

**AUTOEVALUACION DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN LA ESE
CENTRO 2 PUNTO DE ATENCIÓN RIOBLANCO Y FORMULACION DE UN
PLAN DE MEJORA, AÑO 2011**

**ANGELA PATRICIA ANACONA ANACONA
ASTRID ELIANA BRAVO RENGIFO
CATHERINE DAYANA HOYOS MARTINEZ**

UNIVERSIDAD EAN

FACULTAD DE POSGRADOS

**AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON ENFASIS EN
EPIDEMIOLOGIA
POPAYAN
2011**

**AUTOEVALUACION DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN LA ESE
CENTRO 2 PUNTO DE ATENCIÓN RIOBLANCO Y FORMULACION DE UN
PLAN DE MEJORA, AÑO 2011**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO
PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y
GARANTÍA DE LA CALIDAD**

TUTORA:

**ZAMANDA CORREA
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**UNIVERSIDAD EAN
FACULTAD DE POSGRADOS
AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD CON ENFASIS EN
EPIDEMIOLOGIA**

**POPAYAN
2011**

AGRADECIMIENTOS

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniendo paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad. Está dedicada especialmente a:

Dios por llenar nuestras vidas de dicha y bendiciones, por darnos esta oportunidad y permitirnos lograr una meta más en nuestras carreras.

Nuestros padres, les agradecemos de todo corazón, por su amor cariño y apoyo, por guiarnos y acompañarnos en este camino; este trabajo es suyo.

Nuestros hermanos y hermanas, por su ánimo, por ser nuestra compañía incondicional.

Nuestra tutora y maestros por ser partícipes de nuestro desarrollo profesional, por brindarnos su conocimiento y consejos que finalmente nos permiten culminar este paso importante en nuestras vidas.

A todos mil gracias

TABLA DE CONTENIDO

1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
2	JUSTIFICACIÓN	10
3	OBJETIVOS	12
3.1	GENERAL.....	12
3.2	ESPECIFICOS.....	12
4	MARCO REFERENCIAL	13
4.1	MARCO CONTEXTUAL.....	13
4.1.1	Municipio de Sotará.....	13
4.1.2	Corregimiento de Rioblanco.....	13
4.1.3	Empresa Social del Estado ESE Centro 2.....	14
4.1.4	Direccionamiento en la calidad de la ESE Centro 2.....	18
4.2	MARCO TEORICO	20
4.2.1	Calidad de la atención en salud.....	21
4.2.2	Perspectiva de calidad en salud en Colombia Sistema General de Seguridad Social en Salud...23	
4.2.3	Estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud.....	26
4.2.4	Mejoramiento para la calidad.....	30
5	DISEÑO METODOLOGICO.....	32
5.1	TIPO DE ESTUDIO	32
5.2	PROCEDIMIENTO	32
5.3	INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	35
5.4	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ANALISIS.....	35
6	RESULTADOS Y ANALISIS	37
6.1	NORMATIVIDAD PARA REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN ..37	
6.2	ANÁLISIS DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE LA ESE CENTRO 2 PUNTO DE ATENCIÓN RIOBLANCO	38
6.3	ANALISIS DE HISTORIAS CLINICAS	56
6.4	PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS.....	58
6.5	PLAN DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION.....	60
7	CONCLUSIONES	61
8	BIBLIOGRAFIA.....	63
9	ANEXOS.....	64

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Servicios ofertados según punto de atención... ..	19
Tabla 2. Variables de autoevaluación de los estándares de habilitación.....	36
Tabla 3. Documentos normativos para la autoevaluación de estándares autoevaluación.....	37
Tabla 4. Porcentaje de cumplimiento y no cumplimiento de los estándares..	38
Tabla 5. Clasificación del componente médico en historias clínicas.....	55
Tabla 6. Clasificación del componente administrativo en historias clínicas...	56
Tabla 7. Calificación para priorización de variables.....	57

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfico 1. Municipio de Sotará.....	16
Gráfico 2. Corregimiento de Rioblanco.....	17
Gráfico 3. Municipios que conforman la ESE Centro 2.....	18
Gráfico 4. Recursos Humanos.....	39
Gráfico 5. Infraestructura y mantenimiento.....	40
Gráfico 6. Dotación y mantenimiento.....	43
Gráfico 7. Medicamentos y dispositivos médicos.....	45
Gráfico 8. Procesos prioritarios asistenciales.....	46
Gráfico 9. Historias clínicas.....	48
Gráfico 10. Interdependencia de servicios.....	49
Gráfico 11. Referencia y contra-referencia.....	50
Gráfico 12. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.....	51
Gráfico 13. Transporte asistencial básico.....	53

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. Manual único de estándares y verificación de estándares de cumplimiento	64
ANEXO 2. Manual único de estándares y verificación de estándares de no cumplimiento.....	64
ANEXO 3. Instrumento de evaluación de historias clínicas.....	65
ANEXO 4. Manual único de estándares y verificación de estándares de cumplimiento	66
ANEXO 5. Manual único de estándares y verificación de estándares de no cumplimiento.....	84
ANEXO 6. Instrumento de evaluación de historia clínica.....	101
ANEXO 7. Plan de mejoramiento.....	104
ANEXO 8. Ficha bibliográfica.....	105

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza la autoevaluación de los estándares de habilitación de la ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco, institución ubicada el Municipio de Sotará, donde se atiende a la población perteneciente al resguardo indígena Yanacona, según la resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007, por las cuales se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y con base en esta, se formula un plan de mejoramiento, de tal manera que se cumplan las condiciones tecnológicas y científicas, en la mencionada institución.

Se desarrolla mediante un estudio descriptivo de corte transversal, donde se aplica el manual único de estándares y verificación (anexo técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006), en el cual se establecen las condiciones que cumple, no cumple y no aplican en la institución, en cuanto a los estándares recurso humano, infraestructura, instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros asistenciales, interdependencia de servicios, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud.

Para el estándar relacionado con historias clínicas se diseña un instrumento en Excel el cual evalúa el componente medico y administrativo, basado en la resolución 1995 de 1999, que establece las normas para el manejo de historias clínicas en Colombia.

Se identifican las fortalezas y debilidades en cada uno de los estándares del sistema único de habilitación, herramienta que permite la formulación de un plan de mejoramiento con base en el manual para la elaboración de planes de mejoramiento del Ministerio de la Protección Social

Palabras Claves. Habilitación, Calidad, plan de mejoramiento

INTRODUCCION

En Colombia se han desarrollado a través del tiempo estrategias y políticas de garantía de la calidad en la atención en salud, establecida actualmente por el Decreto 1011 de 2006, que reglamenta la prestación de servicios bajo ciertas condiciones y la cual incorpora cuatro componentes: El sistema único de acreditación, el sistema de información, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, y el sistema único de habilitación.

El sistema único de habilitación es la base fundamental o imprescindible que plantea requisitos esenciales, establecidos en la resolución 1043 de 2006, que toda institución debe tener para la prestación de servicios, con el fin de lograr mayores beneficios en la atención del paciente con los menores riesgos.

Con base en el Sistema Único de Habilidadación, se realiza la autoevaluación para el proceso de habilitación de los estándares establecidos por la resolución 1043 de 2006, en la ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco, institución ubicada en el Municipio de Sotará, donde se atiende a la población perteneciente al resguardo indígena Yanacona que cuenta aproximadamente con 5.200 habitantes, con el fin de verificar y establecer el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema general de seguridad de salud, las cuales son de obligatorio cumplimiento para la prestación de servicios.

El evaluar las condiciones tecnológicas- científicas de habilitación, es decir la autoevaluación para el proceso de habilitación, permite identificar los criterios de cumplimiento, no cumplimiento y no aplicación, de las características de cada uno de los servicios que se van a habilitar, contra los estándares y criterios de habilitación, en los estándares básicos de estructura y de procesos como: recurso humano, infraestructura, dotación – mantenimiento, medicamentos, procesos prioritarios asistenciales, interdependencia de servicios, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación del servicio de salud e historias clínicas, para este último se realiza una auditoria basada en la aplicación de un instrumento en Excel que se desarrolla con base en la resolución 1995 de 1999, norma que establece su manejo y sus componentes.

El presente documento se desarrolla de la siguiente forma: Inicialmente se expone el contexto del trabajo que incluye el planteamiento y la formulación del problema, se justifica la importancia de su realización y se definen los objetivos que se pretenden lograr.

A continuación se presenta lo relacionado con el marco referencial en el cual se detalla el contexto de la entidad, los servicios que ofrece y su organización; y el marco teórico donde se exponen conceptos básicos para la realización del trabajo.

Posteriormente se explican y desarrollan los aspectos más relevantes de la metodología, el tipo de estudio y el procedimiento. Se presentan los resultados, con su respectivo análisis y conclusiones.

Finalmente se incluyen los anexos que corresponden a las tablas y cuadros que se utilizan para realizar la verificación de los servicios en formato Word; el instrumento que se utiliza para verificar las historias clínicas en formato Word. Y por último el plan de mejora, que colabore y dirija en este proceso de habilitación a la ESE Centro 2 punto de atención Rio Blanco.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la constitución el Estado Colombiano es el encargado de proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud de todas las personas residentes en Colombia, por lo que tiene a su cargo la organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos, entre ellos el de la atención en salud y saneamiento ambiental, así como su vigilancia y control, siendo su deber legal, la verificación de la calidad de estos servicios ofrecidos y prestados a la comunidad. Lo anterior, es el fundamento y la base para la creación de políticas, con el fin de que la prestación de servicios de salud se brinden con un enfoque de calidad, que ha ido cambiando y evolucionado en el tiempo, permitiendo introducir perspectivas integrales a la atención en salud para el desarrollo de una cultura de la calidad.

A pesar de que se ha formulado hace ya varios años un sistema Obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud (SOGCS) como parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en Colombia, mediante el Decreto 1011 de 2006, las instituciones prestadoras de servicios de salud aún no han garantizado el ingreso al sistema, que como su nombre lo precisa es obligatorio para la prestación de servicios de salud. La calidad de la atención en salud se refiere a la prestación de servicios de manera accesible y equitativa, con el propósito de lograr la satisfacción de los usuarios¹.

El sistema incluye entre sus componentes, el Sistema único de habilitación, que promueve la importancia de realizar auto y evaluaciones periódicas y continuas que permitan obtener un diagnóstico básico e identificar fallas de calidad, de tal manera que se puedan reducir los principales riesgos que amenazan la vida de los pacientes en el contexto de la prestación de los servicios de salud. Estas evaluaciones sistemáticas de calidad, basadas en el manual único de estándares y de verificación, anexo técnico No.1 de la Resolución 1043 de 2006, se llevan a cabo con el propósito de hacer ajustes y formular planes de mejoramiento a las condiciones y procesos institucionales, que posteriormente serán verificadas por entes externos (Entidades territoriales), encargados de otorgar a las instituciones el certificado de habilitación².

A pesar de existir amplia normatividad para la prestación de servicios con calidad, en Colombia y más específicamente en el departamento del Cauca, algunas IPS no han garantizado aún el ingreso al sistema obligatorio de garantía de calidad. La ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco Sotará no desarrolla auto evaluaciones periódicas y continuas que le permitan identificar fortalezas y

¹ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006.

² *Ibíd.*

debilidades para realizar un diagnóstico básico de las condiciones mínimas de calidad, con el fin de intervenirla y formular acciones para la alcanzar la certificación como IPS habilitada.

En la última visita realizada por la Secretaria Departamental de Salud en el mes de Julio de 2010, se evalúa que esta institución no cumple con todas las condiciones de capacidad tecnológica y científica, es decir con todos los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que presta, y que de acuerdo a la normatividad se consideran suficientes y necesarias para la prestación de servicios de salud: recurso humano, infraestructura, instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros asistenciales, interdependencia de servicios, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud.

Teniendo en cuenta que la ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco es la única institución que presta servicios de salud en esta localidad, ubicada en el Municipio de Sotará, donde se atiende a la población perteneciente al resguardo indígena Yanacona que cuenta aproximadamente con 5.200 habitantes, es imperativo que se inicien y desarrollen procesos de evaluación que conlleven a la prestación de servicios con calidad con un mínimo de riesgos, de tal manera que cuente con las condiciones que deben cumplir las IPS³ para habilitar sus servicios y lograr de esta manera la inclusión legal en el registro de prestadores de servicios de salud en el Departamento del Cauca, garantizando el mantenimiento y mejoramiento continuo de las condiciones de calidad.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo realizar el proceso de autoevaluación de los estándares de habilitación en salud en la ESE centro 2 punto de atención Rioblanco Sotará, y formular un plan de mejora de acuerdo a la normatividad vigente?

³ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

2 JUSTIFICACIÓN

Desde la introducción del concepto de calidad en salud y teniendo en cuenta la responsabilidad constitucional que el estado tiene para velar por ella, el enfoque/ orientación que se le ha dado a través del tiempo ha cambiado, permitiendo introducir perspectivas integrales a la atención en salud. En Colombia desde el año 1996 con el Decreto 2174 se empiezan a elaborar las primeras iniciativas, cuyo objetivo era garantizar parámetros mínimos de calidad de la atención en salud para el mejoramiento continuo de los servicios, y que en definitiva fuese la apertura de la promoción y desarrollo de una cultura de calidad; seis años después con el Decreto 2309 del 2002 se realizan definiciones y características de un sistema que empieza a establecerse como un Sistema Obligatorio de Garantía de calidad.

Solo hasta el año 2006, diez años después de la primera iniciativa (Decreto 2174), con el Decreto 1011 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus componentes: Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad y Sistema Único de Habilitación, que se amplía y desarrolla en resoluciones posteriores como la Resolución 1043 de 2006 , en donde se establecen las condiciones mínimas 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.

Partiendo de estos preceptos normativos el presente proyecto debela la importancia que tiene el cumplimiento de la norma para la colectividad, puesto que su objetivo es procurar la seguridad para los usuarios y sus familias frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud, es entonces, la responsabilidad de toda IPS, en este caso de la ESE Centro 2 punto de atención Rioblanco, brindar a la comunidad servicios con seguridad y compromiso dentro de un sistema que verifique y controle el cumplimiento de condiciones básicas en las que éstos se proporcionan.

Teniendo en cuenta que la ESE Centro 2 punto de atención Rioblanco es la única institución prestadora de servicios de salud en este sector que atiente a la población perteneciente al resguardo indígena Yanacona que cuenta aproximadamente con 5.200 habitantes, es de vital importancia que se desarrollen procesos encaminados a verificar y alcanzar condiciones de calidad para la prestación de servicios, ya que con ellos en esta comunidad se prestaran servicios con distintivos de excelencia, lo que incide en la minimización del riesgo, que se traduce finalmente como un beneficio fundamental y un impacto positivo para toda la sociedad Yanacona.

Este proyecto aporta un diagnóstico general de los servicios que brinda la ESE Centro 2 punto de atención Rioblanco, este diagnóstico se estableció a través del desarrollo de una autoevaluación mediante la aplicación de estándares de verificación del sistema único de habilitación según la resolución 1043 de 2006, esta autoevaluación estableció fortalezas y deficiencias de los servicios en lo referente con los diferentes componentes del sistema, con base a las deficiencias se formuló un plan de mejora con el fin de establecer las actividades orientadas hacia el cumplimiento de condiciones mínimas de calidad e inclusión en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

3 OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Realizar el proceso de autoevaluación de los estándares de habilitación en la ESE Centro 2 Punto de atención Rioblanco Sotará, con el fin de proponer un plan de mejoramiento para cada uno de los servicios.

