESE NORTE 2.</p>	<p>No hay revisión periódica del diligenciamiento de la historia clínica por falta de comité. No cuenta con consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos en urgencias y odontología.</p>	<p>No cuenta con consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos en urgencias y odontología. No cuenta con kardex de entrada y salida de historias clínicas de los archivos.</p>
INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	<p>El Punto de atención de Caloto cuenta con laboratorio, farmacia, transporte asistencial básico en regulares condiciones, servicio de imágenes diagnosticas las 24 horas. Además cuenta con servicio de cocina para el paciente Hospitalizado, servicio de vigilancia y aseo. No cuenta con radiocomunicaciones de doble vía que garanticen comunicación con la IPS de origen y la de referencia.</p>	<p>El punto de atención de Corinto cuenta con, farmacia, transporte asistencial básico, no cuenta con servicio de Rx. Además cuenta con servicio de cocina externo para el paciente Hospitalizado, servicio de vigilancia y aseo. No cuenta con radiocomunicaciones de doble vía que garanticen comunicación con la IPS de origen y la de referencia.</p>	<p>El punto de atención de Miranda cuenta con laboratorio, farmacia, transporte asistencial básico, cuenta con servicio de Rx y presta el servicio al punto de atención de Corinto que se encuentra a cinco minutos de Miranda. Además cuenta con servicio de cocina para el paciente Hospitalizado, servicio de vigilancia y aseo. No cuenta con radiocomunicaciones de doble vía que garanticen comunicación con la IPS de origen y la de referencia.</p>

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	<p>El punto de atención de Caloto cuenta con dos vehículos que ofrecen el servicio de traslado de pacientes los cuales están en regulares condiciones y con mucha frecuencia se varan. Además no hay revisión técnico mecánica ni cronograma de mantenimiento preventivo. Cuenta con el CRUE para la ubicación de los pacientes, tiene formato establecido y carece de radiocomunicaciones de doble vía que es vital para el proceso.</p>	<p>El Hospital de Corinto Cuenta con traslado asistencial básico en regulares condiciones, no hay revisión técnico mecánica ni cronograma de mantenimiento preventivo. Cuenta con el CRUE para la ubicación de los pacientes, tiene formato establecido y carece de radiocomunicaciones de doble vía que es vital para el proceso.</p>	<p>El Hospital de Miranda cuenta con traslado asistencial básico en regulares condiciones, no hay revisión técnico mecánica ni cronograma de mantenimiento preventivo. Cuenta con el CRUE para la ubicación de los pacientes, tiene formato establecido y carece de radiocomunicaciones de doble vía que es vital para el proceso.</p>
SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO	<p>El punto de atención Caloto no tiene definidos los riesgos a vigilar en cada uno de sus servicios. No cuenta con estadístico para generar indicadores de uso y frecuencia, indicadores de calidad, de morbimortalidad en general.</p>	<p>El punto de atención de Corinto no tiene definidos los riesgos a vigilar en cada uno de sus servicios. No cuenta con estadístico para generar indicadores de uso y frecuencia, indicadores de calidad, de morbimortalidad en general.</p>	<p>El punto de atención de Miranda no tiene definidos los riesgos a vigilar en cada uno de sus servicios. No cuenta con estadístico para generar indicadores de uso y frecuencia, indicadores de calidad, de morbimortalidad en general.</p>

El cuadro anterior muestra la situación real en la que se encuentran los puntos de atención de la ESE NORTE 2 frente al cumplimiento de estándares de habilitación.

EN RECURSO HUMANO: se cuenta con el personal necesario para la prestación de servicios de baja complejidad. Sin embargo la falencia está relacionada con:

Los médicos y auxiliares de enfermería no tiene capacitación en soporte asistencial básico para la atención de urgencias, al igual que el personal de enfermería que no cuenta con la certificación sobre la capacitación en vacunación, los profesionales de enfermería, bacteriología y medicina no han recibido la capacitación y certificación en la toma de citologías.

EN INFRAESTRUCTURA: en Caloto y Corinto no existe cuarto de residuos Hospitalarios, en Miranda existe un cuarto para tal fin; Sin embargo le falta acondicionar superficie de pisos y paredes que le permitan ser lavable.

En Caloto es necesario acondicionar el área de enfermería con espacio para manejo de material sucio y el cuarto de almacenamiento de material de insumos.

Es necesario definir si se declara sala ERA y sala IRA con el fin de hacer la respectiva adecuación en los tres puntos de atención de Caloto, Corinto, y Miranda. Para los tres puntos de atención es necesario acondicionar el espacio para separar el área de toma de muestras del área de procedimientos en laboratorio clínico. De igual manera es necesario separar los ambientes en los consultorios médicos en los tres Hospitales.

En cuanto a infraestructura el Hospital de Miranda es el centro de atención que requiere de mayor atención gerencial, puesto que se tiene una importante fuga de agua en el primer piso la cual ha traído consigo un gran riesgo de derrumbamiento y de tipo biológico secundario a al humedad.

Es importante adecuar los espacios para los programas de promoción y prevención de tal manera que sean óptimos para el desarrollo del mismo.

EN DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO: es necesario la consecución de los carros de paro especialmente en el área de urgencias, luego habilitar espacio y proveer de medicamentos e insumos para el manejo complicaciones agudas en el área de sala partos y el área de Hospitalización, de igual manera las camillas de urgencias no cuentan con rodachinas necesarias para la movilización de pacientes, en los sitios donde se almacenan medicamentos e insumos es necesaria la consecución de termihidrometros, falta Rx peri apical y corporal en el Hospital de Corinto.

La dotación del parque automotor es otra de las falencias que debe ser corregida con prioridad puesto que las ambulancias en su mayoría ya cumplieron su vida útil y generan un riesgo para la atención del paciente.

La ESE NORTE 2 en cada uno de los Hospitales no cuenta con un plan preventivo que incluya equipos biomédico y parque automotor.

MEDICAMENTOS, INSUMOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: es necesario implementar el listado de medicamentos de acuerdo a su disponibilidad, fechas de vencimiento, registros INVIMA. El área de odontología y bacteriología no cuentan con listado de medicamentos, materiales e insumos con fecha de vencimiento y registró INVIMA como se hace para medicamentos en farmacia. Tampoco existen documentos sobre la reutilización de insumos y dispositivos médicos.

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES: La ESE Norte 2 en sus tres puntos de atención no cuenta con protocolos o guías de atención lo cual hace necesario su realización y socialización, de la misma manera es necesario conformar los comités de obligatorio cumplimiento, tales como: comités de Historia clínica, cove, auditoria, ética, farmacia.

HISTORIAS CLÍNICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES: los tres puntos de atención de la ESE Norte 2 no cuentan con manual para el manejo y custodia de las Historias clínicas, además en los Hospitales de Corinto y Miranda no se lleva las H,C por el número de identificación de cada usuario. Además no se cuenta con formato de consentimiento informado para la realización de procedimientos invasivos. No se cuenta con Kardex que permita registrar la salida de las H.C del archivo. No cuenta con registro durante el traslado del paciente. No realiza evaluación periódica de la historia clínica dado que no tiene comité conformado.

INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS: los tres puntos de atención cuentan con laboratorio clínico, farmacia, transporte asistencial básico, servicio de vigilancia y aseo.

El Hospital de Caloto y Miranda cuentan con servicio de Rx, Corinto debe remitir a sus usuarios al Hospital de Miranda que se encuentra a 10 minutos por vía pavimentada.

No se cuenta con sistema de radiocomunicaciones de doble vía en las ambulancias de los tres Hospitales, sin embargo se comunican a través de teléfono celular cuyo plan no corresponde a la ESE CENTRO 2 y por tanto no garantiza que haya disponibilidad de minutos para comunicación de doble vía.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA: cada punto de atención cuenta con dos vehículos para el traslado de pacientes, sin embargo se encuentran en regulares condiciones generales, no tienen programación de mantenimiento preventivo solo correctivo, no cuenta con radiocomunicación de doble vía pero

utilizan la comunicación móvil. Cuentan con el CRUE para la ubicación de los pacientes, para ello tienen el formato de referencia establecido.

Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios del servicio: la ESE Norte 2 en los puntos de atención de Caloto, Corinto, y Miranda no tienen definidos los riesgos a vigilar, tampoco se dispone de personal estadístico para generar los indicadores de morbilidad, mortalidad, el comité de infecciones y de vigilancia epidemiológica no se han conformado.

Anexo No 1: Autoevaluación en formato del anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006 para cada punto de atención el cual se anexa en medio magnético.

De acuerdo a los hallazgos encontrados en la aplicación del anexo técnico 1 de la resolución 1043, se procede a elaborar el plan de acción o plan de mejoramiento utilizando el formato 5W1H.

15. PLAN DE MEJORAMIENTO EN FORMATO 5W1H

El formato 5W1H es el que recomienda seguir el Ministerio de la Protección Social como una herramienta práctica que permite registrar el hallazgo y responder a preguntas básicas sobre la justificación de porque es necesario hacerlo, definir como hacerlo, quien es el responsable de hacer que se levante ese hallazgo, donde se debe intervenir el hallazgo y cuando se puede cumplir con la acción de mejora propuesta.

La evaluación de estándares y requisitos mínimos de habilitación plasmados en la resolución 1043 de 2006, permitió visualizar en cada punto de atención los hallazgos a intervenir, con los cuales se generó un formato 5W1H por cada punto de atención de la ESE NORTE 2, lo anterior permite que cada coordinador de punto de atención conozca las acciones que debe gestionar para cumplir con el plan de acción en su municipio y que el Gerente tenga una visión general de su empresa y pueda asignar recursos de acuerdo a la prioridad de los hallazgos.

Anexo No 2: El plan de acción en formato 5W1H para cada uno de los puntos de atención de la ESE NORTE 2 se anexan en medio físico.(cuatro formatos)

16. ELABORACION DE MATRIZ DOFA

Una vez terminada la autoevaluación con el anexo técnico 1 de la resolución 1043, se procedió a socializar los hallazgos con los coordinadores de los puntos de atención y se propuso una reunión para la elaboración de la matriz DOFA como complemento a lo ya realizado, teniendo en cuenta que la matriz DOFA permite evaluar factores internos y externos que afectan la prestación de los servicios bajo criterios de oportunidad, calidad, pertinencia, cumplimiento.

A continuación se describe los hallazgos de la matriz correspondiente.

17. MATRIZ DOFA ESE NORTE 2

CONSULTA EXTERNA

SERVICIO	DEBILIDAD	OPORTUNIDAD	FORTALEZA	AMENAZA
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	<p>Deficiente personal para realizar Demanda Inducida</p> <p>No hay vehículo exclusivo para salidas extramurales (Barrios y veredas)</p> <p>No hay disponibilidad para la contratación de conductor para las salidas extramurales.</p> <p>No disponibilidad de archivos planos de vigencias anteriores con el que se pueda realizar la base de datos histórica.</p> <p>No existe programa continuo de capacitación con el que se pueda fortalecer las diferentes áreas donde pueda impactar las actividades de P y P.</p> <p>No hay insumos y elementos necesarios para trabajar los programas de P y P.</p> <p>No existe la política institucional de conformar y hacer funcional los</p>	<p>Disponibilidad presupuestal adecuada para el recurso médico en los puntos de atención de Corinto y Caloto con el fin de realizar distribución y priorización en los programas de p y p.</p> <p>En el área de cobertura no hay más instituciones que cuenten con IPS organizadas para prestar los servicios de consulta externa.</p> <p>Es una oportunidad de mejoramiento al demostrar</p>	<p>Única IPS pública en cada municipio donde tiene jurisdicción la ESE Norte 2.</p> <p>Existe un profesional de enfermería por cada punto de atención que coordina los programas de P Y P.</p> <p>Se cuenta con personal</p>	<p>Grandes descuentos a la capitación por el no cumplimiento de metas de P y P de acuerdo a los términos contractuales.</p> <p>Intervención de equipos extramurales externos a la ESE Norte 2.</p> <p>No existe un dato real de la población DANE en el municipio de Miranda por lo cual no se contemplo en el proyecto de la creación de la ESE la contratación de mayor personal de acuerdo a las necesidades reales de la población.</p> <p>Falta de ubicación geográfica real de la</p>

<p>PROMOCION Y PREVENCIÓN</p>	<p>grupos extramurales, lo que implica una baja cobertura en las actividades de P y P tanto en el área urbana como en el parte rural No existe disponibilidad presupuestal para invertir en el plan de mejoramiento según auto evaluación de los tres puntos de atención especialmente en los requerimientos de infraestructura y dotación de equipos e insumos para el cumplimiento en la habilitación de procesos considerados como prioritarios. Frecuentemente se esta cambiando el personal de Facturación por lo cual hay muchos inconvenientes en la continuidad de un plan de mejoramiento en esta área que conlleve a mejorar los resultados en la ejecución de la contratación de actividades de P y P.</p>	<p>que se requiere inversión para obtener mejores resultados financieros, situación que se debe sustentar en el plan de gestión de la ESE NORTE 2.</p>	<p>capacitado que conoce la zona, conoce los procesos y que está disponible en el área.</p>	<p>población del régimen subsidiado con la cual se pueda orientar el trabajo real de los equipos extramurales. Existencia IPS privadas en los puntos de atención de Caloto, Corinto y Miranda. No existe proceso de selección de personal con el fin de contratar personal idóneo para las diferentes actividades que requiere la ESE norte 2 tanto en la parte asistencial como en la administrativa.</p>
<p>ESTADÍSTICA</p>	<p>No esta contemplado en el proyecto de la ESE la contratación de auxiliar de archivo ni de estadística, lo que ha traído</p>	<p>La normatividad vigente exige recurso humano debidamente capacitado para la custodia de</p>	<p>Cuenta con equipos de computo y software</p>	<p>No contar con un perfil epidemiológico acorde a cada municipio. El incumplimiento en la</p>

	consigo el debilitamiento de otras áreas como la de enfermería tanto en la parte de personal profesional como el técnico que deberían estar comprometidos de tiempo completo en actividades de demanda inducida y en la ejecución de actividades de Promoción y prevención.	archivos y manejo de la información, lo que permite justificar la necesidad de vinculación.	actualizados que permiten agilizar el proceso de información estadística	gestión de indicadores de uso y frecuencia de los servicios. Riesgo de desfasar costos, presupuestos sin datos estadísticos vitales.
HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS	Recurso humano insuficiente para cubrir los traslados asistenciales básicos	Es el único servicio de Hospitalización habilitado en el área y recibe la demanda de los mismos.	La ESE se encuentra ubicada en zona de fácil acceso terrestre.	Sobrecarga laboral que conlleva a alta rotación de recurso medico disponible.
RECURSO HUMANO	Recurso humano sin capacitación en soporte vital básico, ni certificación en la capacitación de profesionales de enfermería, bacteriología y de medicina en la toma de citologías, y para el personal de enfermería la certificación en vacunación.	Contratación de personal por medio de cooperativa externa que cumpla requisitos de certificación de personal según el cargo a proveer, para cumplir los perfiles del ministerio de la protección social.	Se empieza con personal nuevo de tal manera que es el momento adecuado para hacer filtro y exigir los requisitos sobre soporte asistencial básico, toma de citologías y vacunación.	Fuga de personal por mejores ofertas laborales externas.