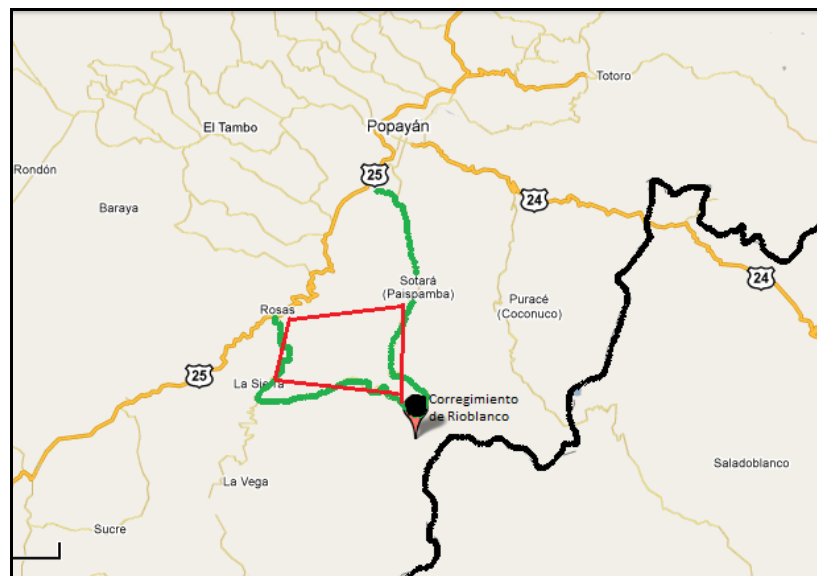
3.2 ESPECIFICOS

1. Autoevaluar los estándares de habilitación según la normatividad vigente en la ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco.
2. Identificar las fortalezas y debilidades en la prestación de los servicios frente a los estándares de habilitación en la ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco
3. Formular un plan de mejoramiento enfocado al cumplimiento de los estándares de habilitación según la res 1043 de 2006 en la ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco

Cordillera Central en las faldas del Volcán Sotará, sobre el área central del Macizo Colombiano cuna de los Andes y Estrella Fluvial Colombiana por dar origen a los ríos Patía, Cauca, Caquetá y Magdalena. Este territorio es compartido con los Resguardos Indígenas Yanaconas de Guachicono, Pancitará, Caquiona, San Sebastián, las Comunidades Civiles Indígenas del Oso, Frontino y El Moral, y las comunidades campesinas de los cinco municipios a los que administrativamente pertenecen: Almaguer, La Vega, San Sebastián, La Sierra y Sotará. La altura promedio es de 2.900 m.s.n.m.

Sus límites como corregimiento se definen así: al Norte con el corregimiento de Chapa, Municipio de Sotará y el Municipio de la Sierra; al Sur con el Resguardo de Guachicono - Municipio de La Vega; al Oriente con el Departamento del Huila y Occidente con el Resguardo de Guachicono y Corregimiento de Arbela - Municipio de la Vega⁶.

Gráfico 2. Corregimiento de Rioblanco



4.1.3 Empresa Social del Estado ESE Centro 2

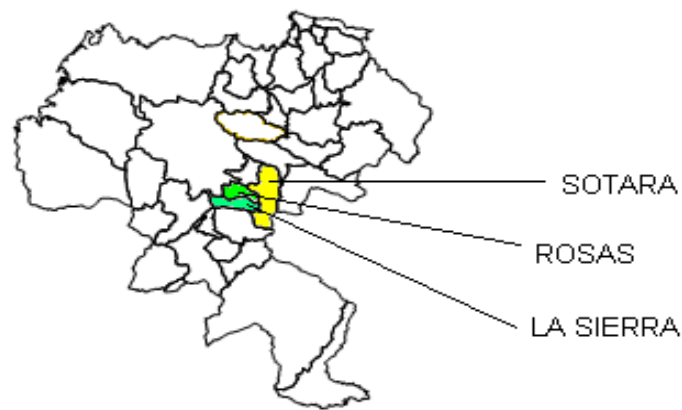
La Empresa Social del Estado ESE Centro 2, es una IPS que es la única IPS que presta servicios de salud en la comunidad de Sotará, esta IPS fue creada mediante Decreto No 0267 del 9 de Abril del 2007. Entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa cuyo objeto es la prestación de servicios de salud entendidos como un servicio público a cargo del

⁶ Rioblanco Territorio Sagrado del agua y templo biodiverso de la cultura ancestral Yanacona <http://www-mayesitiosturiisticos.blogspot.com/> Página 17

Departamento y como parte integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos principios básicos son la calidad y la eficiencia. Su jurisdicción es el territorio de los Municipios de Rosas, La Sierra y Sotará, ubicados en la zona centro del Departamento del Cauca, la E.S.E. tiene como su nodo administrativo en el Municipio de Rosas.

A la Población de los municipios La Sierra, Rosas y Sotará se le garantizar la prestación de servicios de salud del portafolio de baja complejidad tipo C que consiste en: consulta ambulatoria de medicina general, consulta odontológica, promoción y prevención, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, urgencias 24 horas, hospitalización, atención de partos y transporte asistencial básico.⁷

Gráfico 3. Municipios que conforman la ESE centro 2



DEPARTAMENTO DEL CAUCA

⁷ Página oficial ESE Centro dos <http://esecentro2.com/index.html>

Tabla 1. Servicios ofertados según punto de atención

SERVICIOS ASISTENCIALES DE BAJA COMPLEJIDAD	LA SIERRA	ROSAS	SOTARÁ
1.SERVICIOS AMBULATORIOS INTRA Y EXTRAMURALES (CONSULTAS, PROCEDIMIENTOS MEDICOS Y SALUD ORAL)	X	X	X
2. SERVICIO DE URGENCIAS	X	X	X
3. HOSPITALIZACIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD	X	X	X
4. ATENCION DE PARTOS	X	X	X
5. LABORATORIO BAJA COMPLEJIDAD	X	X	X
6. RADIOLOGIA BAJA COMPLEJIDAD			
7. SERVICIOS ECOGRAFIA OBSTETRICA AMBULATORIA	X	X	X
8. SERVICIOS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN Y PLAN DE SALUD PUBLICA	X	X	X
.TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO	X	X	X

Fuente: Página oficial ESE Centro dos <http://esecentro2.com/index.html>

Misión

Somos una IPS del primer nivel de atención de salud de los municipios de ROSAS, LA SIERRA Y SOTARA, que brinda servicios de fomento de salud, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad a nuestros usuarios, con calidad, talento humano responsable y capacitado en procesos de mejoramiento continuo, con desarrollo tecnológico necesario e infraestructura adecuada para responder a las expectativas de nuestros clientes y del Sistema General del Seguridad Social en Salud.

Visión

Ser la mejor Empresa Social del Estado del primer nivel de atención en salud de la región para el año 2012, que presta servicios integrales de salud con calidad, encaminados a ofrecer óptimos niveles de satisfacción a nuestros usuarios. También orientará la prestación de sus servicios esencialmente hacia la baja complejidad y apoyo diagnóstico, en consonancia con las necesidades epidemiológicas y sociales de la población, generando una estructura empresarial sólida que le garantizará competitividad dentro de la región, supervivencia en el tiempo y credibilidad institucional.

La visión de futuro se concreta en los siguientes Rasgos fundamentales:

En la Empresa

Ser una empresa que al prestar servicios de salud integre la rentabilidad económica con la calidad en la atención de sus usuarios, y ser considerada como la mejor alternativa en la aplicación de los programas de salud y atención y tratamiento de la enfermedad, en sus puntos de atención. Tener cobertura local creciente y presencia significativa en la región. Promover permanentemente la calidad y cultivar una filosofía del servicio basada en el desarrollo integral de sus trabajadores, de sus pacientes y familiares y de la sociedad que la circunda.

En la Prestación de Servicios

Entregarles a nuestros clientes externos como las EPS, usuarios, clientes internos, etc. servicios de calidad para llenar sus expectativas, que permita su adhesión permanente y creciente.

Fortalecer el proceso de aprendizaje recíproco en el diario actuar y en el desarrollo de todos sus programas.

Crear las mejores oportunidades de la prestación del servicio, establecer un permanente mejoramiento continuo en los procesos asistenciales y realizar una excelente gestión administrativa, desarrollando alianzas con las empresas contratantes y los municipios de su jurisdicción bajo un enfoque de integración de procesos y rentabilidad conjunta.

En los Procesos

Propender por la excelencia operativa en cada una de las áreas, adoptando las mejores prácticas médicas y administrativas y aplicando los principios de calidad y mejoramiento continuo. Apoyada en la tecnología y la actualización de conocimientos tanto del personal asistencial como administrativo, aplicados a generar eficiencia y valor percibido por los clientes externos, con énfasis en la reducción de trámites y la estandarización.

En el estilo de Gerenciar

Cultivar una visión compartida de la Empresa, con alto sentido estratégico en lo administrativo y asistencial, en la implementación, seguimiento, evaluación y mejoramiento. Practicar un estilo de gerencia humanista, centrado en los pacientes, cercano a los procesos, basado en resultados mostrados por los coordinadores de los puntos de atención y con respaldo en la toma de decisiones.

Tener en todas las actuaciones administrativas una clara fundamentación ética, basada en principios y valores coherentes con los objetivos estratégicos y con una

visión social centrada en el mejoramiento del estado de la salud de su población objeto.

En las Personas

Fomentar el desarrollo integral de los trabajadores de la Empresa y sus familias, creando ambientes alrededor del trabajo que estimulen la calidad de vida, el crecimiento personal, el aprendizaje y entrenamiento continuo, como base para producir desempeños de alto nivel, satisfacción laboral, sentido de pertenencia y relaciones armónicas entre todos los trabajadores.

En los Resultados

Ser la Empresa Social del Estado líder en la prestación de servicios de salud del primer nivel de complejidad en los 4 municipios que la integran con indicadores de calidad, productividad y rentabilidad competitivos frente a similares Empresas o IPSs de la localidad y de la región, lo que permita retribuir positivamente a las empresas contratantes y trabajadores, distinguirse por los aportes para mejorar condiciones de salud de la población más vulnerable asentada en su área de acción y mantener una alta capacidad de sostenibilidad técnica y financiera.

4.1.4 Direccionamiento en la calidad de la ESE Centro 2

Política de calidad

La Empresa Social del Estado Centro 2 ESE. Establece como política de Calidad: Garantizar servicios de salud a nuestros usuarios, con oportunidad, accesibilidad, pertinencia y eficacia, con procesos en mejoramiento continuo, procurando la mayor satisfacción de nuestros usuarios, generando el menor riesgo y el adecuado uso de sus recursos.

Objetivos de calidad

- Ajustar y adecuar los servicios a las necesidades de los usuarios, al perfil epidemiológico y al mercado de la región.
- Mejorar la satisfacción de los usuarios permaneciendo en niveles óptimos según los estándares nacionales
- Implementar el sistema de gestión de la calidad y articularlo con los sistemas afines como el sistema obligatorio de garantía de la calidad y MECI.

- Fortalecer las políticas del talento humano, enfocadas a los procesos y principios misionales.
- Estructurar un modelo de evaluación de procesos basado en el ciclo PHVA como estrategia del mejoramiento continuo

Valores Corporativos

Honestidad. Actuar de manera ideal con actitud, honradez y veracidad con el compromiso ético de no encubrir actos ilícitos. En la ESE Centro 2, el trato a los usuarios y clientes debe ser amable, ético, solidario, equitativo y honrado, con tolerancia y colaboración, reflejando un ambiente cordial; Suministrando información correcta, oportuna y veraz, buscando permanentemente su satisfacción personal.

Confidencialidad. Guardar estricta reserva en información que se tenga en el desempeño de las funciones.

Responsabilidad. Tener la capacidad de reconocer y aceptar las consecuencias de nuestras decisiones libremente. Es el deber de cumplir con el deber asignado aportando lo mejor de nosotros mismos.

La Empresa Social del Estado centro 2, se compromete a ejecutar un conjunto de prácticas de la organización que forman parte de su estrategia corporativa, y que tienen como fin evitar daños y/o producir beneficios para todas las partes interesadas en su actividad de empresa (clientes, empleados, comunidad, entorno, etc.), siguiendo fines racionales y que deben redundar en un beneficio tanto para la organización como para la sociedad.

La puntualidad y la planeación en todas las actividades de la Empresa Social del Estado centro 2, reflejan el compromiso institucional en la búsqueda del cumplimiento de sus objetivos y en la generación de un valor agregado al trabajo.

Respeto. Entender los intereses y necesidades de nuestros usuarios y fomentamos continuamente la aplicación bidireccional de este principio.

La Empresa Social del Estado centro 2 reconoce los derechos universales de las personas, trabajando en el día a día por el fortalecimiento y mejoramiento de su rol frente a la comunidad y grupos de interés.

El personal de la ESE Centro 2, genera empatía y comprensión con el usuario y el cliente interno, tratándolos con dignidad. Presta atención con amabilidad y oportunidad; Respeta la privacidad y la diversidad en cuanto al género, raza, cultura y condición social; Valora a las personas independientemente de la función

que desempeñan, entendiendo que cada aporte que realizan es importante para el desarrollo y crecimiento de la empresa y maneja sus problemas personales fuera del ambiente de trabajo.

Calidad. Brindamos servicios a nuestros usuarios enfocándonos en realizar lo correcto, de forma correcta, de tal manera que se maximicen los beneficios para su salud.

La Empresa Social del Estado centro 2 se compromete a orientar su gestión a la obtención de beneficios y resultados para la comunidad mediante el mejoramiento continuo de los procesos.

El personal de la ESE centro 2, realiza una búsqueda diaria de métodos para incentivar la calidad y la satisfacción del cliente con idoneidad y humanización; Tiene criterio propio y se responsabiliza de sus actividades; Prioriza la necesidad de prestación del servicio de salud de pacientes; Mantiene buenas relaciones con los pacientes y los compañeros de trabajo; Agiliza los servicios, conoce los procesos y procedimientos de acuerdo a la norma para realizar una adecuada prestación del servicio de salud, satisfaciendo las necesidades de los usuarios de acuerdo a sus expectativas; Conoce los deberes y derechos de usuarios y funcionarios. Practica los principios que permiten la satisfacción y cumplimiento de la razón de ser de nuestra empresa.⁸

4.2 MARCO TEORICO

La atención en Salud es entendida 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”⁹

Esta concepción de salud debe entenderse en los siguientes términos:

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.

⁸ Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. MPS. Pautas para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007.

⁹ Ministerio de la Protección Social.

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 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las 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 el concepto de salud despliega un propósito común, que es garantizar la calidad de la atención en salud.

4.2.1 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”¹⁰

Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

El concepto básico de la calidad entendida como una relación entre **beneficios, riesgos y costos**, 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 gran importancia a la **accesibilidad** y la **equidad** como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. 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

¹⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006

pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible.

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.¹¹

En otros términos 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)

Iruretagoyena (2004), plantea que la calidad además puede concebirse desde diferentes perspectivas y menciona entre estas:

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.

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.

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.

¹¹ <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sistemaobligatorio.aspx> Página 29

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.

Otras definiciones de calidad están dadas por organizaciones reconocidas y de expertos del mundo de la calidad, estas son:

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”.

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).

4.2.2 Perspectiva de calidad en salud en Colombia Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud 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:¹²

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

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.⁶

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

¹² Ministerio de la Protección Social República de Colombia Dirección General de Calidad de Servicios. Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad pagina 67

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

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 EAPB¹³.

Los Prestadores de Servicios de Salud para garantizar su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación deberán cumplir con lo siguiente condiciones:

a) De capacidad tecnológica y científica:

Como los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:

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

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad

¹³ Entidades Administradoras de Palanes de Beneficios.

Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.

3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

c) De capacidad técnico-administrativa:

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

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

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

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

4.2.3 Estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud¹⁴.

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

- a. **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- b. **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- c. **Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

El Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para los prestadores que inician la prestación de servicio de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución.

Los prestadores de servicios de salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondientes para efectos de su

¹⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 de 2006.

inscripción. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigidos en anexo técnico No. 2 que hacen parte integral de la presente Resolución.

Un mismo servicio no puede tener doble habilitación y solo podrá ser habilitado por el prestador responsable del mismo.

Cuando un servicio no esté especificado en los formularios de registro, se aplicarán estándares de carácter genérico en la modalidad de servicio en que se clasifica.

Son procedimientos gratuitos los siguientes: Inscripción en el Registro Especial de Prestadores, reporte de novedades, visita de verificación. Por ningún motivo las entidades departamentales o distritales de Salud, podrán cobrarlo a los prestadores de servicios de salud.

Con el propósito de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios y a través de este mecanismo fortalecer la capacidad de control de las entidades territoriales sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, el Ministerio de la Protección Social adopta el distintivo de habilitación, cuyas características se encuentran contenidas en el Anexo Técnico No. 2 “Manual Único de Procedimientos de Habilitación”, que hace parte integral de la presente resolución.

Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud a que hace referencia el artículo 5 de la presente Resolución, las siguientes:

- a. Apertura de servicios.
- b. Apertura de nueva sede.
- c. Cambio de domicilio.
- d. Cambio de representante legal.
- e. Cambio de razón social.
- f. Cierre de servicios temporal o definitivo.
- g. Cierre de una sede.
- h. Cierre o apertura de camas.
- i. Cierre o apertura de salas.
- j. Disolución o Liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de estos procesos.

En cualquiera de los anteriores eventos el prestador estará en la obligación de reportarlo a las direcciones de salud competentes en el momento en que este se

presente, diligenciando el formulario de reporte de novedades que definirá mediante circular el Ministerio de la Protección Social.