RECURSO HUMANO	Odontólogos sin certificación para la toma de RX odontológicas.	Gran demanda de recurso en Odontología, e Higienistas orales.	Se cuenta con unidades de RX periapicales en los tres Hospitales locales y permite Mejorar la calidad del servicio.	El riesgo que genera no contar con personal idóneo para la prestación del servicio.
	Hay sobrecarga laboral cuando se asigna urgencias, mas Hospitalización y consulta externa a un solo medico.	Es la única institución prestadora de servicios de urgencias en la Región.	Puede contratar con todas las EPS de la región	Falta de oportunidad en la atención al paciente Hospitalizado y la interrupción de la consulta externa programada que generan insatisfacción en el usuario.
	Ausencia de programa de inducción en el servicio de urgencias	Cuenta con personal antiguo que conoce los procesos, conoce la norma y puede tener personal capacitado para brindar atención con calidad.	Socializar procesos y procedimientos de la IPS logrando adherencia a los mismos.	Insuficiencia de red e incumplimiento en estándares de oportunidad. *Incumplimiento a la normatividad vigente *Aumento en la frecuencia de renuncia del personal medico.

INFRAES TRUCTURA	Espacios muy reducidos que se congestionan fácilmente y no permiten separar ambientes ni privacidad en los procedimientos de reanimación.	Ser la única IPS que presta servicios de urgencias en la Región.	Cuenta con espacio físico para hacer ampliación.	Aumento del riesgo de accidente laboral y que se pierda la intimidad en el paciente.
	No cuenta con estación de enfermería acorde a la normatividad vigente.	Adecuar infraestructura para cumplir con estándares de habilitación.	Es el único prestador y monopoliza los recursos de las EPS.	Incrementa el riesgo para el paciente por falta de monitoria de enfermería debido al desplazamiento del personal a otras áreas para cumplir con procedimientos de asepsia y antisepsia de equipos.
	No cuenta con un cuarto sucio para el lavado de material ni los insumos para realizar un proceso adecuado de asepsia y antisepsia.	Implementar las normas de bioseguridad, asepsia y antisepsia y procesos de esterilización en los servicios.	Los funcionarios conocen los procedimientos a realizar.	Incrementa el riesgo de infección cruzada por inadecuado proceso de asepsia y antisepsia.
	No cuenta con sala para rehidratación de pacientes, cuya consulta es frecuente	Cuenta con espacios disponibles en otras áreas del Hospital que se pueden readecuar	Utilizar espacios que se quedaron en desuso al modificarse el proyecto de ESE.	falta de oportunidad y calidad en el procedimiento de rehidratación

INFRAESTRUC-TURA	No cuenta con sala de atención a enfermedades respiratorias	Es el único servicio de urgencias habilitado en cada municipio, por tanto recibe toda la demanda del mismo.	Cuenta con nebulizadores e insumos y personal capacitado para realizar el procedimiento	Incremento de urgencias y Hospitalización por enfermedad respiratoria prevenible
	Los techos presentan goteras y humedad	Son daños en infraestructura factibles de arreglar con costos moderados	Cuenta con recurso humano disponible y capacitado.	Generan riesgo para el usuario durante su atención y deterioran la imagen de la institución
DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO	Dotación de carros de paro insuficientes en equipos e insumos	Se cuenta con elementos básicos de reanimación aunque sea en escasa cantidad	Mejorar el estado y la cantidad de los elementos necesarios para el proceso de reanimación de pacientes	No se preste el servicio pertinente al caso del paciente y se generen demandas por negligencia médica.
	No cuenta con camillas adecuadas, no son rodantes, no tienen barandas, están oxidadas.	Dotar el área de urgencias con elementos que garanticen seguridad al paciente	Se cuenta con el apoyo de la gerencia para mejorar los servicios.	Glosas en los contratos de capitación por falta de calidad en la prestación del servicio y falta de oportunidad en la atención del paciente.

DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO	Carece de elementos para inmovilización de pacientes	Se conoce el procedimiento de inmovilización por parte de los profesionales	Disminuir las complicaciones por inadecuado proceso de inmovilización del usuario	Incremento en el número de remisiones susceptibles de manejo en el primer nivel de complejidad
	Vehículos en mal estado que no garantizan oportunidad ni seguridad durante el traslado asistencial.	Se cuenta con el apoyo de los vehículos de todos los puntos de atención	Generar proyectos para adquirir parque automotor con los entes gubernamentales y no gubernamentales.	Glosas por falta de resolutivez de las urgencias de primer nivel
	No cuenta con disponibilidad de imágenes diagnósticas para la resolución de urgencias las 24 horas en todos los puntos de atención.	Cuenta con área y equipo de RX en dos de los puntos de atención de la ESE que pueden satisfacer la necesidad de los tres centros Hospitalarios que hacen parte de la ESE Norte 2.		Incrementa el número de remisiones innecesarias al segundo nivel de atención generando glosas por falta de resolutivez en el primero.

ATENCION AL USUARIO	Falta de educación del usuario para utilizar adecuadamente el servicio de urgencias	Se cuenta con organizaciones que manejan diversos proyectos en el municipio y pueden difundir educación a la población.	Mejorar la difusión de derechos y deberes de los usuarios y motivar la participación de asociación de usuarios.	Insatisfacción del usuario por falta de atención en urgencias.
	Falta de oportunidad en consulta externa que congestiona el servicio de urgencias con consultas prioritarias	Contar con facturador las 24 horas.	Facturar servicios de consulta externa en horas nocturnas y festivas	Disminuye la oportunidad de atención a usuarios triage uno y dos.
	No cuenta con proceso organizado para la atención del usuario en sus tres puntos de atención.	Elaborar procesos de atención al usuario en los tres centros de atención que conforman la ESE Norte 2 de tal manera que se adecuen a cada una de sus comunidades.	Se cuenta con el manual de atención al usuario para actualizarlo, socializarlo y aplicarlo	Incumplir a un proceso prioritario de habilitación que es de seguimiento de los entes de control.
	Falta de atención a prioritarios desde la consulta externa	Puede realizarse con el mismo personal que labora en consulta externa, previo filtro por un profesional de enfermería.	Crear un servicio rápido de atención de consulta prioritaria	Haya inadecuada interpretación de un caso prioritario que realmente requiera atención de urgencias.

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	No hay guías de atención ni protocolos	Cuenta con recurso humano profesional para la realización de guías y protocolos, tiene equipos disponibles.	Cuenta con recursos para gestionar la documentación, socialización e implementación de las guías y protocolos.	Que se paguen recursos muy altos en demandas a favor de usuarios, ya que por falta de argumentos en la prestación del servicio, cuyo soporte es el protocolo y el seguimiento en la aplicación.
AUDITORIA INTERNA	No tiene herramientas de captura de indicadores de uso y frecuencia, indicadores de calidad de la circular 030.	Se cuenta con profesionales en servicio social obligatorio comprometidos con la aplicación de la normatividad vigente.	Mejorar los porcentajes de capitación o la toma de decisiones frente a la modalidad de contratación.	No hay soportes para negociar la contratación de servicios con las EPS, lo que genera aceptación de ofertas bajas para la ESE.
	No hay auditoría interna de procesos y procedimientos	Crear auditoría interna	Cuenta con recurso humano profesional certificado en auditoría y gestión de la calidad.	No se cumpla con lo establecido en los protocolos y guías de atención, generando glosas innecesarias y demandas por falta de pertinencia.

18. MATRIZ DE PRIORIZACION SEGÚN DOFA ANTERIOR

FACTORES QUE CONDICIONAN O HACEN CRITICA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIOS DE LA ESE NORTE 2 EN SUS TRES GRANDES PROCESOS DEL PROYECTO.

FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO						
Factor o proceso	Impacto en el usuario	Impacto financiero para la IPS o cliente interno	Impacto en la imagen corporativa de la IPS	Compromiso e identidad institucional del cliente interno	Estandarización de procesos del SOGC	Total procesos
Proceso atención consulta externa	4	5	5	5	4	2000
Proceso atención Promoción y Prevención.	3	5	3	5	3	675
Proceso atención urgencias y Hospitalización.	5	3	4	5	5	1500
TOTAL FACTOR DE ÉXITO	12	12	12	15	13	

CALIFICACIÓN: Para esta puntuación de la priorización se tomará una puntuación de 1 a 5 , siendo 1 el menor puntaje de calificación interpretado como factor positivo frente al cumplimiento y 5 el mayor puntaje interpretado como el mas negativo en el impacto del cumplimiento del factor de éxito, en consecuencia se priorizará de mayor a menor puntaje obtenido.

RESUMEN MATRIZ DE PRIORIZACION

Después de hacer la matriz por proceso de atención se observa que de acuerdo al mayor puntaje obtenido se debe intervenir primero el proceso de consulta externa, seguido de urgencias y Hospitalización y finalmente promoción y prevención.

El grupo decidió analizar los factores internos y externos que estaban afectando la prestación de los servicios en los dos primeros procesos, para ello se revisó un listado de factores que se puntuaron en relación a su impacto en los factores críticos de éxito del proceso, situación que permitió identificar los factores que desde el nivel gerencial se deben intervenir para garantizar los recursos necesarios y poder cumplir con las expectativas del cliente tanto interno como externo.

Las modificaciones a realizar comprometen directamente el nivel gerencial dado que es el quien debe justificar la necesidad de hacer cambios en el proyecto de ESE hasta la fecha establecido.

Los resultados de la evaluación de factores en cada proceso se observa a continuación:

18.1 FACTORES QUE CONDICIONAN O HACEN CRITICA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LA ESE NORTE 2

Factor O Proceso	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO					Total procesos
	Impacto en el usuario	Impacto financiero para la IPS o cliente interno	Impacto en la imagen corporativa de la IPS	compromiso e identidad institucional del cliente interno	Estandarización de procesos del SOGC	
Recurso Humano	5	5	4	5	4	2000
Adecuación de infraestructura	4	5	4	4	4	1280
Dotación y mantenimiento	5	5	4	4	4	1600
Documentación de guías y protocolos	3	3	4	5	5	900
SIAU	5	2	5	3	5	750
Historia Clínica y registros asistenciales.	4	5	2	4	5	800
Cumplimiento de metas de p y p	3	5	3	5	3	675
Implementación y funcionamiento de comités obligatorios	3	3	4	4	5	720
Seguimiento a indicadores trazadores	3	3	3	3	4	324
TOTAL FACTOR DE ÉXITO	32	33	30	34	35	

CALIFICACIÓN: Para esta puntuación de la priorización se tomará una puntuación de 1 a 5 , siendo 1 el menor puntaje de calificación interpretado como factor positivo frente al cumplimiento y 5 el mayor puntaje interpretado como el mas negativo en el impacto del cumplimiento del factor de éxito, en consecuencia se priorizará de mayor a menor puntaje obtenido.

18.2 FACTORES QUE CONDICIONAN O HACEN CRITICA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN DE LA ESE NORTE 2

Factor O procesos	FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO					Total procesos
	Impacto en el usuario	Impacto financiero para la IPS o cliente interno	Impacto en la imagen corporativa de la IPS	Compromiso e identidad institucional del cliente interno	Estandarización de procesos del SOGC	
Recurso Humano	5	3	4	3	4	720
Adecuación de infraestructura	4	4	3	3	4	576
Dotación y mantenimiento	5	5	4	4	5	2000
Documentación de guías y protocolos	2	3	3	4	5	360
Disponibilidad de ayudas diagnosticas	5	4	4	5	4	1600
Historia Clínica y registros asistenciales.	4	3	2	4	5	480
Implementación y funcionamiento de comités obligatorios	2	2	3	4	5	240
Proceso de referencia y contrarreferencia	5	4	3	3	5	900
Carencia de auditoria interna en el servicio de urgencias	1	3	2	3	4	72
TOTAL FACTOR DE ÉXITO	33	31	28	33	41	

CALIFICACIÓN: Para esta puntuación de la priorización se tomará una puntuación de 1 a 5 , siendo 1 el menor puntaje de calificación interpretado como factor positivo frente al cumplimiento y 5 el mayor puntaje interpretado como el mas negativo en el impacto del cumplimiento del factor de éxito, en consecuencia se priorizará de mayor a menor puntaje obtenido.

Después de evaluar los factores que intervienen en los procesos de atención se observa que:

- En el proceso de atención de consulta externa el factor crítico a intervenir es el recurso humano, el cual es insuficiente para desarrollar todas las actividades que dicho proceso requiere, incluye la atención extramural.
- En el proceso de atención de urgencias y Hospitalización el hallazgo mas relevante está en dotación y mantenimiento que es insuficiente, incluye el servicio de ambulancias para el traslado asistencial básico, seguido de la falta de disponibilidad de ayudas diagnosticas. El proceso de referencia y contrarreferencia ocupa el tercer lugar pero está directamente relacionado con la falta de ambulancias en buen estado y de recurso humano disponible para su acompañamiento.

19. LEVANTAMIENTO DE GUIAS Y PROTOCOLOS

En relación al levantamiento de guías y protocolos se evidenció que se hacía necesario hacer las guías medicas de urgencias, Hospitalización y consulta externa ya que ningún punto de atención contaba con estos documentos y que se debía unificar criterios para la ESE teniendo en cuenta que la morbilidad no era igual en los tres municipios. Fue así como se definió que de acuerdo a las pautas entregadas se documentaria las diez primeras guías de atención que fueron realizadas por los médicos vinculados a la institución para que quedaran con criterios de manejo actualizados acorde a lo que actualmente están realizando.

En relación a protocolos se asesoró la documentación de los protocolos más frecuentes por enfermería, odontología, laboratorio, farmacia, archivo y atención al usuario en los diferentes servicios de la institución los cuales fueron revisados por los profesionales vinculados a la institución.

Las guías y protocolos describen los procedimientos como se realizan al interior de la institución y fueron objeto de múltiples revisiones con la participación de los profesionales y funcionarios que se desempeñan en los diferentes servicios, luego fueron revisados por auditoria y finalmente se aprobaron por la gerencia de la institución.

Los protocolos y guías de atención ya aprobados fueron socializados por los coordinadores de cada área al interior de cada punto de atención y se encuentran en implementación en los diferentes servicios de la institución.

En relación a Promoción y Prevención se hace claridad que estos programas cuentan con guías y normas técnicas establecidas por el Ministerio de la Protección social que deben ser adoptadas e implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud, motivo por el cual la ESE NORTE 2 sacó resolución de adopción y las ha implementado en cada punto de atención.

Para el caso de las guías de atención en vigilancia epidemiológica se adoptaron las guías del ministerio de la protección social dentro del programa "SIVIGILA". Teniendo en cuenta que las guías y protocolos establecidos por la institución son documentos propios que no deben salir de la institución, no se anexan copias al presente trabajo y solo en caso de ser solicitados por los jurados se procederá a mostrar los manuales en físico.

20. COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO

Para el caso de los comités de obligatorio cumplimiento que hacen parte de los procesos prioritarios asistenciales se conformaron los comités de historia clínica y COVE en cada punto de atención y el de auditoria y calidad.

A la fecha de entrega del presente trabajo quedan pendientes los comités de infecciones, ética y farmacia, los cuales deben conformarse.

Ç

CONCLUSIONES

- Se revisó el proyecto de creación de la ESE NORTE 2, el convenio de desempeño con el Departamento del Cauca con todo el personal de la institución.
- Se socializó la Resolución 1043 de 2006 y su anexo técnico 1 dejando al personal sensibilizado sobre el cumplimiento de la misma.
- Se hizo auto evaluación en cada uno de los puntos de atención de la ESE NORTE 2, aplicando el anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006, hubo participación de coordinadores de punto y líderes de cada área o servicio, con los hallazgos se formuló el plan de mejoramiento en el formato 5W1H que se dejó en cada punto de atención.
- Se hizo unificación del plan de mejoramiento formato 5W1H para evidenciar las falencias en general de la ESE NORTE 2 y mostrar a la gerencia todas las falencias y las acciones correctivas a desarrollar para que se ajuste técnica y presupuestamente para poder cumplir.
- Se elaboró la matriz DOFA en la ESE NORTE 2 con el apoyo de todo el personal, con el fin de identificar los factores que influyen o afectan la prestación de los servicios de acuerdo a planteado por el proyecto de creación de la ESE.
- Según hallazgos de la matriz DOFA se elaboró matriz de priorización para los servicios de Consulta externa, Urgencias y Hospitalización, encontrando que el Recurso humano es uno de los factores que mas afecta la prestación de estos servicios por considerarse insuficiente para desarrollar todas las actividades que dichos procesos requieren.
- Se hizo acompañamiento y accesoria en la elaboración de guías y protocolos en cada servicio de la institución acorde a lo definido en los estándares de habilitación de la Resolución 1043 de 2006.
- La implementación del sistema obligatorio de la garantía de la calidad es un proceso de mejoramiento continuo, por lo cual es necesario adoptar una actitud de calidad en todos los miembros de la ESE NORTE 2 para facilitar el verdadero trabajo en equipo, generando una política institucional de calidad desde la gerencia hacia los demás miembros de la organización.
- El trabajo en equipo y la participación del funcionario que ejecuta la acción son factores fundamentales para la implementación del SGOC y el mejoramiento continuo de una institución.

LOGROS

- Se dejan conformados los comités de obligatorio cumplimiento mediante acto administrativo así:
 1. Comité de Historias Clínicas, conformado mediante acta No 08 Punto de atención Corinto, acta No 02 Punto de atención Miranda y acta No 09 Punto de atención Caloto.
 2. Comité de Vigilancia Epidemiológica COVE: Conformado mediante acta No 010 Punto de atención Corinto, Acta No 04 Punto de atención Miranda y acta No 011 Punto de atención Caloto.
 3. Comité de Auditoría y Calidad para los puntos de atención mediante acta 09 para Corinto, acta 03 para Miranda y acta No 010 para Caloto.
- Durante la realización del trabajo se logró que la ESE NORTE 2 contara con los protocolos de enfermería mas utilizados en la institución, protocolo de custodia de HC, protocolo de atención en farmacia, Protocolo de atención en urgencias, Protocolos de P y P adoptados de la Resolución 412 de 2000 mediante acto administrativo.
- Durante la realización del trabajo se logró que la ESE NORTE 2 contara con protocolo de atención al usuario, el cual contempló la unificación de la encuesta de satisfacción y el formato de quejas y reclamos.
- Durante la realización del trabajo se brindó capacitación a los funcionarios asignados al SIAU sobre el proceso de atención al usuario y la ESE NORTE 2 implementó el proceso completo de atención al usuario en los tres puntos de atención acorde a lo sugerido en ésta práctica.
- Se participó en la estandarización de formatos de HC para la ESE NORTE 2, incluyendo consentimiento informado en procedimientos bajo anestesia.
- Al finalizar el trabajo se realizó la visita de la secretaría de salud departamental al punto de atención Miranda y se presentaron todos los protocolos levantados a la fecha, el plan de mejoramiento sobre estándares de habilitación, las hojas de vida del personal organizadas, las hojas de vida y el cronograma de mantenimiento preventivo de todos los equipos, documentos que fueron revisados y cuyas sugerencias estaban relacionadas con la falta de socialización.

A la fecha de sustentación del presente trabajo se logró en la ESE NORTE 2 la implementación del protocolo de seguimiento a eventos adversos que incluye el formato de reporte, el formato de análisis del evento y el plan de mejoramiento, de igual manera se logró la unificación de herramienta primaria para captura de indicadores que consolidara información de Calidad y e indicadores de gestión.

SUGERENCIAS

- Continuar con el levantamiento de Guías y Protocolos en los servicios faltantes.
- Socializar las guías y protocolos dejando evidencia de dichas capacitaciones.
- Hacer cursos de inducción a los funcionarios nuevos para que se familiaricen con los procesos establecidos por la institución.
- Crear cultura de información del evento adverso para lograr identificar verdaderamente la presencia o no de los mismos.
- Implementar educación continua acorde a las fallas detectadas y hacer seguimiento a la adherencia a guías y protocolos establecidos.
- Crear los comités faltantes y hacerlos operativos, dejando evidencia de hallazgos y acciones correctivas tomadas.
- La ESE NORTE 2 debe dar continuidad al trabajo iniciado mediante la implementación de herramientas para captura de información de indicadores y verificación de procedimientos, al igual que el seguimiento de eventos adversos.
- La ESE NORTE 2 debe continuar con la identificación y autoevaluación de las fallas de calidad para establecer en el PAMEC las acciones correctivas que le permitan eliminar las brechas en el cumplimiento de la calidad esperada.
- Se debe establecer auditoría interna que permita el seguimiento de adherencia a procesos, procedimientos, guías y protocolos en procura de lograr el mejoramiento continuo del sistema único de habilitación.

ANEXOS EN MEDIO MAGNETICOFORMATO PDF

Anexo No 1: Formatos de autoevaluación del anexo técnico 1 de la resolución 1043 de los tres puntos de atención de la ESE NORTE 2.

Anexo No 2: Plan de mejoramiento en formato 5W1H para los tres puntos de Atención Caloto, Corinto y Miranda.

Anexo No 3: Ficha bibliográfica

Anexo No 4: Copia Original “Implementación del Sistema único de habilitación como un componente del sistema obligatorio de garantía de la calidad”.

ANEXOS EN MEDIO FISICO

Anexo A: Fotos de los protocolos de atención que se levantaron en la ese norte 2 durante la realización del trabajo.

Anexo B: Fotos de los formatos que hacen parte del protocolo de seguimiento al riesgo y evento adverso.

Anexo C: copia de formato para captura de información primaria de indicadores en consulta externa, odontología, imágenes diagnosticas, urgencias y hospitalización.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA O FUENTES DE INFORMACIÓN

- ✓ Asesores del Ministerio de la Protección Social
- ✓ Asesoría de instituciones ya visitadas
- ✓ Asesoría de las diferentes EPS que visitan la institución y dejan planes de mejoramiento.
- ✓ Biblioteca virtual del Ministerio de la Protección Social
- ✓ Decreto 1011 de 2006 con todos sus anexos
- ✓ Manuales del Ministerio de la PROTECCIÓN SOCIAL para realizar PAMEC, manual de Pautas de auditoria para el mejoramiento de la Calidad.
- ✓ Manuales de la antigua unidad nivel I de Caldon