Cuando un prestador de servicios de salud tenga un determinado servicio habilitado y presente novedad de cierre del mismo, debe devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el respectivo distintivo de habilitación que le fue otorgado. La entidad territorial se encargará de su custodia y podrá ser entregado a la misma entidad en caso de reapertura del servicio en un plazo no mayor a un año, posterior a esta fecha o en caso de deterioro podrá ser destruido, dejando constancia escrita de cada situación.

Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Único de Estándares y Verificación” que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente Resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico N° 2 que hace parte de la presente Resolución, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación. Los porcentajes anuales de verificación serán acumulativos.

Las entidades departamentales y distritales de salud, una vez efectuadas las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud, reportarán al Ministerio de la Protección Social, la información que este defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente de haberse efectuado la visita de verificación.

Si efectuada la visita de verificación se genera algún proceso sancionatorio que ocasione el cierre definitivo del prestador de servicios de salud o de un servicio y en consecuencia la revocatoria de la habilitación, la entidad territorial deberá diligenciar la novedad en el formulario de reporte de novedades definido mediante

circular por el Ministerio de la Protección Social. Esta información deberá reportarse al Ministerio de la Protección Social dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre.

Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente Resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

Aquellos Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto 1011 de 2006, estuvieran inscritos y verificados sus servicios, la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior. Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006. Los Prestadores de Servicios de Salud, que efectuaron la inscripción y no se les practicó la visita de verificación y, por ende no obtuvieron la certificación de habilitación, independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales, deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto 1011 de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien funcionamiento a la entrada en vigencia de la presente Resolución deberán realizar la inscripción por primera vez previo proceso de autoevaluación y cumplimiento de los estándares incluidos en el anexo técnico N° 1 “Manual Único de Estándares y Verificación”. El prestador que no realice la inscripción, no se considera habilitado y no podrá prestar servicios de salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de urgencias, previo al proceso de inscripción, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación. Si durante este plazo la entidad territorial no ha realizado la visita para efectos del cumplimiento de las condiciones de verificación, dicho servicio podrá realizar el proceso de inscripción.

4.2.4 Mejoramiento para la calidad¹⁵

Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos, aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente o que podrían haberlo hecho, como de manera proactiva.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

Igualmente durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias.

Autoevaluación de la prestación de servicios de salud¹⁶

Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los niveles de autocontrol y auditoría interna y las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que permitan a la organización identificar sus principales problemas de calidad (procesos prioritarios), conocer su desempeño actual (calidad observada) e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las metas de cumplimiento establecidas (calidad esperada).

Para ello deberán tomar como patrón de referencia lo establecido en el estándar de seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación (Anexo Técnico 1 – resolución 1043 de 2006), la autoevaluación sobre los estándares de acreditación

¹⁵ Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud.2007

¹⁶ Dirección de prestación de servicios. Como elaborar el PAMEC con base en requisitos de acreditación.

(resolución 1445 de 2006) y los indicadores del sistema de información para la calidad (resolución 1446 de 2006).

Para tal fin, la institución podrá utilizar la herramienta que considere, la cual deberá ser adoptada institucionalmente, conocida por todos y estar documentada.

5 DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo Descriptivo, transversal. En este estudio se describen las características de los servicios de salud que presta la ESE Centro 2 con base a la evaluación de los estándares de habilitación de la resolución 1043 de 2006. El estudio es transversal teniendo en cuenta que la recolección de los datos se hace en una sola ocasión y tiempo. De acuerdo a Schmelkes (1998) el objetivo de la investigación descriptiva es indicar cual es la situación en el momento de la investigación, y una vez realizada la descripción se puede evaluar, interpretar e inferir si así se desea.¹⁷

Mediante la evaluación de los estándares de habilitación se identifican las fortalezas y debilidades de cada una de las condiciones evaluadas de la ESE Centro 2 Punto de Atención Rioblanco, en cuanto a: recurso humano, infraestructura, dotación – mantenimiento, medicamentos, historias clínicas, procesos prioritarios asistenciales, interdependencia de servicios, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación del servicio de salud, para con ello formular un plan de mejoramiento en beneficio de la calidad de los servicios.

5.2 PROCEDIMIENTO

Para la realización de la autoevaluación de los estándares de habilitación y la formulación del plan de mejora se establecieron 3 etapas que se relacionan a continuación:

1. Identificación de la normatividad vigente en habilitación de servicios de salud y recolección de la información.

Para la identificación de los documentos normativos necesarios vigentes para la habilitación de servicios de salud se realiza la consulta de fuentes secundarias: Pagina internet del Ministerio de Protección Social; documentos de Seguridad Social en Salud, documentos de Calidad en salud, que se encuentran en la biblioteca de la Universidad del Cauca de la Facultad de salud.

¹⁷ SCHMELKES (1998) en NAVARRO, RD (2004). Diseño de proyectos de investigación en Ciencias Sociales y Humanidades. Bogotá, Colombia. Psicom Editores.

Para la recolección de los datos se procedió a:

- Hacer verificación y lectura de la normatividad en cuanto a procesos de habilitación se refiere.
- Se revisan todos y cada uno de los estándares de habilitación para establecer cuales de los criterios de esos estándares aplican a los servicios de la ESE. Se seleccionan los servicios que oferta la ESE de los estándares únicos de habilitación de la Resolución 1043 de 2006.
- Se diseñó una ficha técnica que permitió recoger los datos de verificación de los estándares de cumplimiento y no cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación, que contiene todos los criterios que corresponden a todos sus servicios, siguiendo la misma estructura del anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006. La recolección de la información se realizó por métodos cualitativos como observación y consulta en fuentes documentales como hojas de vida del personal, historias clínicas de los usuarios, documentos institucionales administrativos y asistenciales.
- Adicionalmente se diseñó una ficha para la recolección de la información del componente médico y administrativo de las Historias clínicas, dicha ficha se diseña de acuerdo a los criterios de manejo de historias clínicas establecido por la resolución 1995 del año 1996.

2. Análisis de la información

- De las fichas técnicas de recolección de datos se recopila la información de los estándares que son recurso humano, infraestructura, dotación – mantenimiento, medicamentos, historias clínicas, procesos prioritarios asistenciales, interdependencia de servicios, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación del servicio de salud, y se realiza una verificación de las condiciones de habilitación de acuerdo a lo establecido en el anexo técnico No.1 de las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007 y anexo técnico de la Resolución 3763 de 2007, y se establece el cumplimiento y no cumplimiento de los criterios de verificación con lo que se elabora el análisis.
- Posteriormente se procede a obtener las frecuencias de cumplimiento y no cumplimiento de los criterios de verificación, y se realiza una distribución porcentual, con el fin de identificar el mayor y menor nivel de cumplimiento por cada uno de los estándares.
- De los estándares evaluados se procede a seleccionar los de no cumplimiento, de los que se parte para la formulación de un plan de mejoramiento.

3. Formulación del plan de mejoramiento

- Se retomó el modelo de plan de mejoramiento del Ministerio de la Protección social.
- Se formuló un plan de mejoramiento enfocado al cumplimiento de los estándares de habilitación según las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007 y anexo técnico de la Resolución 3763 de 2007 en la ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco Sotará.
- Para la formulación del plan de mejora, se tiene en cuenta los lineamientos del Ministerio del Protección Social, respecto a las oportunidades de mejoramiento que se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

- Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, una vez se asigne la calificación al riesgo, costo y volumen se procede a multiplicar los valor de cada variable, el resultados establecerá la priorización de las oportunidades de mejora. Para cada grupo de características se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento, con las más altas calificaciones. La calificación más alta es 125, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 70 puntos.
- Se incluyeron cada una de las características de los estándares en los cuales no se dio cumplimiento.
- Por cada uno una de las características se plantearon oportunidades de mejora alcanzables y que puedan ser desarrolladas en la institución.
- Se incluyeron las posibles dificultades que pueden presentarse para las respectivas acciones u oportunidades de mejora planteadas.
- Se asigna la persona responsable dentro de la institución para cada una de las oportunidades de mejora.
- Se estima el tiempo de cumplimiento, donde se propone un cronograma para seis meses, de los cuales cada uno de ellos se divide por semanas, donde se incluye cada una de las actividades a realizar.
- Por último se define si la acción es continua en el tiempo, o si esta debe ser terminada en una semana o un mes específico.
- Para las historias clínicas, en el componente médico se verifican 32 historias clínicas donde se evalúa, el motivo de consulta, enfermedad

actual, antecedentes, examen físico, exámenes de apoyo, correlación diagnóstico – tratamiento, firma y registro médico y letra legible.

- En el componente administrativo se verifican 32 historias clínicas donde se evalúan, los datos personales, orden y continuidad y papelería completa.

5.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION.

- La recolección de información se realizó con dos fichas técnicas que permiten recoger información de las condiciones mínimas de habilitación por cada uno de los 9 estándares evaluados.
- La ficha técnica diseñada tiene el código que corresponde al número del estándar evaluado, el cual establece la norma; las columnas de verificación que se diligencian con C = cumple, NC= No Cumple y NA= No Aplica; una columna para el servicio; una columna para el criterio, que corresponde al estándar propiamente dicho y una columna de observaciones para anotar los posibles detalles que se desea agregar con relación al servicio. (Anexo 1 y Anexo 2)
- Adicionalmente se diseñó una ficha para la recolección de la información del componente médico y administrativo de las Historias clínicas, dicha ficha se diseña de acuerdo a los criterios de manejo de historias clínicas. (Anexo 3)

5.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE ANALISIS

Tabla 2. Variables de autoevaluación de los estándares de habilitación

ESTANDAR	DEFINICION
Recurso Humano.	Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.
Infraestructura - Instalaciones físicas – Mantenimiento	Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
Dotación – Mantenimiento	Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.

Medicamentos y dispositivos médicos / Gestión.	Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos
Procesos prioritarios asistenciales	Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbimortalidad del país.
Historia clínica y registros asistenciales.	Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo.
Interdependencia de servicios	Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
Referencia y contrarreferencia de pacientes.	Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbimortalidad.
Seguimiento a riesgos en la Prestación de servicios.	Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan.

Fuente: Elaboración propia con base Resolución 1043 de 2006

6 RESULTADOS Y ANALISIS

6.1 NORMATIVIDAD PARA REALIZAR LA AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

Los documentos básicos que se deben conocer para realizar la autoevaluación de los estándares de habilitación en una institución prestadora de servicios de salud son:

Tabla 3. Documentos normativos para la autoevaluación de estándares de habilitación.

DOCUMENTO	UTILIDAD
Decreto 1011 de 2006	Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
Resolución 1043 de 2006	Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.
Resolución 2680 de 2007	Modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006.
Resolución 3763 de 2007	Modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006.
Anexo técnico No.1 de la Resolución 1043 de 2006	Manual Único de Estándares y de verificación.

Fuente: Elaboración propia.

6.2 ANÁLISIS DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE LA ESE CENTRO 2 PUNTO DE ATENCIÓN RIOBLANCO

Al realizar la autoevaluación de los estándares de habilitación establecidos por las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007 y anexo técnico de la Resolución 3763 de 2007, se identificó que la ESE Centro 2 punto de atención Rioblanco Sotará, cumple parcialmente con estos estándares, lo que en términos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad “SOGC” significa que hay servicios de salud que no cumplen las mínimas condiciones de calidad para la atención. (Anexo 4 y Anexo 5)

Los resultados se resumen en términos porcentuales en la tabla 4.

Tabla 4 Porcentaje de cumplimiento y no cumplimiento de los estándares

ESTANDAR	% DE CUMPLIMIENTO	% DE NO CUMPLIMIENTO
Recurso Humano.	82	18
Infraestructura - Instalaciones físicas – Mantenimiento	29	71
Dotación – Mantenimiento	50	50
Medicamentos y dispositivos médicos - Gestión de medicamentos y dispositivos	50	50
Procesos prioritarios asistenciales	59	41
Historia clínica y registros asistenciales.	12	88
Interdependencia de servicios	33	67
Referencia y contrarreferencia de pacientes.	20	80
Seguimiento a riesgos en la Prestación de servicios.	33	67

Fuente: Elaboración propia.

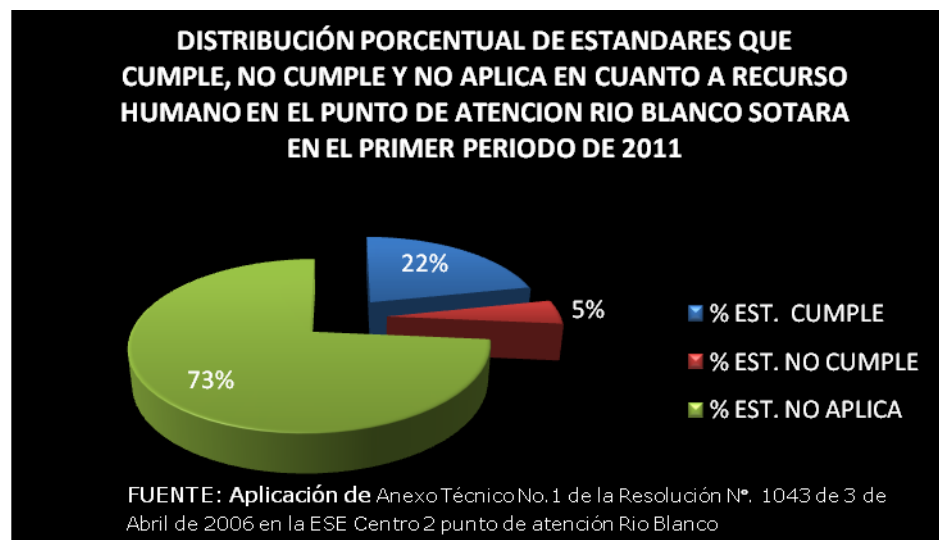
Como lo muestra la tabla 4, el estándar 1 Recurso Humano es el de más alto cumplimiento en la ESE Centro 2 con un 82% de cumplimiento de las características que lo conforman, a diferencia de los estándares 6 Historias clínicas y registros asistenciales, Estándar 8 Referencia y contrarreferencia de pacientes y estándar 2 Infraestructura Instalaciones Físicas – Mantenimiento con

unos porcentajes de 88%, 80% y 71% respectivamente de incumplimiento de las características que los conforman.

A continuación se detalla el análisis de cada uno de los estándares para la habilitación y autoevaluación de los servicios de salud

1. Recursos humanos:

Gráfica 4



Gráfica 4.1



De los 106 estándares que manejan lo relacionado con el recurso humano de la ESE Centro 2 punto de atención Río Blanco no aplican a la institución 78 de ellos que corresponde al 73% de los ítems; de los 28 estándares que aplican, el 82% se cumplen teniendo en cuenta que el personal que labora en la institución cumple con los requisitos legales y de entrenamiento exigidos para la adecuada prestación de los servicios de salud correspondientes a un nivel de complejidad bajo, además se cuenta con el recurso humano necesario y competente para la prestación de dichos servicios.

Sin embargo, el 18 % de los estándares no se cumplen, atañen al incumplimiento en los numerales 1.8, 1.56, 1.59, 1.63 y 1.106 en el inciso número 1.8 Las hojas de vida del recurso humano contratado, se encuentran centralizadas en la oficina de personal que se encuentra en la sede Administrativa, punto de atención Rosas. Sin embargo y tal como lo exige la norma estas no se encuentran o no se tiene copia del 100% de estas en el punto de atención en donde labora el personal que permita garantizar el acceso a éstas. Las hojas de vida solo se encuentran en la sede administrativa. De los 8 trabajadores que se relacionan en la lista de anexos, solo 4 tenían hoja de vida en el punto de atención.

En el numeral 1.56 El personal que realiza las muestras de laboratorio clínico no está bajo la supervisión directa del Bacteriólogo, quien es en la norma el responsable de todas las actividades que se lleven a cabo en el servicio de toma de muestras. (Entrenamiento de auxiliares de enfermería certificados)

En el numeral 1.59 respecto al personal que realiza la toma de muestras de citologías cervicouterinas lo realizan auxiliares de enfermería las cuales no tiene capacitación y entrenamiento certificado específico. Así mismo en lo relacionado con el numeral 1.63 no hay personal certificado con entrenamiento específico en el PAI y por ende no están certificados por la dirección territorial o por otra institución o por profesional de enfermería o médico con experiencia en el tema.