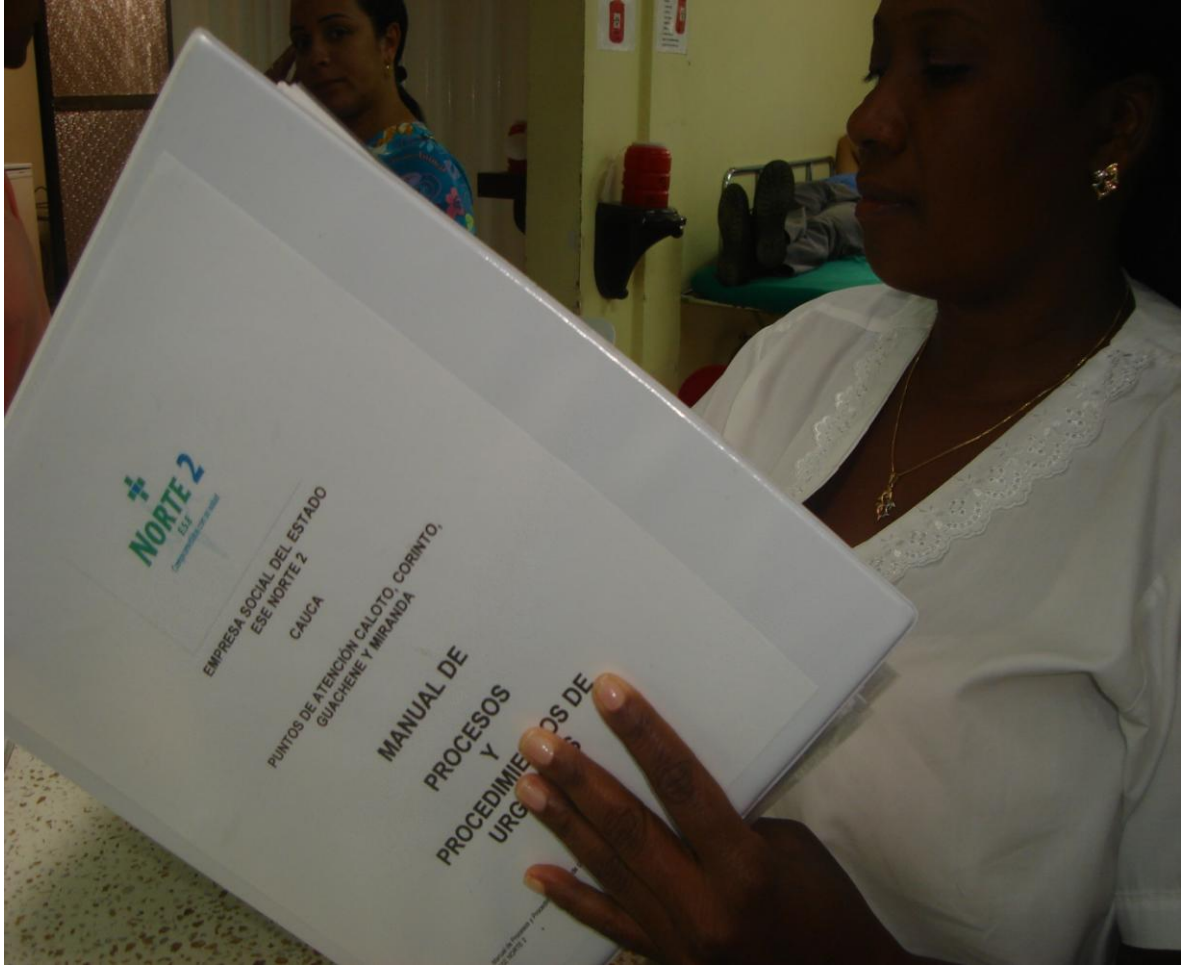
ANEXOS

ANEXO A.

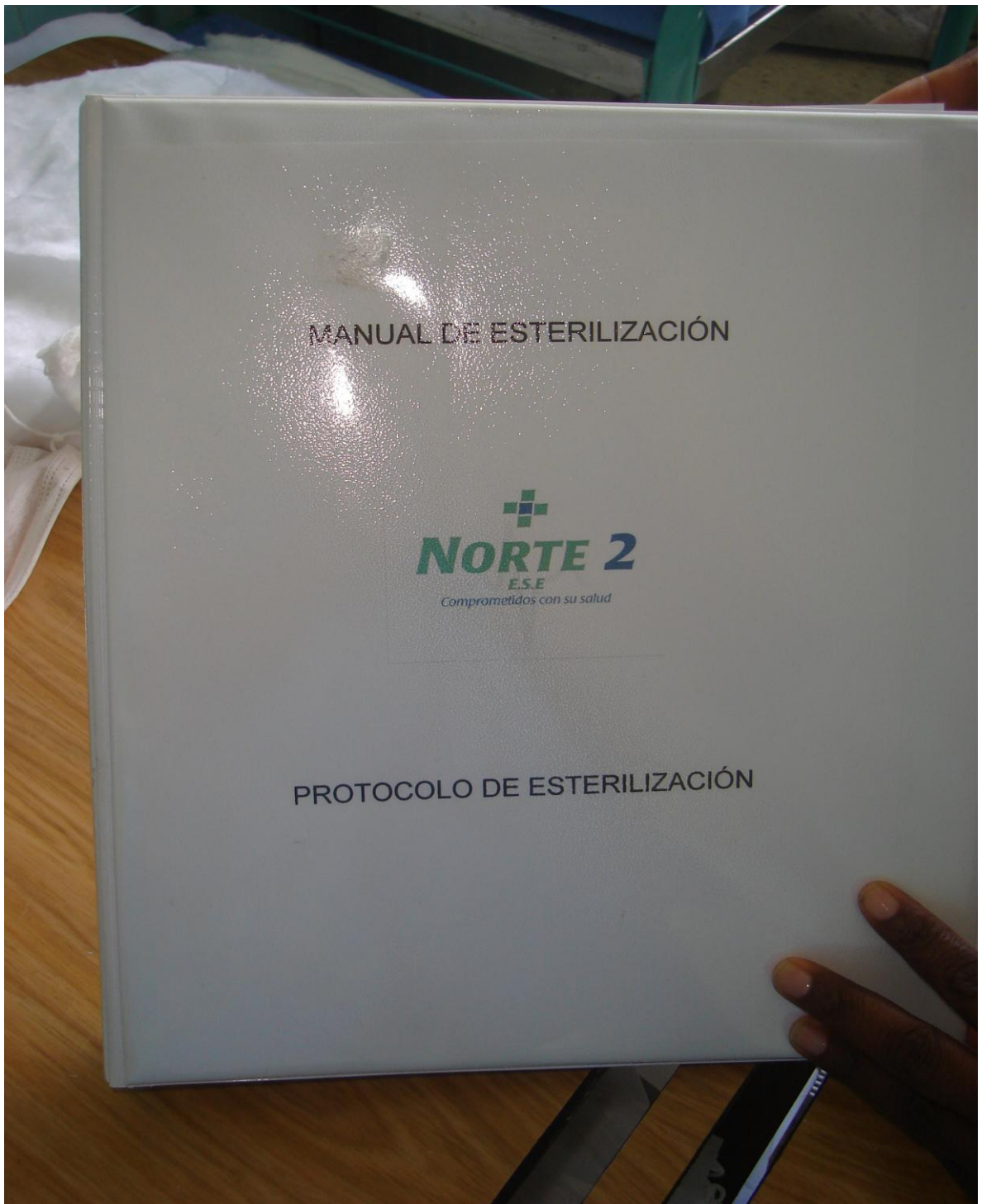
Anexo 1. Protocolo de manejo y custodia de historias clinicas