Finalmente hay incumplimiento en el numeral 1.106 que trata del cumplimiento con el personal certificado para los programas de promoción y prevención reiterando la situación de no encontrarse personal con certificación para toma de citologías y en PAI

2. Infraestructura - Instalaciones físicas - Mantenimiento:

Gráfico 5

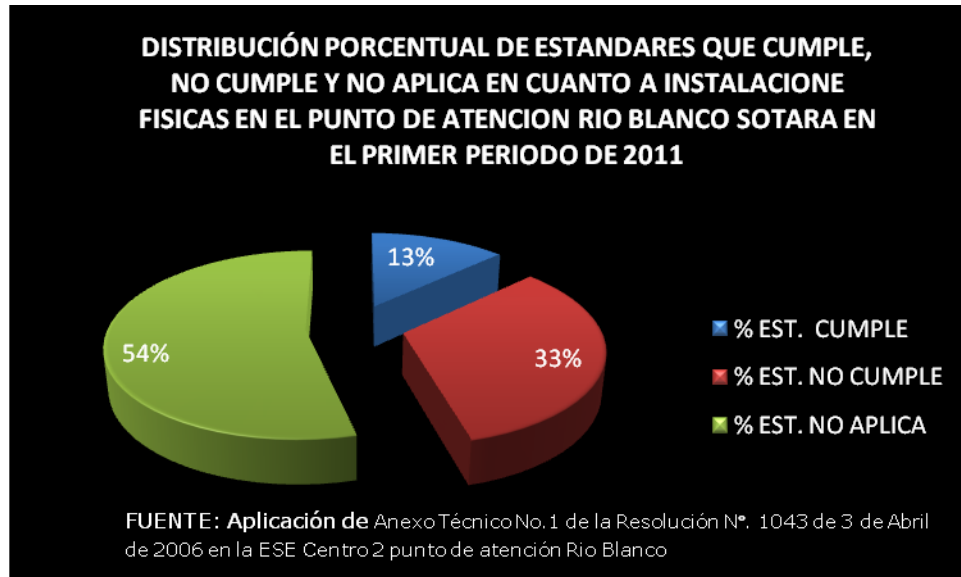
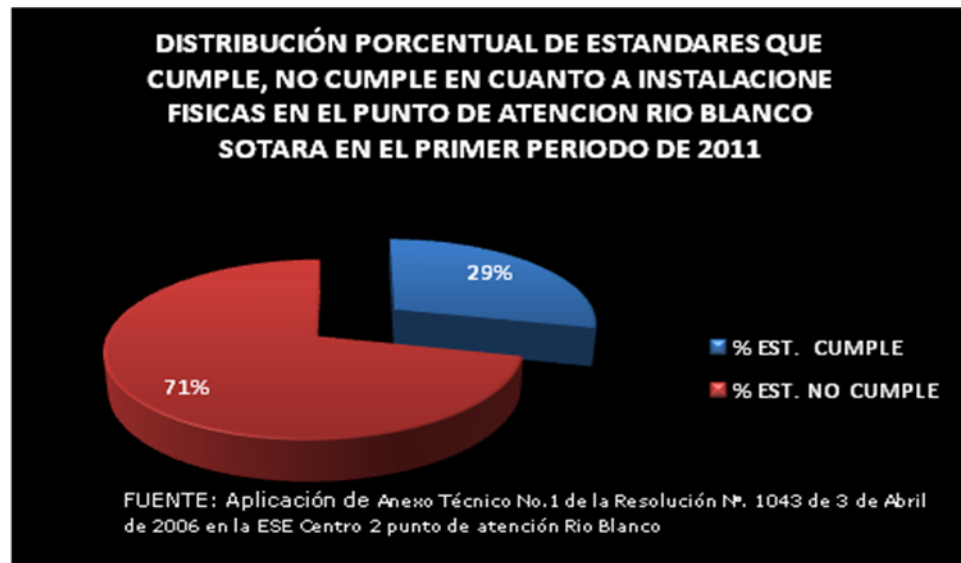


Gráfico 5.1



En lo relacionado con infraestructura física se puede evidenciar que hay diversas deficiencias encontrando que de los 61 ítems manejados, no aplican 33 que corresponde al 54%, al realizar el análisis sobre aquellos que aplican hay un gran margen de incumplimiento del 71% solo se da cumplimiento al 29%, en los cuales están incluidos los requisitos mínimos y básicos para la prestación del servicio

entre los que están agua, energía eléctrica, fuente de energía de emergencia, servicio de comunicaciones, prestación de los servicios que se deriven de consulta médica, servicio de vacunación en un sitio adecuado y ubicación en zona alejada de riesgo inminente, lo que indica que la Institución no cuenta con una plata física adecuada para la excelente prestación de los servicios de salud, y no cumple con los requisitos mínimos de habilitación

Teniendo en cuenta que la infraestructura física es un componente trascendental para la prestación de servicios con mínimos riesgos, es importante tener en cuenta las deficiencias encontradas para establecer gestión de mejoramiento, ya que este es uno de los componentes en los que hay mayor grado (porcentaje) de incumplimiento, a continuación se hará mención de los estándares en donde hay incumplimiento, pero estos no se incluirán en el plan de mejoramiento puesto que este grupo específico de estándares involucran y requieren de la disponibilidad presupuestal y de la gestión gerencial.

2.3 El suministro de agua no están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento y no suople todas la aéreas en caso de mal funcionamiento de la misma.

2.4 La sala de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, no tiene pisos impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. A si como tampoco los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales

2.8 La Institución no cuenta con aéreas que garanticen mecanismos de aseo, como pocetas, así como 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.

2.9 Para la prestación de servicios extramurales en ocasiones no se cuenta con domicilios que permita prestar servicios de forma adecuad y con características similares a la establecidas en la atención institucional

2.10 Hay servicios como el de toma de citologías y esterilización que no cuentan con las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.

2.12 El área que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, no cuenta con la características necesarias en cuanto a 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 Se presta servicios de hospitalización, sin embargo no se cuenta con área de depósitos de cadáveres.

2.14 La institución cuenta con tanque de almacenamiento de agua sin embargo este no garantiza como mínimo, 24 horas de servicio; estos además no distribuyen adecuadamente agua hacia los servicios. Los baños no cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos no se disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.

2.15 Condiciones del área de hospitalización: No cuenta con sistemas de llamado en cada habitación, la estación no cuenta con baño, área de trabajo sucio, área de aseo para el servicio, las puertas de ingreso a los cuartos no permiten el fácil acceso a los cuartos

2.16 Cuando hay hospitalización de niños especialmente en etapa de lactancia no hay un espacio acondicionado para el baño y el vestido de estos.

2.23 Las puertas de la sala de parto no tienen visor. La puerta de entrada del baño no tiene doble puerta, de tal manera que entre el espacio que quede entre las dos quepa una persona parada para que haga de filtro.

2.25 No hay un área específica/exclusiva para esterilización, por ende no exclusiva ni restringida

2.29 En la consulta externa de odontología no se cuenta con un área exclusiva para esterilización, no se cuenta con lavamanos para el área, no se tiene consultorio con ambiente separado para entrevista y realización de procedimientos

2.30 En el servicio de urgencias la estación de enfermería no cuenta con baño ni área de trabajo sucio. No se cuenta con un consultorio exclusivo para urgencias. No se tiene disponibilidad de oxígeno para todos los servicios que se requieren

2.33 El área de toma de muestras para laboratorio clínico no se cuenta con baño ni lavamanos, las paredes techos y pisos no son adecuados

2.45 Para la prestación de servicios extramurales no hay aéreas acondicionadas para la prestación de este servicio

2.54 La sala de reanimación de urgencias no tiene un área específica y delimitada, las paredes, techos y pisos no son adecuados.

2.55 No se cuenta con un área establecida solamente para procedimientos menores, los procedimientos son realizados en área de urgencias y consultorio médico.

2.59 El área de procedimiento mínimos o consultorios las paredes, techos y pisos no son adecuados. Los procedimientos son realizados en área de urgencias y consultorio médico.

3. Dotación - Mantenimiento:

Gráfico 6

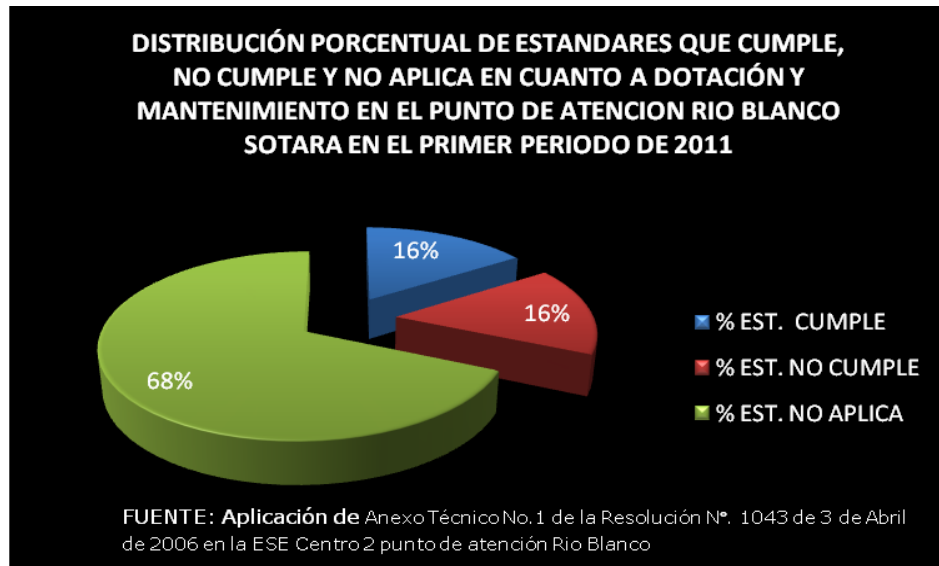
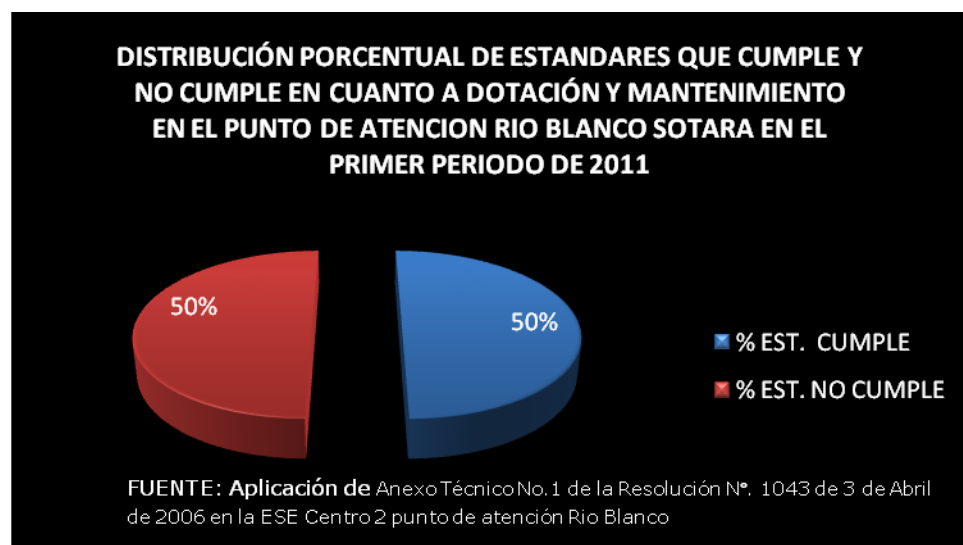


Gráfico 6.1



De los 57 estándares de verificación de Dotación y Mantenimiento el 68% no aplicaban, solo 18 de ellos correspondían a este nivel de atención de acuerdo con

lo que se declaro ante la secretaria Departamental de Salud para habilitación, de estos 18 el 50% se daba cumplimiento y 50% no, encontrando que se da cumplimiento en lo relacionado con el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos que se encuentran en la institución, ya que se tiene contratación con ingeniero biomédico que realiza las visitas para mantenimiento de equipos y además se registra en las hojas de vida lo realizado en cada visita.

Sin embargo hay carencia de muchos equipos necesarios para la atención de la comunidad, mas teniendo en cuenta que es la única institución de referencia en esta comunidad, dentro de los estándares que no cumple se encuentran los No 3.5, 3.12, 3.21, 3.22, 3.27, 3.42, 3.45, 3.49 y 3.50, ya que la institución no cuenta con dispositivos como hojas para laringoscopia pediátrico, no se tiene succionador solo para el área de urgencias, no se tiene electrocardiógrafo ni glucómetro, solo se cuenta con una olla para esterilización, el proceso de esterilización se realiza en el área de urgencias, no existe un área específica para el proceso de esterilización, no hay equipo de órganos completo para la valoración de pacientes, en la consulta odontológica general no se cuenta con autoclave solo para el área de odontología, este se comparte con el servicio de urgencias, no se tiene disponibilidad de juegos de instrumental, no se tiene camilla con barandas, hace falta instrumental, no se cuenta con monitor de signos vitales, no se tiene carro de paro debidamente habilitado, está incompleto, (registro de actualizaciones verificaciones y novedades), en el TAB requiere de algunos medicamentos e insumos, no se tiene la dotación para el almacenamiento adecuado de medicamentos.

4. Medicamentos y Dispositivos Médicos

Gráfico 7

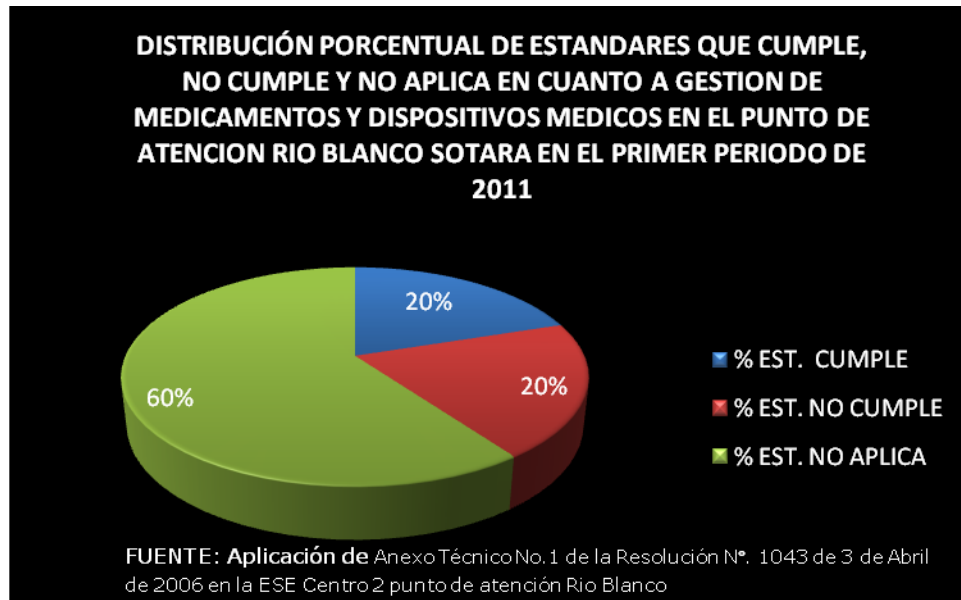
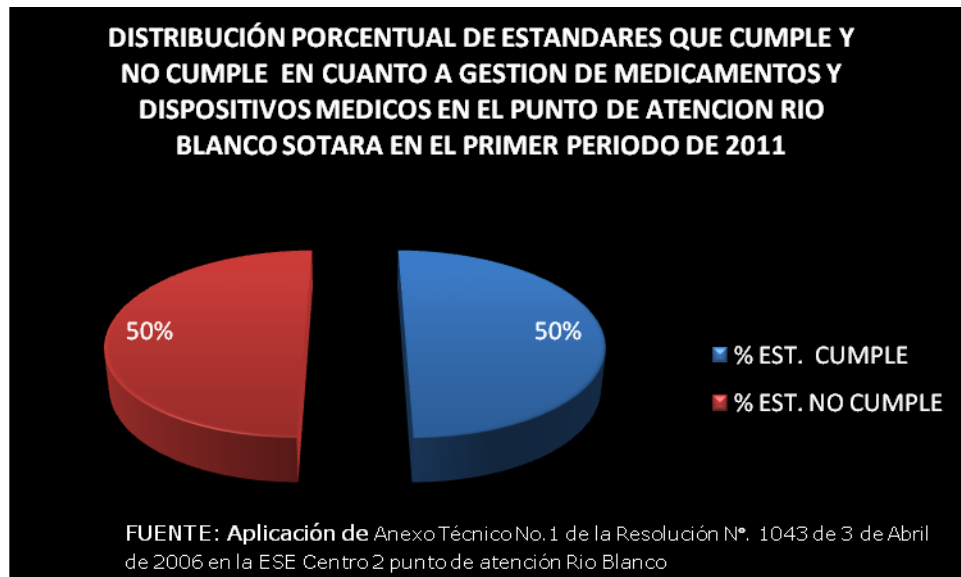


Gráfico 7.1



De los 10 estándares de verificación de gestión medicamentos y dispositivos médicos, no aplican al nivel de complejidad institucional 6, de los 4 restantes 2 de ellos, lo que corresponde al 50% se les da cumplimiento ya que en el Punto de Atención de Rioblanco, Sotará, se maneja un listado de los medicamentos que

ingresan, se lleva registro de nombre del medicamento, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y vida útil, según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005.