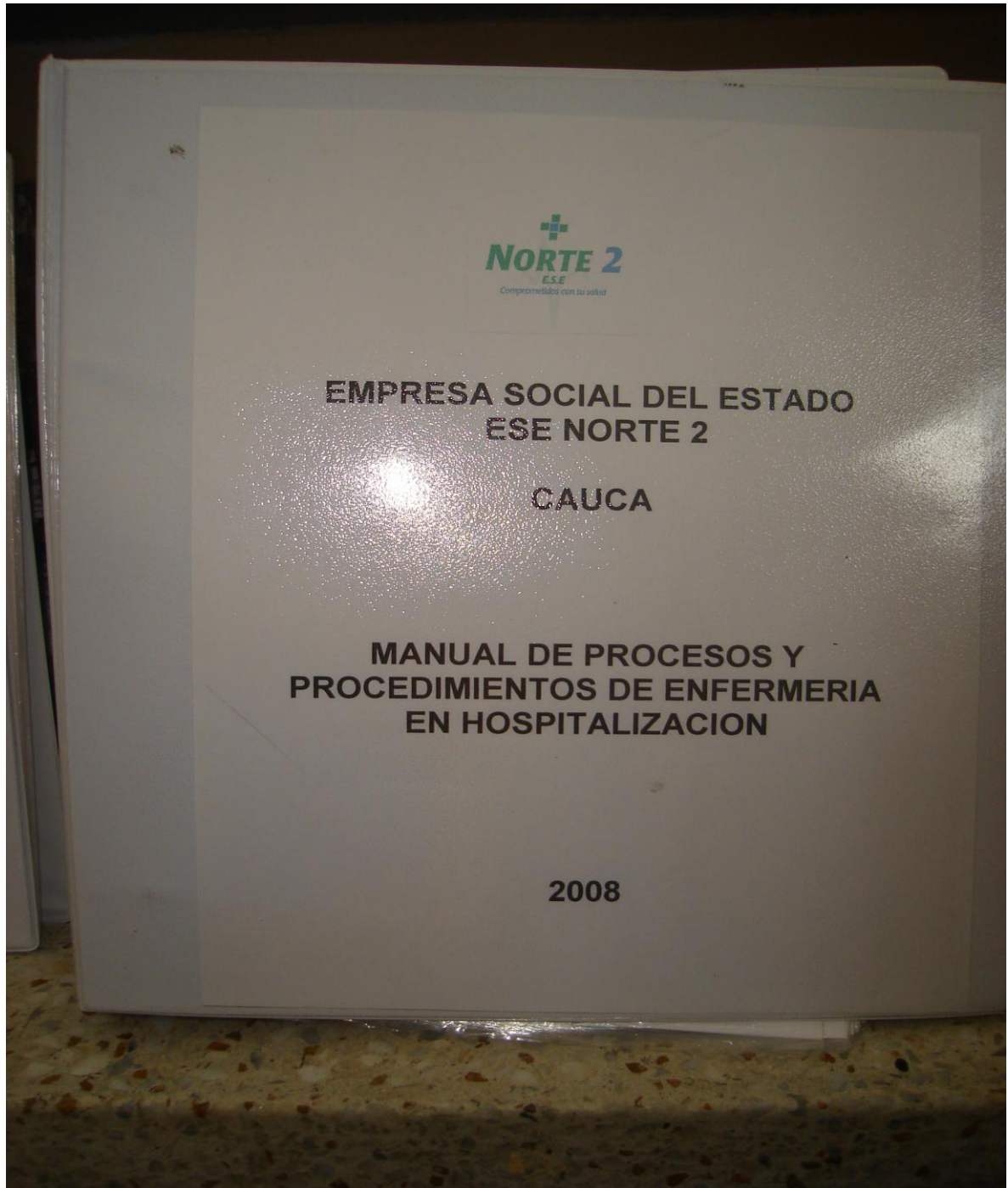
Anexo 2. Manual de procesos y procedimientos de urgencias.



Anexo 3. Manual de Esterilizacion



Anexo 4. Manual de procesos y procedimientos de enfermería en Hospitalización.





PROCEDIMIENTOS PARA LOS
PROGRAMAS DE PROMOCIÓN
Y PREVENCIÓN

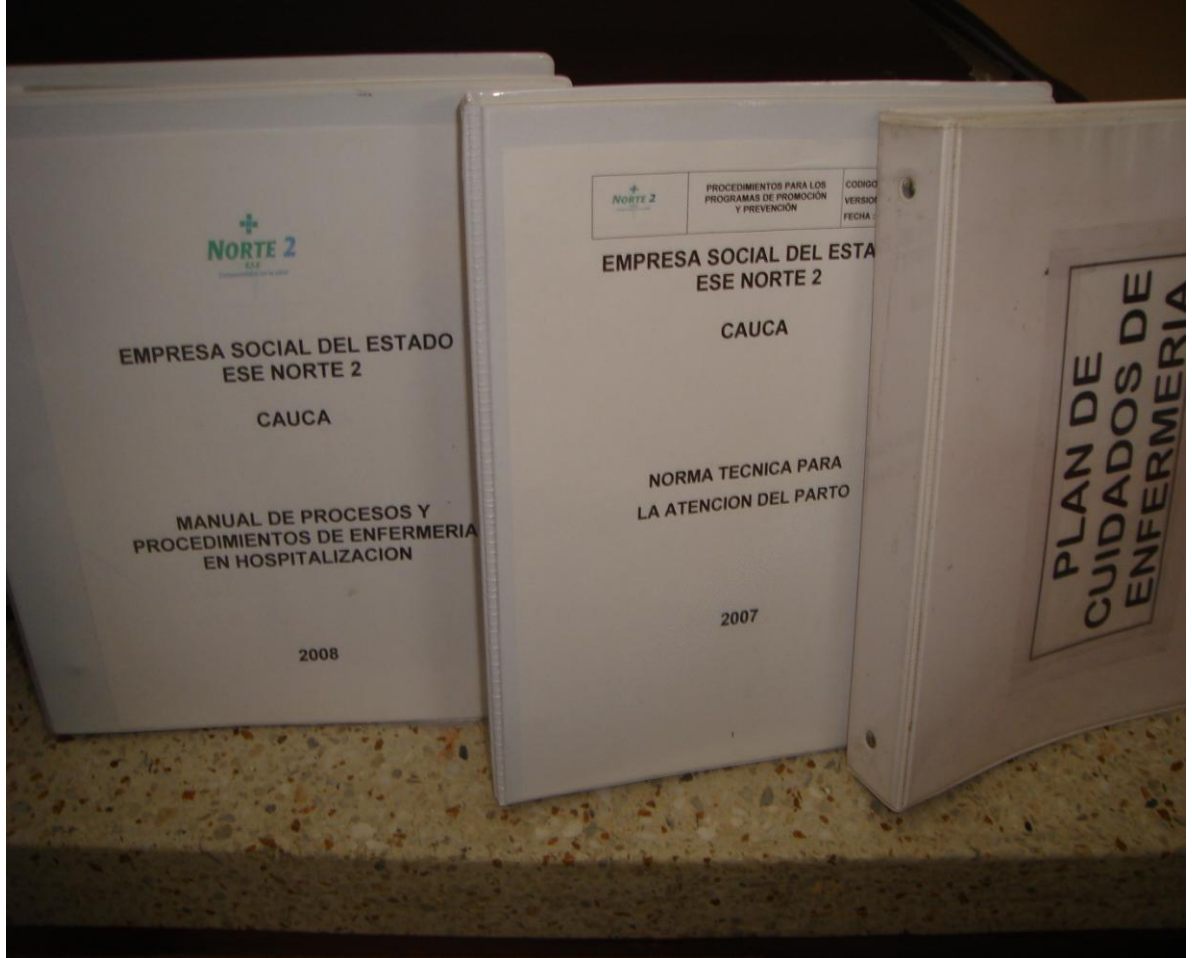
CODIGO : PARTO
VERSION : N° 1.0
FECHA : 20/12/2007

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 2

CAUCA

MANUAL TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO

2007

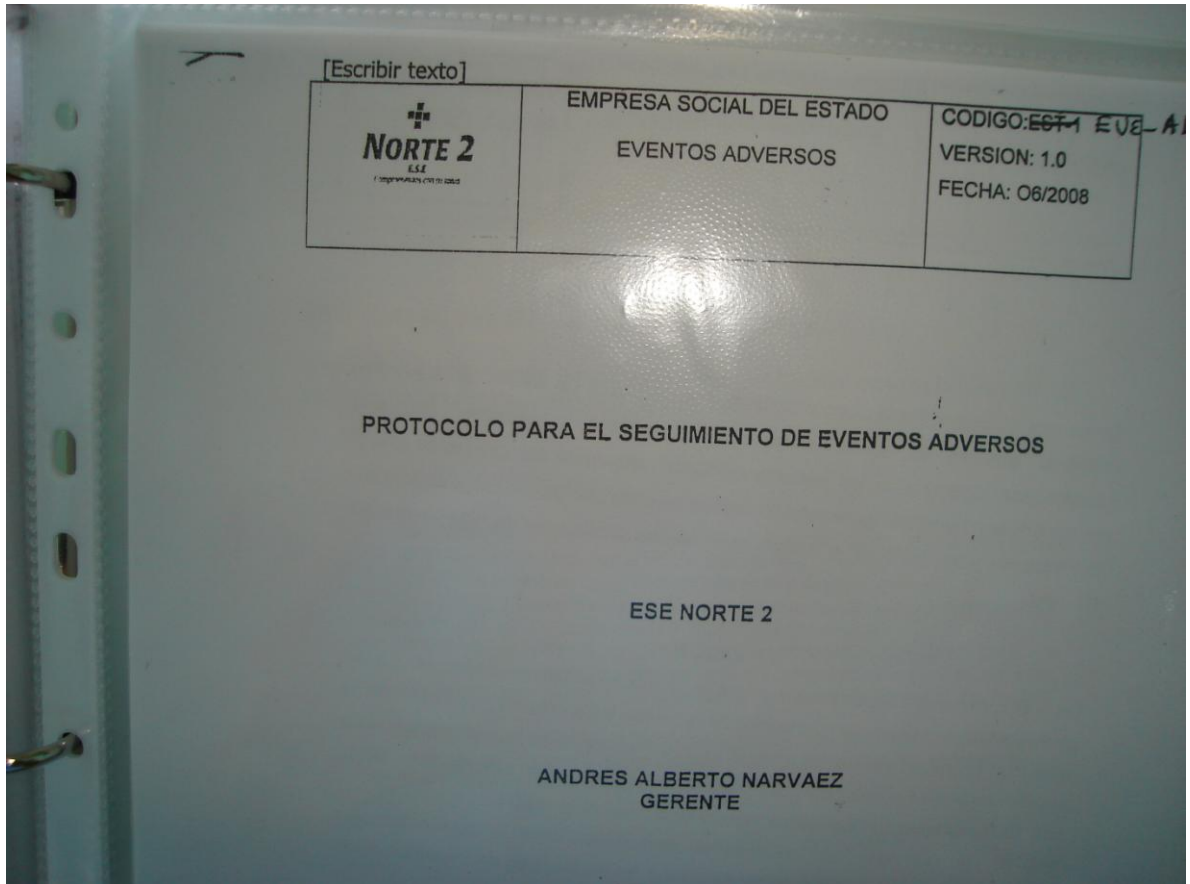


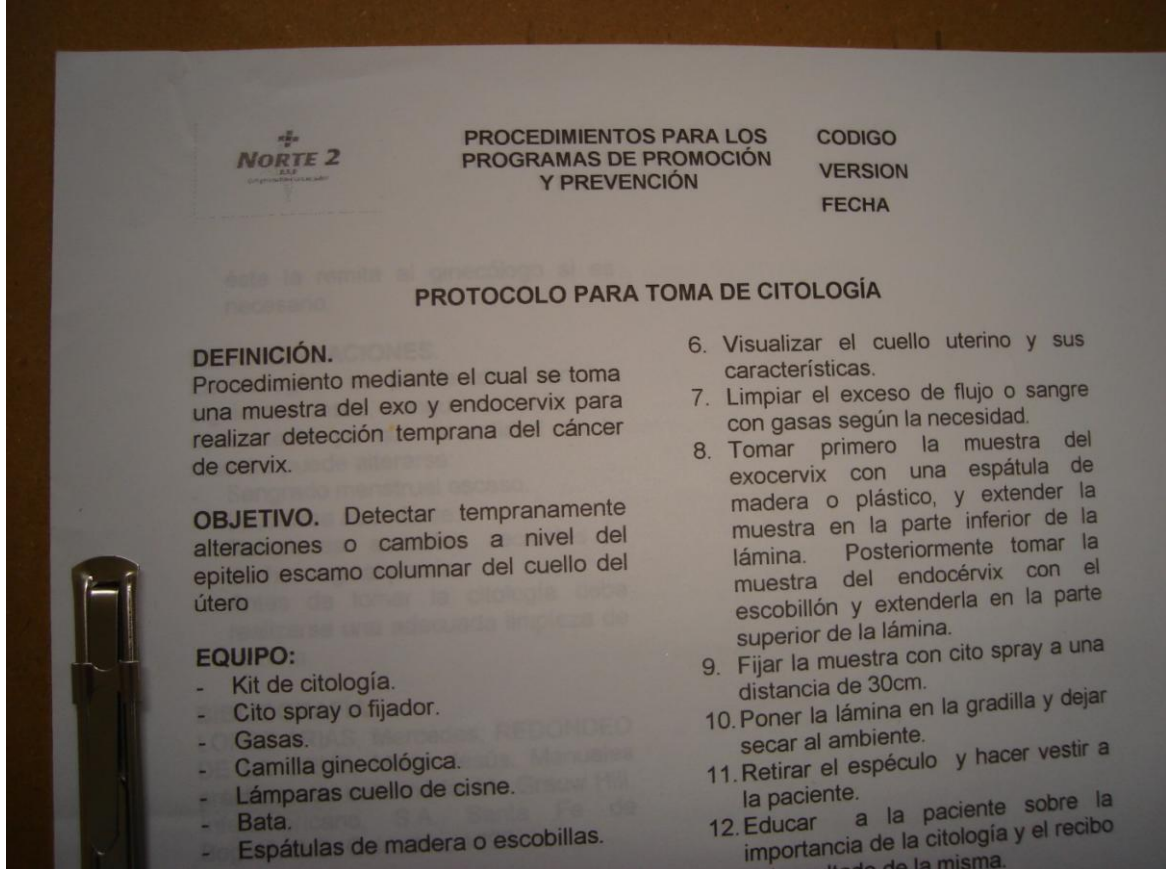
Anexo 5. Manual de Odontología



ANEXO B.

Anexo 1. Protocolo de seguimiento al riesgo y evento adverso





ANEXO C.

Anexo 1. Formato paracaptura de información primaria de indicadores en consulta externa, odontología e imágenes diagnosticas, urgencias y hospitalización (ver cuadros anexos a continuación)

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 2 CALOTO, GUACHENE, CORINTO Y MIRANDA

FUENTE PRIMARIA CAPACION DE INDICADOR OPORTUNIDAD EN ASIGNACION CITAS DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS

FORMATO INDIC-030-06

Fecha de Solicitud del Servicio	Mecanismo		Nombre y Apellido	Identificación	EPS	Fecha de Asignación de Prestación del Servicio	Total días esperados desde la solicitud	No. Pacientes que no alcanzaron cita	No. Placas tomadas	No. Placas dañadas
	D/M/A	Cita Diaria								

**ESTUDIANTES COLEGIO ESCIPION JARAMILLO
LABOR SOCIAL**

Fecha	Nombre de la Alumna	Hora de Llegada	Hora de Salida	Firma de la persona que verifica

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE NORTE 2

No. Factura	Identificación	Nombres y Apellidos	Fecha Nacimiento	Sexo	Edad	Entidad	Descripción