Solo se cuenta con los medicamentos para el servicio de urgencias ya que el suministro de medicamentos para los pacientes de consulta externa está a cargo de la EPS prestadora de servicios de salud AIC EPS-I, por tanto no se almacenan medicamentos en la institución, sin embargo los medicamentos, productos biológicos , incluidos los de uso odontológico, y en general los insumos asistenciales que utilizan en la institución no 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 no se aplican procedimientos para controlar las condiciones ya mencionadas, además la institución no cuenta con normas institucionales, ni políticas de recurso dispositivos médicos (Estandares 4.3 y 4.4)

5. Procesos Prioritarios Asistenciales

Gráfico 8

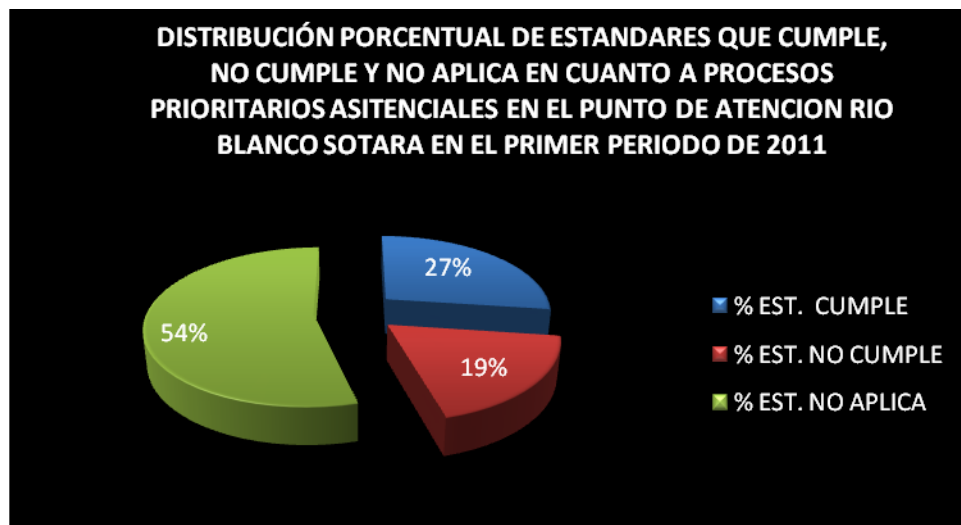
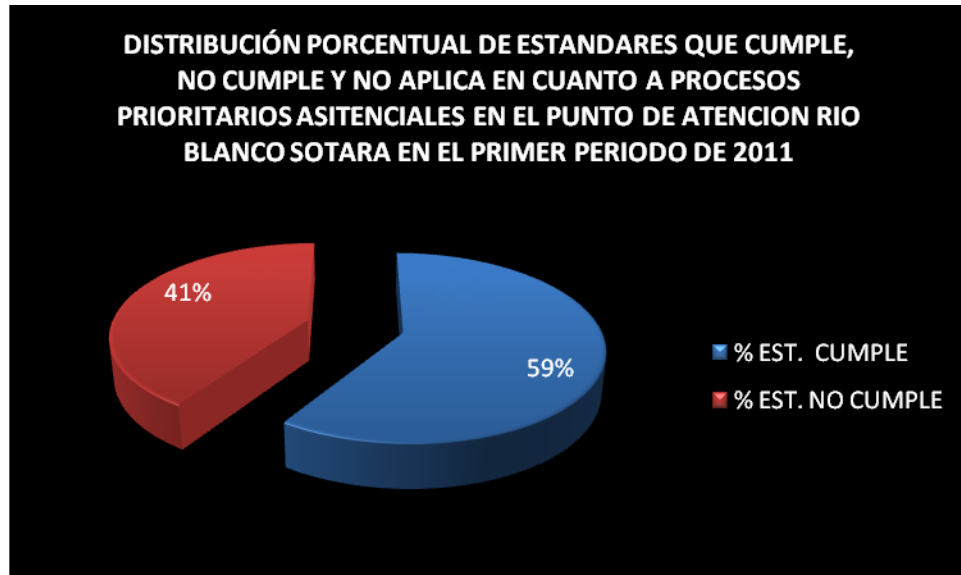


Gráfico 8.1



La institución cuenta con guías clínicas, procesos y protocolos de atención en los diferentes servicios, estas deben ser revisadas, actualizadas y modificadas, según la pertinencia.

Los protocolos de atención son conocidos por el personal de salud pero no se ha realizado la respectiva socialización y evaluación de cada uno de ellos.

De los 59 estándares de verificación de Procesos prioritarios asistenciales, se da cumplimiento a 16 de ellos, lo que corresponde al 59%; El 41% no se cumple ya que a pesar de que están definidos y documentados los procedimientos y los protocolos de enfermería, no se realizan actividades de verificación del cumplimiento de de estas, por ende no son conocidos por todo el personal encargado y responsable de su aplicación, no existe un plan de capacitación para divulgación de guías y protocolos, no 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 , no hay coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, la institución no cuenta no protocolo de inmovilización de pacientes, no se realiza revisión en cada turno del equipo de reanimación, no se cuenta con planes hospitalarios para emergencias internas y externas, no se cuentan con las guías para manejo de urgencias en la ambulancia, no se tienen documentados los procesos y procedimientos para consulta prioritaria, no se tienen definidos ni documentados manuales y protocolos de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras, manual de Bioseguridad ajustado a las características de la toma de Muestras del laboratorio clínico, Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la toma de Muestras del laboratorio

clínico, protocolo de transporte de muestras, no se cuenta con procesos de esterilización para el área de odontología, ya que se realiza en el área de urgencias, para el área donde se realizan procedimientos mínimos o el consultorio en el que se realiza estos procedimientos no se tienen 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. (5.1, 5.2, 5.4, 5.11, 5.13, 5.33, 5.35, 5.40, 5.41, 5.44, 5.52)

6. Historia clínica y registros asistenciales

Gráfico 9

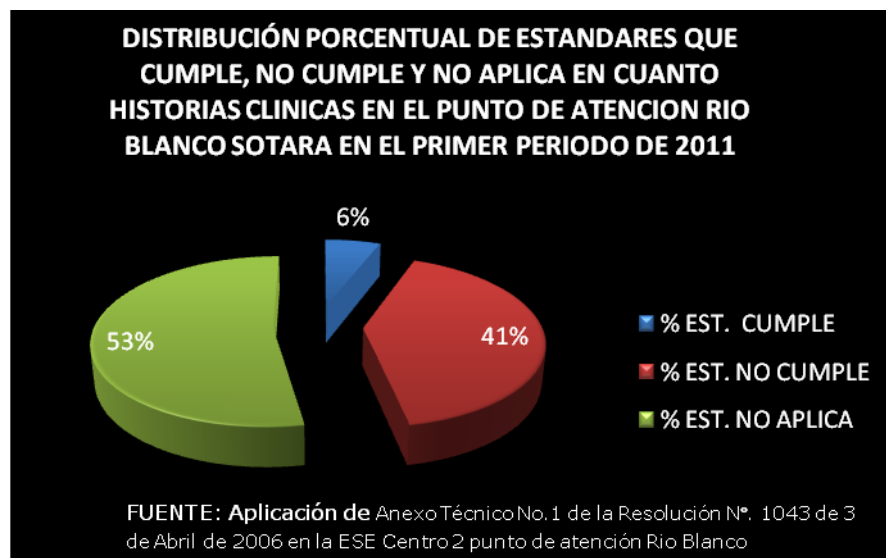
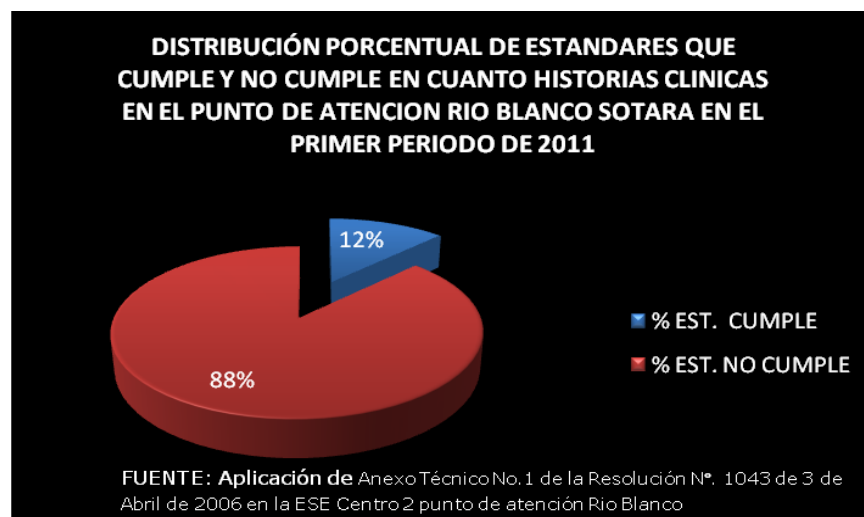


Gráfico 9.1



De los 17 estándares de verificación de Historias clínicas y registros asistenciales, solo aplican a esta institución 8 de los cuales solamente se da cumplimiento a 1 de ellos, lo que corresponde al 12%; con incumplimiento del 88% de estándares lo cual refleja deficiencias en el manejo de este importante proceso ya que únicamente se da cumplimiento a uno de los estándares de verificación, correspondiente a la clasificación del triage que se realiza en la institución, además se lleva registro en medio físico de cada uno de los pacientes que ingresa por el servicio de urgencias con la respectiva clasificación, motivo de consulta, diagnóstico, signos vitales y firma de médico que atiende.

Al realizar la revisión de historias clínicas se encuentra que el 100% en la atención de primera vez a un usuario no incluye proceso de apertura de historia clínica. Además no se tiene documentado este proceso, no se lleva registro de entrada y salida de historias clínicas desde archivo, historias clínicas con evoluciones que no tienen los datos mínimos de identificación, no se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único, en las historias clínicas se cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado, además la institución no tiene definido los procesos que requieren consentimiento informado, en las muestras de laboratorio clínico no hay continuidad en registro de temperatura de nevera, no se lleva registro de temperatura en la recepción de muestras, finalmente en el transporte asistencial básico no cuenta con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio. (6.1, 6.2, 6.4, 6.5, 6.7, 6.13, 6.15)

7. Interdependencia de Servicios

Gráfico 10

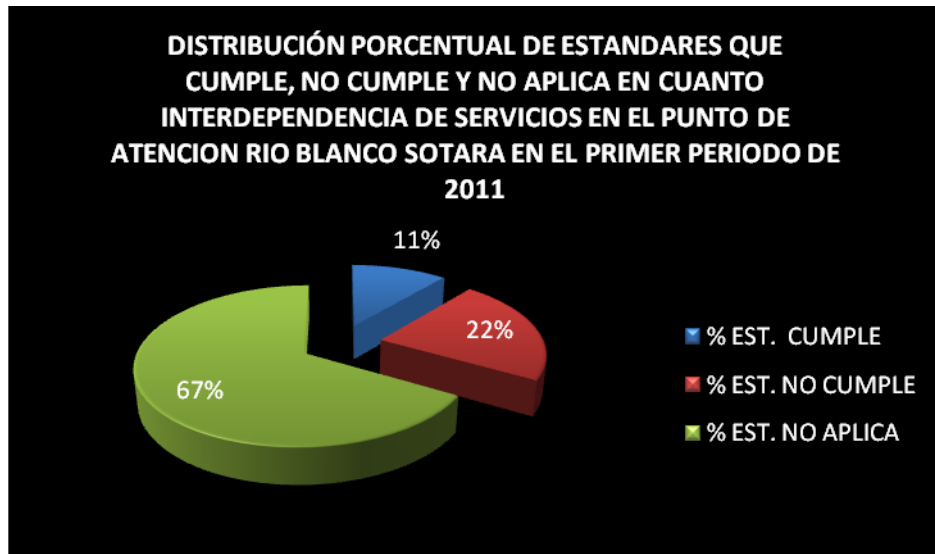
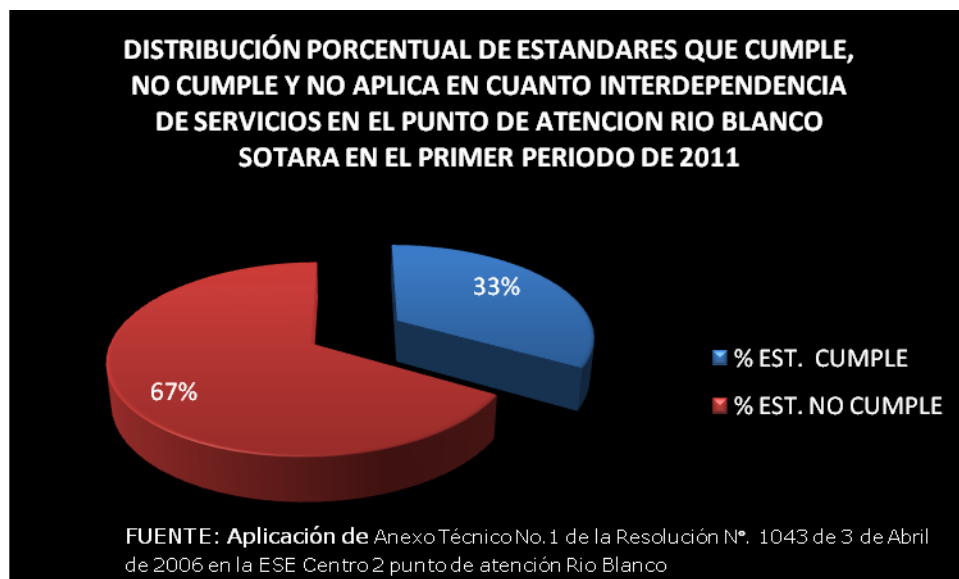


Gráfico 10.1



De los 18 estándares de verificación de Interdependencia de servicios, se da cumplimiento a 2 de ellos, lo que corresponde al 33%; corresponde al transporte asistencial básico el cual cuenta con una adecuada red de radiocomunicaciones, sin embargo hay un 67% de incumplimiento ya que no tiene un adecuada interdependencia de servicios con laboratorio clínico, radiología en caso de urgencias, además no hay como tal servicio de esterilización que permita su

utilización a los demás servicios que lo requiera, en urgencias no se cuenta con servicio de laboratorio clínico o demuestra el apoyo de los exámenes de laboratorio clínico oportunos necesarios para la complejidad y tipo de pacientes que atiende. Finalmente no se cuenta como tal con servicio de esterilización, este proceso se realiza de forma en urgencias (7.1, 7.5, 7.11, 7.12)

8. Referencia y contrarreferencia de pacientes

Gráfico 11



Gráfico 11.1



De los 11 estándares de verificación de Referencia y contrarreferencia, se da cumplimiento a 1 de ellos, lo que corresponde al 20% ya que se tiene un sistema de referencia de pacientes de alto riesgo para ser atendidos en un nivel de mayor complejidad, y que su condición clínica no permite la atención en un nivel básico; este proceso se encuentra a cargo del médico de SSO quien comenta a los

pacientes por vía telefónica a otros niveles de atención para que sean aceptados y posteriormente atendidos.

El 80% de incumplimiento (8.1, 8.2, 8.5) se dan por que no se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes, no están diseñados no hay aplicación de procesos para la remisión de pacientes.

9. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios

Gráfico 12

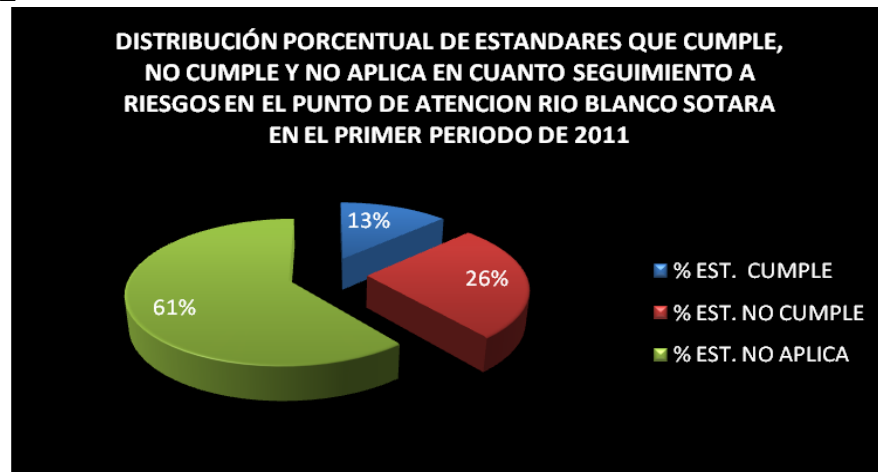


Gráfico 12.1



De los 23 estándares de Seguimiento a riesgos, se da cumplimiento solamente a 3 de ellos, lo que corresponde al 33% ya que se realiza seguimiento y reporte trimestral de cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

El 67 % de incumplimiento esta dado ya que en el traslado o atención domiciliaria o prehospitalaria no hay evaluación sistemáticamente las defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte, no se tienen establecidos los riesgos en los servicios ofrecidos en la consulta prioritaria, no se tienen documentados los riesgos en la toma de muestras de laboratorio clínico, No se realiza seguimiento a mortalidad de urgencias en las salas en urgencias, infecciones derivadas de los procedimientos realizados, complicaciones terapéuticas y o medicamentosas del manejo de medicamentos para recuperación ambulatoria. No se realiza seguimiento a complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a: Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante, eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización del medicamento, formulación por profesional no autorizado para la formulación, resistencia antibiótica, efectos adversos innecesarios o evitables, enmascaramiento de cuadros clínicos. No se realiza seguimiento de las complicaciones propias de las intervenciones de promoción y prevención (9.5, 9.9, 9.6, 9.14, 9.19)

Traslado Asistencial Básico (TAB)

Gráfico 13

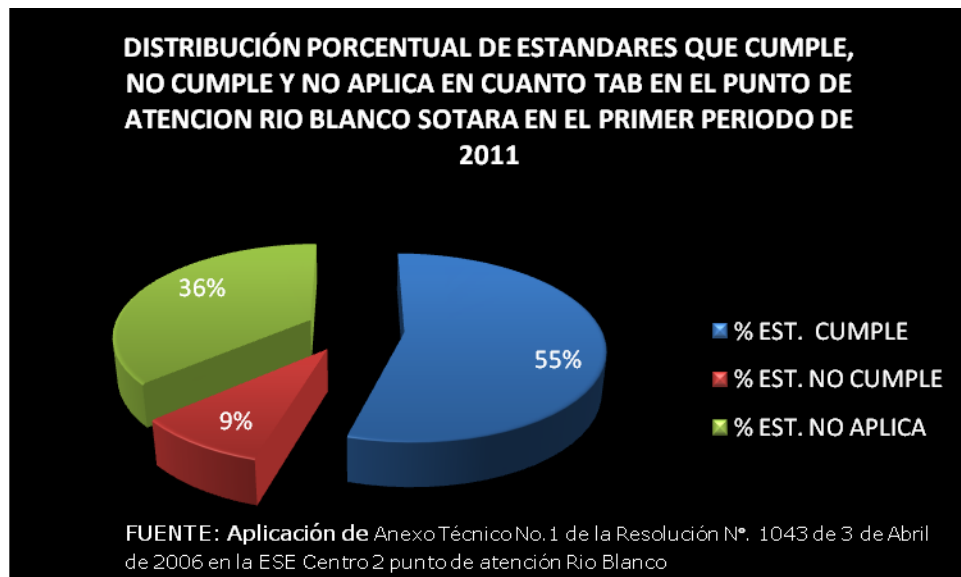
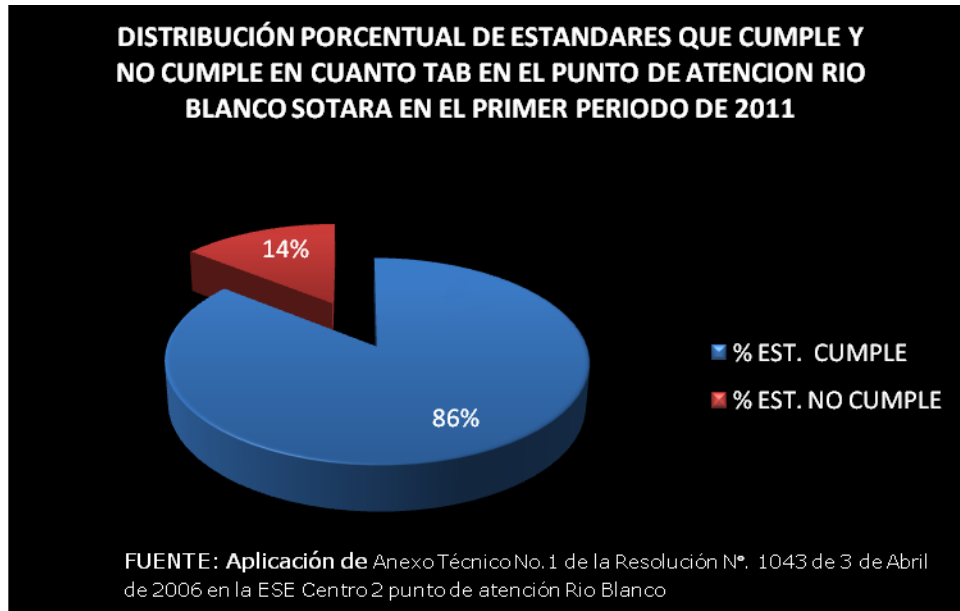


Gráfico 13.1



De los 11 estándares de verificación de traslado asistencial básico (TAB). Ambulancia terrestre, se da cumplimiento a 6 de ellos, lo que corresponde al 86%, se observa un adecuado porcentaje de cumplimiento, ya que la institución cuenta con una ambulancia en buenas condiciones generales, permitiendo una evaluación satisfactoria del cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación según resolución 1043 de 2006, sin embargo hay incumplimiento en el estándar No 10.1 ya que la ambulancia carece de dotación de insumos y medicamentos.

6.3 ANALISIS DE HISTORIAS CLINICAS

Teniendo en cuenta el porcentaje de 88% de no cumplimiento en el estándar 6 de Historias clínicas y registros asistenciales, se profundiza en la autoevaluación del mismo a través de un instrumento de evaluación en formato Excel, de acuerdo a la resolución 1995 de 1999, norma que establece el manejo de la historias clínicas. Se evaluaron dos grandes componentes de la historia clínica, el médico y el administrativo, en el primero se evalúa la existencia de: motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, examen físico, impresión diagnóstica, exámenes de apoyo, correlación diagnóstico/tratamiento, firma y registro del médico y letra legible, a cada uno de estos componentes se les dio un puntaje de 11,1 siendo este el puntaje máximo, 5,5 el intermedio y 0 cuando no cumple, los nueve componentes dan un total del 100% que en definitiva permite calificar el componente médico en óptimo cuando cumple de 91-100%, muy satisfactorio 81-90%, deficiente 61-80% y muy deficiente 60-0%.

De las 32 historias clínicas auditadas se encontró que 3 historias clínicas se encuentran en un nivel óptimo, alcanzando un porcentaje del 9.37%, 6 historias clínicas se encuentran en nivel muy satisfactorio, con un porcentaje del 18.75%, 20 historias clínicas se encuentran en nivel deficiente, con un porcentaje del 62.5% 3 historias clínicas se encuentran en nivel muy deficiente, con un porcentaje del 9.37%.

Analizando cada uno de los ítems del componente médico se observó que motivo de consulta, enfermedad actual, correlación diagnóstico/tratamiento, firma y registro médico alcanzan un nivel óptimo con porcentajes mayores al 91%. En el nivel satisfactorio se encuentran impresión diagnóstica y letra legible con un porcentaje de cumplimiento de 81-90%. Se evidenció en un nivel deficiente examen físico porque este no se realizaba, no había registro de signos vitales, en algunos casos estaban incompletos y no se hacía énfasis en lo positivo del examen físico en relación con el diagnóstico realizado. Por último los antecedentes y exámenes de apoyo se encuentran en un nivel muy deficiente con un porcentaje de 0 a 60% ya que en las consultas no se observan registros de antecedentes personales ni familiares y no se encuentran órdenes médicas de exámenes de apoyo necesarios para la confirmación del diagnóstico.

Tabla 5. Clasificación del componente médico en historias clínicas

CLASIFICACION DE LOS ITEMS DEL COMPONENTE MEDICO POR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO:	
OPTIMO: 91-100%	Motivo de consulta Enfermedad actual Correlación diagnóstico/tratamiento Firma y registro médico
SATISFACTORIO: 81-90%	Impresión diagnóstica Letra legible
DEFICIENTE: 61 – 80%	Examen físico
MUY DEFICIENTE: DE 0 – 60%	Antecedentes Exámenes de apoyo

Fuente: Elaboración propia

En el componente administrativo, se estableció que las historias clínicas tengan: hoja de apertura, datos personales, que haya orden y continuidad y finalmente que la papelería estuviese completa, a cada componente se le dio un puntaje de 25, los cuatro componentes dan una puntuación del 100% que permite calificar el componente administrativo en óptimo cuando cumple de 91-100%, muy satisfactorio 81-90%, deficiente 61-80% y muy deficiente 60-0%.

De las 32 historias clínicas auditadas se encontró que 3 historias clínicas se encuentran en un nivel óptimo, alcanzando un porcentaje del 12%, 5 historias clínicas se encuentran en nivel muy satisfactorio, con un porcentaje del 20%, 11 historias clínicas se encuentran en nivel deficiente, con un porcentaje del 44%, 13 historias clínicas se encuentran en nivel muy deficiente con un porcentaje del 52%.

Analizando cada uno de los ítems del componente administrativo se observó que todas las historias clínicas tienen hoja de apertura por lo que se encuentran en un nivel óptimo con un porcentaje del 100%. En el nivel satisfactorio no se encuentran ningún ítem que correspondería a un porcentaje de cumplimiento de 81-90%. Se evidenció en un nivel deficiente datos personales y orden y continuidad, ya que muchas de las historias clínicas revisadas no tienen datos completos necesarios en los encabezados de cada consulta como documento de identidad, edad, género, fecha de nacimiento y afiliación entre otros. En cuanto al orden y la continuidad se encuentran exámenes paraclínicos sueltos, falta de continuidad cronológica en los registros de las atenciones. Por último no se encontró papelería completa en las atenciones ya que no se incluyen los formatos establecidos para la atención.

Tabla 6. Clasificación del componente administrativo en historias clínicas

CLASIFICACION DE LOS ITEMS DEL COMPONENTE ADMINISTRATIVO POR PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO:	
OPTIMO: 91-100%	Hoja de apertura de historias clínicas
SATISFACTORIO: 81-90%	
DEFICIENTE: 61 – 80%	Datos personales Orden y continuidad
MUY DEFICIENTE: DE 0 – 60%	Papelería completa

Fuente: Elaboración propia

6.4 PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO DE HISTORIAS CLINICAS

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Habilitación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, una vez se asigne la calificación al riesgo, costo y volumen se procede a multiplicar los valores de cada variable, el resultado establecerá la priorización de las oportunidades de mejora.

Para cada grupo de estándares se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación más alta es 125, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 70 puntos.

Las oportunidades de mejoramiento que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas ya que no son las de mayor criticidad.

Otra guía que podemos dar es que para grupos de estándares de más de 50 estándares, se podrían escoger las primeras 20 oportunidades de mejora con más altas calificaciones, para grupos de estándares de más de 20 estándares, se podrían escoger las primeras 12 oportunidades de mejora con más altas calificaciones y para grupos de estándares de menos de 20 estándares, se podrían escoger las primeras 8 oportunidades de mejora con más altas calificaciones.

Tabla 7. Calificación para priorización de variables

RIESGO	COSTO	VOLUMEN
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Fuente: Elaboración propia

6.5 PLAN DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION

Para la formulación del plan de mejoramiento se retomó el modelo de plan de mejoramiento del Ministerio de la Protección social y se enfoca al cumplimiento de los estándares de habilitación según las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007 y anexo técnico de la Resolución 3763 de 2007, incluyendo cada uno de los ítems de los estándares en los cuales no se dio cumplimiento, planteando por cada uno oportunidades de mejora alcanzables y que puedan ser desarrolladas en la institución, estimando el tiempo de cumplimiento de cada una de las actividades a realizar (Anexo 7)

7 CONCLUSIONES

- Al aplicar los estándares de habilitación establecidos por la resolución 1043 de 2006, se identificó que la ESE Centro 2 punto de atención Rioblanco cumple parcialmente con los mismos lo que significa que hay prestación de servicios de salud que no cumplen las mínimas condiciones de calidad.
- En relación al Recurso Humano, de los 106 características contenidos en la resolución, no aplican a la institución 78, las 22 que cumplen, se debe a que el personal que labora en la institución cumple con los requisitos legales y de entrenamiento exigidos para la adecuada prestación de los servicios de salud correspondientes a un nivel de complejidad bajo, además se cuenta con el recurso humano necesario y competente para la prestación de dichos servicios.
- Se encontró que la Institución no cuenta con una planta física adecuada para la excelente prestación de los servicios de salud, y no cumple con los requisitos mínimos de habilitación. En cuanto a Dotación y Mantenimiento no aplica los estándares en un 68%.
- De las 10 características de verificación de gestión medicamentos y dispositivos médicos, 6 no aplican al nivel de complejidad institucional. En torno a los Procesos Prioritarios Asistenciales se da cumplimiento a 16 (el 59%), el no cumplimiento se debe a que a pesar de que están definidos y documentados los procedimientos y los protocolos de enfermería, no se realizan actividades de verificación del cumplimiento de las mismas, además no existe un plan de capacitación para divulgación de guías y protocolos y no se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.
- De los 17 características de verificación de Historias clínicas y registros asistenciales, se tiene un incumplimiento del 88%. En Interdependencia de servicios se cumple con 2 características (el 33 %) correspondiente a una adecuada red de radiocomunicaciones, sin embargo no se cuenta con una adecuada interdependencia de servicios con laboratorio clínico, radiología en caso de urgencias y no hay un servicio de esterilización que permita su utilización a los demás servicios que lo requiera.
- En relación a la Verificación de Referencia y contrarreferencia, se da cumplimiento a 1 características (20%) correspondiente a que se tiene un sistema de referencia de pacientes de alto riesgo para ser atendidos en un nivel de mayor complejidad. En cuanto al Seguimiento a riesgos, se da

cumplimiento a 3 (33%) correspondiente a que se realiza seguimiento y reporte trimestral de cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

- De los 11 características de verificación de traslado asistencial básico (TAB). Ambulancia terrestre, se da cumplimiento al 86% dado que la institución cuenta con una ambulancia en buenas condiciones generales.
- En relación a las Historias Clínicas, Se desarrolló un instrumento de evaluación para la evaluación del componente médico y el administrativo. En el primer componente, de las 32 historias clínicas auditadas se encontró que 9.7% (N=3) historias clínicas se encuentran en un nivel óptimo, 18,75% (N=6) en nivel muy satisfactorio, 62,5% (N=20) en nivel deficiente y 9.7% (N=3) en nivel muy deficiente. En cuanto al componente administrativo, 9.7% (N=3) historias clínicas se encuentran en un nivel óptimo, 5 se encuentran en nivel muy satisfactorio, 11 en nivel deficiente y 13 se encuentran en nivel muy deficiente.

8 BIBLIOGRAFIA

CENSO DANE 2005 <http://www.dane.gov.co/censo/>

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.

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

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. MPS. Pautas para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007.

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

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. República de Colombia Dirección General de Calidad de Servicios. *Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad*

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.

<http://mps.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo18676DocumentNo9993.PDF>

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

Sitio oficial de Sotará en Cauca, Colombia <http://sotara-cauca.gov.co/index.shtml>

PÁGINA OFICIAL ESE CENTRO 2. <http://esecentro2.com/index.html>

Rioblanco Territorio Sagrado del agua y templo biodiverso de la cultura ancestral Yanacona <http://www-mayesitiosturiisticos.blogspot.com/>

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

9 ANEXOS

ANEXO 1. MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN DE ESTANDRES DE CUMPLIMIENTO

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

ANEXO 2. MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN DE ESTANDRES DE NO CUMPLIMIENTO

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE EVALUACION DE HISTORIAS CLINICAS

EVALUACIÓN COMPONENTE MEDICO										
No. DE HISTORIA	MOTIVO DE CONSULTA	ENFERMEDAD ACTUAL	ANTECEDENTES	EXAMEN FISICO	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	EXAMENES DE APOYO	CORRELACION DX/ TTO	FIRMA Y REGISTRO MD	LETRA LEGIBLE	TOTAL
	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	99,9

EVALUACIÓN COMPONENTE ADMINISTRATIVO				
HOJA DE APERTURA DE HISTORIAS CLINICAS	DATOS PERSONALES	ORDEN Y CONTINUIDAD	PAPELERIA COMPLETA	TOTAL
25	25	25	25	100

ANEXO 4. MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN DE ESTANDRES DE CUMPLIMIENTO

1. Recursos Humanos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
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	
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	
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	
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	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
1.10	HOSPITALIZACIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD	Médico general, enfermera profesional, auxiliar en enfermería. Pueden ser compartidos con otros servicios siempre y cuando el otro servicio no requiera exclusividad o permanencia.	X	
1.19	SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Médico general. Para los procedimientos anestésicos se sujetará a lo establecido en la Ley 6 de 1991 y demás normas reglamentarias. En el sentido de que solo se podrán practicar procedimientos anestésicos por parte de médico general en casos de urgencia y en casos no remitibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico anesthesiólogo. Los médicos que estén cumpliendo con el servicio social obligatorio solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia vital. Los médicos no especializados en anestesiología y reanimación y los profesionales de odontología, podrán practicar procedimientos anestésicos como la anestesia local o regional, en los casos propios de su ejercicio profesional ordinario y habitual que no impliquen riesgo grave para la salud del paciente. En sala de recuperación se debe contar con enfermera jefe y auxiliar en enfermería permanentes, y disponibilidad del médico responsable del acto anestésico y del quirúrgico.	X	SOLO SE HACE LA APLICACIÓN DE ANESTESIA PARA PROCEDIMIENTOS DE SUTURA DE HERIDAS.
1.31	SERVICIOS OBSTÉTRICOS BAJA COMPLEJIDAD	Médico general y auxiliar en enfermería.	X	
1.33	ESTERILIZACIÓN	Instrumentador o enfermera profesional o auxiliar en enfermería, esta última para aquellos lugares en que no se pueda contar con el personal profesional.	X	
1.39	CONSULTA MÉDICA GENERAL	Médico general.	X	MEDICO DE SSO.
1.48	HIGIENE ORAL	Odontólogo o higienista oral, éste último bajo la supervisión del odontólogo.	X	
1.49	CONSULTA ENFERMERÍA DE	Enfermera profesional.	X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
1.53	URGENCIAS BAJA COMPLEJIDAD	Médico general, auxiliar en enfermería, permanentes.	X	MEDICO DE SSO.
1.82	TERAPIA RESPIRATORIA	Fisioterapeuta o terapeuta respiratoria. En el servicio de urgencia de baja complejidad las nebulizaciones podrán ser realizadas por auxiliar en enfermería. En servicio de mediana y alta complejidad por enfermera jefe. En hospitalización de mediana y alta complejidad solo podrá ser prestado por terapeuta Respiratoria.	X	
1.83	UNIDAD MÓVIL Y SERVICIOS EXTRAMURALES	Todos los servicios que se presten en esta modalidad deberán contar con el mismo recurso humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.	X	
1.84	AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO	Auxiliar en enfermería o de urgencias médicas o tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria, en cualquier caso, con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas. Conductor con capacitación en primeros auxilios de mínimo 40 horas.	X	
1.88	CONSULTA PRIORITARIA	De acuerdo con los servicios que preste deberá cumplir con los requisitos de recurso humano definidos en consulta de medicina general, consulta de odontología general, consulta de enfermería, sala de procedimientos menores, terapia respiratoria (las nebulizaciones pueden ser realizadas por enfermera profesional o auxiliar en enfermería), rehidratación oral, entre otros.	X	NO SE CUENTA CON PROTOCOLO POR ESCRITO.
1.89	SALA DE REANIMACIÓN.	Es el mismo recurso humano exigido para el servicio del cual dependa. (Vgr: Si la sala depende del servicio de urgencias, el recurso humano será el mismo con el que se habilitó el servicio).	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	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
1.91	SALA DE REHIDRATACIÓN ORAL	Enfermera profesional y/o auxiliar en enfermería con supervisión del médico general quien será el responsable de los pacientes. No es exclusivo de este servicio. El personal, no es exclusivo de este servicio.	X	NO SE CUENTA CON UN AREA EXCLUSIVA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO
1.92	SALA ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA (ERA)	Enfermera profesional y/o auxiliar en enfermería con disponibilidad de terapeuta respiratoria. Con supervisión del médico general quien será el responsable de los pacientes. El personal, no es exclusivo de este servicio	X	NO SE CUENTA CON UN AREA EXCLUSIVA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.
1.93	SALA DE YESOS	Médico general. Ortopedista de disponibilidad.	X	NO SE CUENTA CON UN AREA EXCLUSIVA PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO.
1.94	AREAS DE PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS O CONSULTORIOS EN LOS QUE SE REALICEN PROCEDIMIENTOS	El recurso humano requerido para los procedimientos que realice de acuerdo con las competencias definidas en las leyes del ejercicio profesional en salud y de acuerdo con el recurso humano de consulta externa habilitado El recurso humano no es exclusivo del servicio puede ser compartido con otros, pero disponible cuando se necesite.	X	
1.104	HOSPITALIZACIÓN DÍA	Deberá contar con el recurso humano exigido para hospitalización de mediana y alta complejidad. Para hospital de día psiquiátrico deberá cumplir con lo definido para hospitalización en salud mental. Si durante la hospitalización de día se realizan procedimientos quirúrgicos, deberá contarse con lo descrito para los servicios quirúrgicos de mediana y alta complejidad. Si durante la hospitalización de día se realizan otro tipo de procedimientos deberá contar con lo requerido para sala general de procedimientos menores.	X	

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
2.1	TODOS SERVICIOS LOS	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	
2.2	TODOS SERVICIOS LOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.	X	
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	
2.7	TODOS SERVICIOS LOS	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
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	
2.47	SERVICIO DE VACUNACIÓN	Dispone de una área delimitada con espacio para refrigeradora en zona de sombra y alejada de toda fuente de calor, y cuenta con área para vacunación con lavamanos (este último puede ser compartido con otras áreas adyacentes).	X	
2.48	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO Y MEDICALIZADO	Las especificaciones técnico-mecánicas de las ambulancias terrestres, fluviales o marítimas y aéreas, tendrán como referencia la última versión vigente de la Norma Técnica Colombiana (ICONTEC). Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos. Se debe cumplir con las disposiciones que se encuentran desarrolladas en los requisitos de habilitación de los servicios de traslado asistencial básico (TAB) y traslado asistencial medicalizado (TAM) para ambulancia aérea, terrestre y/o fluvial o marítima.	X	
2.52	CONSULTA PRIORITARIA	De acuerdo con los servicios que preste deberá cumplir con los requisitos de instalaciones físicas definidas para consulta de medicina general, consulta de odontología general, consulta de enfermería, sala de procedimientos menores, terapia respiratoria, rehidratación oral.	X	

3. Dotación – Mantenimiento.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	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	
3.2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	X	
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	
3.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.	X	
3.18	SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE BAJA -MEDIANA, Y ALTA COMPLEJIDAD	Si el servicio es de baja complejidad, la sala de partos cuenta con: Equipo de succión, equipo básico de reanimación, lámpara cuello de cisne o una equivalente que ilumine perfectamente el campo de interés, lámpara de calor radiante o equivalente, mesa de atención de parto, equipos de atención de partos, equipo de episiotomía y episiorrafia, mesa para la atención del recién nacido, tallímetro, báscula pesa bebé. Si el servicio es de mediana o alta complejidad además de lo anterior Disponibilidad de máquina de anestesia en el área de salas de partos y legrados.	X	
3.28	TOMA DE MUESTRAS	Camilla y lámpara de cuello de cisne o su equivalente que permita la	X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
	PARA CITOLOGÍAS CERVICO UTERINAS	iluminación del campo de interés, espéculos y material necesario para realizar este procedimiento. Las muestras se toman con citocepillo endocervical y espátula, aséptico y desechables. El espéculo puede ser desechable o reutilizable siempre y cuando se garantice esterilización.		
3.32	TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO CLÍNICO	Los equipos necesarios según las muestras que tomen.	X	
3.48	CONSULTA PRIORITARIA	De acuerdo con los servicios que preste deberá cumplir con los requisitos de dotación definidos. Para consulta de medicina general, consulta de odontología general, consulta de enfermería, sala de procedimientos menores, terapia respiratoria, rehidratación oral y los demás servicios que ofrezcan.	X	
3.51	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
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.	X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
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	

5. Procesos prioritarios asistenciales.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
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	
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	
5.6	TODOS LOS SERVICIOS	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.	X	
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 infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
5.10	TODOS LOS SERVICIOS	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. 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.	X	
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.	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	
5.18	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.	X	
5.25	SERVICIOS QUIRÚRGICOS, SERVICIOS OBSTÉTRICOS	Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, equipo de salud, paciente, instrumental y equipos. Guías de Evaluación y registro Pre-anestésico, a todo paciente que va a ser intervenido con anestesia regional o general. Preparación del paciente para el acto quirúrgico, traslado del paciente al quirófano, manejo de complicaciones post-quirúrgicas, transporte de paciente complicado. En caso de realizarse procedimientos ambulatorios, se deben tener definidos los procedimientos para la información al paciente sobre preparación, consentimiento informado y recomendaciones postoperatorias, controles, complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos quirúrgicos sin hospitalización.	X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
5.28	SERVICIOS OBSTÉTRICOS	Atención del parto, indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia, hemorragia post-parto y post-cesárea, complicaciones intraparto, instrumentación, atención al recién nacido: Profilaxis ocular y umbilical, adaptación, reanimación del recién nacido y criterios de remisión.	X	
5.31	ESTERILIZACIÓN	Si utiliza esterilización a gas, cuenta con un manual de procedimientos, Manual de Esterilización según la (s) técnica (s) que utilice la IPS	X	
5.47	SALA DE REANIMACIÓN.	Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, Equipo de salud, El paciente, Instrumental y los equipos. Transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, provenientes de un Banco de Sangre o de un servicio de transfusión sanguínea. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente. Guías sobre Atención médica inicial y definición de conducta. Revisión en cada turno del EQUIPO DE REANIMACIÓN Planes de emergencia hospitalaria. Cadena de llamadas.	X	SOLO SE REALIZAN LAS TECNICAS DE REANIMACION, NO SE HACEN TRANSFUSIONES SANGUINEAS.
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 generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos menores. Protocolos de los procedimientos que se realizan en la sala, que incluyan consentimiento informado. 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. Guías de manejo de patologías de Urgencia Manual de bioseguridad.	X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
5.59	PROMOCIÓN PREVENCIÓN	Y Debe contar con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.	X	

6. Historia Clínica y Registros Asistenciales

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
6.16	SERVICIOS DE URGENCIAS Y LOS Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	Deberá contar con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.	X	

7. Interdependencia de Servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
7.8	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.	X	
7.15	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO O MEDICALIZADO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	Cuenta con sistema de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia.	X	

8. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
8.3	SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	Sistemas de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal.	X	PACIENTES COMENTADOS POR MEDICO.

9. Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACIONES
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> <p>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> <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 ofrecidos.</p>	X	
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	
9.12	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	Infecciones derivadas de los procedimientos realizados. Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (ej. Sangrados) en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.	X	

ESTANDARES DE HABILITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO (TAB) Y TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO (TAM) AMBULANCIA TERRESTRE

COD.	SERVICIO	CRITERIO	C	OBSERVACION
	<p style="text-align: center;">TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO (TAM) AMBULANCIA TERRESTRE</p>	<p>CARROCERIA.</p> <p>Tiene dos compartimentos, uno para el conductor y otro para el paciente con comunicación visual y auditiva entre sí.</p> <p>Tiene acceso principal al compartimiento del paciente por la parte posterior con una apertura útil de mínimo 1.10 metros altura y de 0.90 metros de ancho, con mecanismo que permite el bloqueo en posición de “abierta”, con un peldaño adherido a la carrocería con acabado antideslizante para facilitar el acceso al compartimiento del paciente. (Sobre estas mediadas se autorizan variables máximas del 10 %)</p> <p>El vehículo tiene en el compartimiento del paciente ventanas con vidrio de seguridad, con visibilidad únicamente de adentro hacia fuera y con dispositivo de martillo o de otro tipo para fracturarlas.</p> <p>Las dimensiones interiores básicas para el compartimiento del paciente para ambulancias 4x4, 4x2 y tipo Van son mínimo de 2.20m de longitud, 1.50m de ancho y 1.35 de alto. (Sobre estas mediadas se autorizan variables máximas del 10 %)</p>	X	
		<p>El color principal de la ambulancia debe ser visible y de fácil identificación. Se recomienda el uso del blanco como color principal (Describir color en observaciones).</p> <p>En todos los lados exteriores de la carrocería incluido el techo esta la leyenda “AMBULANCIA” fabricada en material reflectivo. En el aviso de la parte anterior externa de la carrocería, la palabra “AMBULANCIA”, debe tener un largo mínimo del 90% del frente del vehículo y estar escrita en sentido inverso.</p> <p>En los costados y en la parte posterior del vehículo debe llevar el nombre o logotipo de la entidad a la cual pertenece, la sigla TAB o TAM según el caso y el nombre del municipio sede de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.</p> <p>En los costados, puertas posteriores y en el techo de la ambulancia, tiene la “Estrella de la Vida”, de color azul o verde reflectivo ó el Emblema Protector de la Misión Médica de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1020 de 2002 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan del Ministerio de la Protección Social.</p>		

	<p>LUCES EXTERIORES:</p> <p>Tiene dispositivo de señalización óptica (barra de luces) en la parte delantera y por encima del vidrio parabrisas que puede ser de tipo rotatorio, intermitente o estroboscópico, visible como mínimo a 180° y de fácil observación con la luz del día.</p> <p>En la parte posterior de la carrocería del vehículo debe llevar un dispositivo de señalización óptica, que puede ser de tipo rotatorio, intermitente o estroboscópico, visible como mínimo a 180° y de fácil observación a la luz del día.</p> <p>Tiene dos luces de delimitación laterales blancas fijas, distribuidas simétricamente en cada costado del vehículo.</p> <p>Tiene dos luces de delimitación laterales rojas intermitentes ambas distribuidas simétricamente en cada costado del vehículo.</p>	X	
	<p>CONDICIONES GENERALES DEL INTERIOR DEL VEHICULO.</p> <p>Con relación a los revestimientos interiores del compartimiento del paciente, estos no tienen elementos afilados o cortantes, son de material lavable, con acabados no rugosos y resistentes al deterioro por agentes desinfectantes habituales.</p> <p>El piso de la ambulancia es antideslizante, su unión con las paredes es hermética y se encuentra adherido al vehículo.</p>	X	
	<p>Con relación a la silla del acompañante, ésta es de material lavable, cuenta con cinturones de seguridad y protección para la cabeza y la espalda.</p> <p>Tiene cinturones de seguridad adicionales para sostener una camilla adicional.</p> <p>Con relación a la silla del personal auxiliador, ésta tiene cinturones de seguridad y protección para la cabeza y espalda.</p> <p>En el compartimiento del paciente, lleva la leyenda de “NO FUME” y “USE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD”.</p> <p>Los gabinetes del compartimiento del paciente son livianos, de material resistente, lisos, lavables, sin bordes agudos o filos cortantes y tienen sistema de puertas de material transparente, resistente, con anclajes seguros para evitar la apertura de las puertas.</p> <p>Los entrepaños de los gabinetes tienen un borde ligeramente elevado para evitar que los medicamentos y equipos se caigan cuando el vehículo esta en movimiento.</p> <p>En los gabinetes llevan el nombre correspondiente y colores de Identificación para guardar los elementos de acuerdo con su especialidad, así: Azul: Sistema respiratorio; Rojo: Sistema Circulatorio; Amarillo: Pediátrico; Verde: quirúrgico y accesorios</p>		

	Los equipos de tratamiento médico están asegurados convenientemente sin detrimento de su operación.		
	La ambulancia tiene iluminación interior para todo el área de manejo del paciente. Tiene lámpara desmontable que permita su utilización a distancia del vehículo. Tiene barra pasamanos en el compartimiento del paciente fijada al techo y resistente para sostener al personal asistencial cuando el vehículo esté en movimiento. Tiene compartimiento aislado para los cilindros de oxígeno con manómetros visibles y regulables desde el interior del compartimiento del paciente. 27. Los gases del tubo de escape no ingresan al interior de la ambulancia.		
	SISTEMA SONORO Y DE COMUNICACIONES Tiene una sirena como sistema principal de alerta. Cuenta la ambulancia con sistema de telecomunicaciones de doble vía, asignado exclusivamente a la ambulancia, que le permita establecer contacto con su central, base o red de coordinación. ¿Cuál? (especifique en observaciones)	X	
	DOTACIÓN. AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB). <ul style="list-style-type: none"> ✓ Camilla principal con sistema de anclaje. ✓ Camilla secundaria para inmovilización espinal. ✓ Atril portasuero de dos ganchos. ✓ Un tensiómetro adultos. ✓ Un tensiómetro pediátrico. ✓ Un fonendoscopio adultos. ✓ Un fonendoscopio pediátrico. ✓ Pinzas de Magill. ✓ Tijeras de material. ✓ Un termómetro clínico. ✓ Una perilla de succión. ✓ Una riñonera. ✓ Un pato mujeres. ✓ Un pato hombres. ✓ Una lámpara de mano. ✓ Una manta térmica. ✓ Sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento de mínimo tres (3) metros cúbicos. Parte del sistema debe ser portátil para permitir el desplazamiento de las camillas manteniendo el suministro de oxígeno al paciente. ✓ Aspirador de secreciones. ✓ Un dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno pediátrico. 	X	

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tres cánulas orofaríngeas de diferentes tamaños. ✓ Una máscara de no reinhalación con reservorio para adulto. ✓ Una máscara de no reinhalación con reservorio pediátrica. ✓ Un combitubo o máscara laríngea. ✓ Un sistema ventury adulto. ✓ Un sistema ventury pediátrico. ✓ Un nebulizador. ✓ Conjunto para inmovilización que debe contener collares cervicales graduables, inmovilizadores laterales de cabeza, férulas neumáticas, de cartón o de plástico para el brazo, cuello, antebrazo, pierna y pié; vendas de algodón, vendas de gasa, vendas triangulares. 		
	<p>HERRAMIENTAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Un extintor para fuegos ABC, con capacidad mínima de carga de 2.26 kg. para cada uno de los compartimentos de la ambulancia (conductor y paciente). ✓ Cuenta con un conjunto de herramientas entre las que deben estar: chaleco reflectivo, rueda de repuesto, una llave de pernos o cruceta, una tijera cortatodo, un gato y equipo para sustitución de ruedas, señales reflectivas de emergencia, dos tacos de madera o de otro material para bloqueo de llantas, un martillo, un juego de cables de iniciación eléctrica para batería, una linterna con pilas, destornilladores, un alicate, una palanca patecabra, llaves de boca fija y una cuerda estática con anchos para tracción. 	X	

ANEXO 5 MANUAL UNICO DE ESTANDARES Y VERIFICACIÓN DE ESTANDARES DE NO CUMPLIMIENTO

1. Recursos humanos:

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
1.8	TODOS LOS SERVICIOS	Las hojas de vida del recurso humano conratado, 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	LAS HOJAS DE VIDA SOLO SE ENCUENTRAN EN LA SEDE ADMINISTRATIVA.
1.56	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Bacteriólogo. Además podrán contar con auxiliar(es) en laboratorio clínico, siempre bajo la supervisión del Bacteriólogo, quien será el responsable de todas las actividades que se lleven a cabo en el servicio de toma de muestras. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán realizarlo auxiliares de enfermería con entrenamiento certificado. En los servicios de profesionales independientes, el bacteriólogo, debe garantizar contrato(s) con uno o varios laboratorios para procesar los exámenes.	X	LA TOMA DE MUESTRAS LA REALIZA AUXILIAR DE ENFERMERIA, SIN CERTIFICACION Y SIN SUPERVISION DEL BACTERIOLOGO.
1.59	TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS.	Médico general o enfermera o bacteriólogo o citohistotecnólogo. Todo el personal involucrado en la toma de citología debe recibir capacitación y tener entrenamiento certificado específico. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán realizarlo auxiliares de enfermería con entrenamiento certificado.	X	LA TOMA DE MUESTRAS LA REALIZA AUXILIAR DE ENFERMERIA Y ENFERMERO SIN CERTIFICACION.
1.63	VACUNACION	Médico o enfermera, como responsable del servicio. Podrán contar con personal auxiliar en enfermería o promotores de salud, los cuales deben tener entrenamiento específico en el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI certificado por la dirección territorial o por otra institución o por profesional de enfermería o médico con experiencia en el tema.	X	NO SE CUENTA CON PERSONAL CERTIFICADO EN PAI
1.106	PROMOCION Y PREVENCIÓN	La toma de citologías cérvico –vaginales, podrá ser realizada por auxiliar en enfermería con entrenamiento certificado. Para vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones: Auxiliar en enfermería y/o promotor de salud con entrenamiento en vacunación certificado por la dirección territorial o por otra institución o por profesional de enfermería o médico con experiencia en el PAI.	X	NO SE TIENE CERTIFICACION PARA TOMA DE CITOLOGIAS Y EN PAI

2. Infraestructura - instalaciones físicas - mantenimiento:

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
2.3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X	NO SUPLE LAS NECESIDADES DE TODAS LAS AREAS.
2.4	TODOS LOS SERVICIOS	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. 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.	X	
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	
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.	X	
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	EL AREA PARA TOMA DE CITOLOGIAS NO CUENTA CON LA VENTILACION ADECUADA
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	NO CUENTA CON VENTILACION, PAREDES Y TECHOS ADECUADOS.

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.	X	NO SE CUENTA CON DEPOSITO DE CADAVERES
2.14	HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS EN TODAS LAS COMPLEJIDADES	Cuenta con tanques de almacenamiento de agua, que garantiza como mínimo, 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua. Tiene un área para el uso técnico de los elementos de aseo. Los baños cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.	X	LOS TANQUES DE ALMACENAMIENTO DE AGUA NO DISTRIBUYEN ADECUADAMENTE EL AGUA HACIA LOS SERVICIOS.
2.15	HOSPITALIZACION	Condiciones del área de hospitalización: El puesto de enfermería garantiza la monitorización de pacientes o cuenta con sistemas de llamado en cada habitación y el rápido acceso a los cuartos de hospitalización. La estación de enfermería para el servicio de hospitalización, debe quedar localizada de tal forma, que permita visualizar las circulaciones de las habitaciones de hospitalización. Debe contar con baño, área de trabajo sucio, área de aseo para el servicio. Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas. El ambiente de los baños permite el fácil desplazamiento del paciente, las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas y cuentan con un sistema que les permite ser abiertas rápidamente.	X	LA ESTACION DE ENFERMERIA NO CON CUENTA CON BAÑO NI AREA DE TRABAJO SUCIO. LAS PUERTAS NO SON DE FACIL ACCESO A LOS CUATROS.
2.16	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	Cuando se trata de de lactantes cuenta con espacio acondicionado para bañar y vestir a los niños (puede ser dentro del baño). Las ventanas tienen sistemas de seguridad para los niños.		NO SE CUENTA CON UN AREA ESPECIFICA PARA HOSPITALIZACION PEDIATRICA.
2.23	SERVICIOS OBSTÉTRICOS BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	Dispone de un ambiente físico exclusivo y delimitado con las siguientes áreas que funcionarán en forma independiente: Salas de parto con área de atención del recién nacido y /o área de adaptación neonatal. Las puertas de las salas de parto tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia. Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en el área de preparto y sala de partos.	X	

		Se permitirá realizar en una misma área, el trabajo de parto, la atención del parto y el postparto siempre y cuando funcione un solo paciente por sala. Si el área seleccionada es la habitación de la paciente, tendrá baño privado, teniendo cuidado de no abrir su puerta en el momento del Parto; la entrada del baño debe tener doble puerta, de tal manera que entre el espacio que quede entre las dos quepa una persona parada para que haga de filtro. Debe existir un área para recuperación del recién nacido. Área de aseo. Cuenta con la señalización para el acceso restringido.		
2.25	ESTERILIZACIÓN	Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. Si se realiza esterilización a gas, cuenta con el área específica. Debe poseer áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril. Debe contar con unidad sanitaria y área de aseo.		ESTE PROCESO SE REALIZA DENTRO DEL AREA DE URGENCIAS
2.29	CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA	Debe contar con un ambiente exclusivo y delimitado en odontología, en el cual podrán funcionar varias unidades odontológicas. Cuando posean más de tres unidades odontológicas, deberán contar con una zona para esterilización, a menos que la IPS cuente con una central de esterilización. Además de las condiciones definidas para consulta externa, debe contar con pocetas para el lavado de instrumental lavamanos para toda el área. Tiene sala de espera con unidad sanitaria. Consultorio con espacio cerrado con ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de procedimientos. Debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables.	X	NO SE CUENTA CON UN AREA EXCLUSIVA PARA ESTERILIZACION, NO SE CUENTA CON LAVAMANOS PARA EL AREA. NO SE TIENE CONSULTORIO CON AMBIENTE SEPARADO PARA ENTREVISTA Y RALIZACION DE PROCEDIMIENTOS
2.30	URGENCIAS	Cuenta con un ambiente físico exclusivo y delimitado y dispone de las siguientes áreas: Puesto de enfermería, el cual debe contar como mínimo con los siguientes ambientes: trabajo sucio, unidad sanitaria y depósito Consultorios con las características de consulta externa. Sala de procedimientos con área para curaciones. Sala de observación (si atiende pacientes pediátricos contará con ambiente separado para este tipo de pacientes) Sala de Reanimación (en baja complejidad puede ser la misma área de procedimientos). Área general de aseo para el servicio; puede ser compartido con otros servicios cercanos. El servicio garantiza la disponibilidad de oxígeno en los consultorios,	X	LA ESTACION DE ENFERMERIA NO CON CUENTA CON BAÑO NI AREA DE TRABAJO SUCIO. NO SE CUENTA CON UN CONSULTORIO EXCLUSIVO PARA URGENCIAS. NO SE TIENE DISPONIBILIDAD DE OXIGENO PARA TODOS LOS SERVICIOS QUE SE REQUIEREN

		en el área de observación y en la sala de reanimación. Presta servicios 24 horas.		
2.33	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO.	Debe existir un área dedicada para tomar muestras que esté dotada con muebles para tal fin. Debe tener un mezon sólido para la centrífuga. En ésta no debe haber tela ni madera expuesta, debe estar cubierta con plástico u otro material lavable. Toma de muestras ginecológicas y citologías Cérvico uterinas: Esta área debe ser independiente y privada. Área de aseo y sanitarios: Deben contar mínimo con un baño, poceta y lavamanos que puede ser compartido con otros servicios.	X	NO SE CUENTA CON BAÑO NI LAVAMANOS. PAREDES TECHOS Y PISOS NO SON ADECUADOS.
2.45	SERVICIOS EXTRAMURALES	Áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos.	X	NO SE CUENTAN CON AREAS ACONDICIONADAS
2.54	SALA DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS.	Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no es utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución. 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 cielorasos, 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. Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno. Los equipos eléctricos estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra. Área de aseo para este servicio, en caso de no compartirlo con otros servicios aledaños.	X	NO EXISTE UN AREA ESPECIFICA Y DELIMITADA. PAREDES, TECHOS Y PISOS NO SON ADECUADOS.
2.55	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	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, 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.	X	NO SE CUENTA CON UN AREA ESTABLECIDA SOLAMENTE PARA PROCEDIMIENTOS MENORES. LOS PROCEDIMIENTOS SON REALIZADOS EN AREA DE URGENCIAS Y CONSULTORIO MEDICO.

		<p>Acceso a lavamanos, fuera de la sala.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
2.59	<p>AREAS DE PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS O CONSULTORIOS EN LOS QUE SE REALICEN PROCEDIMIENTOS</p>	<p>El área puede estar en conexión con un consultorio, haciendo parte de él pero garantiza un área física exclusiva de circulación restringida.</p> <p>En el área de procedimientos los pisos, cielorasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza.</p> <p>Los consultorios además de las condiciones definidas para consulta externa, deben contar con lavamanos y los pisos, cielorasos, techos, paredes y muros al igual que los muebles al interior del área son de fácil limpieza.</p>	X	<p>LAS PAREDES, TECHOS Y PISOS NO SON ADECUADOS. LOS PROCEDIMIENTOS SON REALIZADOS EN AREA DE URGENCIAS Y CONSULTORIO MEDICO.</p>

3. Dotación - Mantenimiento:

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
3.5	HOSPITALIZACIÓN EN TODAS LAS COMPLEJIDADES	Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes. La dotación mínima será ambú - bag, laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, guía de intubación para adulto y pediátrica según el tipo de población que atiende. Succionador, electrocardiógrafo, bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto, glucómetro, camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y silla de ruedas.	X	<p>NO SE TIENE HOJAS PARA LARINGOSCOPIO PEDIATRICO.</p> <p>NO SE TIENE SUCCIONADOR SOLO PARA EL AREA DE URGENCIAS.</p> <p>NO SE TIENE ELECTROCARDIOGRAFO NI GLUCOMETRO.</p>
3.12	ESTERILIZACIÓN	Equipo de esterilización según el método establecido en el manual de esterilización de la institución.		<p>SOLO SE CUENTA CON UNA OLLA PARA ESTERILIZACION. EL PROCESO DE ESTERILIZACION SE REALIZA EN EL AREA DE URGENCIAS, NO EXISTE UN AREA ESPECIFICA PARA EL PROCESO DE</p>

				ESTERILIZACION.
3.21	CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL, O ESPECIALIZADA, PEDIATRÍA, SERVICIOS DE FOMENTO Y PREVENCIÓN CON PROGRAMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SERVICIOS DE ATENCIÓN EXTRAMURAL EN CASO DE QUE PRACTIQUE PROCEDIMIENTOS DE VACUNACIÓN, CONSULTA EXTERNA DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD.	Dotación básica para consultorio médico y para algunas especialidades si aplica: Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología), martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé según el caso.	X	NO SE TIENE EQUIPO DE ORGANOS COMPLETO PARA LA VALORACION DE PACIENTES.
3.22	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA	Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, espejo de mano, bandeja para instrumental, eyector, jeringa triple, módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano. Piezas de mano con: Airotor, micromotor, contra-ángulo; compresor de aire, esterilizador, recipiente para esterilización en frío estéril o Autoclave, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, exploradores doble extremo, sondas periodontales, pinzas algodoneras, cucharillas y/o excavadores, jeringas cámpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad. Dispone también del siguiente Instrumental para operatoria: Aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor, portabanda y portamatriz y o cleoide, discoide. Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, tiranervios, limas, dentímetro.	X	NO SE CUENTA CON AUTOCLAVE SOLO PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, ESTE SE COMPARTE CON EL SERVICIO DE URGENCIAS. NO SE TIENE DISPONIBILIDAD DE JUEGOS DE INSTRUMENTAL

		Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí, pinza gubia. Instrumental para periodoncia: Sonda periodontal, dentímetro, periostótomo y curetas.		
3.27	URGENCIAS BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Si el servicio es de baja o mediana complejidad cuenta con: En el área de consulta médica: Camilla con estribos, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos, tensiómetro y fonendoscopio, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie. En urgencias pediátricas: balanza pesa bebé y cinta métrica. En Sala de procedimientos: Camillas rodantes con freno y con barandas, equipo de pequeña cirugía. En Sala de Observación: Camillas rodantes con barandas. Dotación para todo el servicio: Instrumental gineco-obstétrico, Monitor de signos vitales, Aspirador de secreciones, Material para inmovilización para adulto y pediátrico. Equipo de toracostomía. El carro de paro debe contener: Equipos para permeabilización de vía aérea (bajalenguas, tornillos, pinzas maguill) cánulas orofaríngeas: guedelmayo, bergman y nasofaríngeas blandas o rígidas de diferentes tamaños. Dispositivo para ventilación transtraqueal percutánea. Laringoscopio, pilas, valvas para adulto y paciente pediátrico, de diferentes tamaños, rectas y curvas. Tubos endotraqueales de diferentes tamaños. Máscaras laríngeas de diferentes tamaños o combitubo. Fijadores de tubo endotraqueal. Mangueras conectoras a fuentes de oxígeno. Dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio para adultos y pediátrico. Máscara de no reinhalación con reservorio para adultos y pediátrico.		NO SE TIENE UNA SALA DE PROCEDIMIENTOS, ESTOS SE REALIZAN DENTRO DEL AREA DE URGENCIAS. EN EL AREA DE OBSERVACION NO SE TIENE CAMILLA CON BARANDAS. HACE FALTA INSTRUMENTAL. NO SE CUENTA CON MONITOR DE SIGNOS VITALES. SE TIENE SOLO UN ASPIRADOR DE SECRECIONES QUE SE COMPARTE CON PARTOS. NO SE TIENE CARRO DE PARO DEBIDAMENTE HABILITADO.
3.42	TRASLADO ASISTENCIAL AÉREO, TERRESTRE, MARÍTIMO Y/O FLUVIAL	Debe cumplirse con los criterios establecidos para el traslado asistencial terrestre, aéreo y/o marítimo y fluvial que se encuentran en el presente anexo técnico.	X	REQUIERE DE ALGUNOS MEDICAMENTOS E INSUMOS.

3.45	SERVICIO FARMACÉUTICO		La dotación y muebles necesarios para la clasificación, almacenamiento y dispensación de los medicamentos, para la realización de los procesos que ofrezcan.	X	SOLO DE DISTRIBUYEN MEDICAMENTOS PARA URGENCIAS. NO SE TIENE LA DOTACION PARA EL ALMACENAMIENTO ADECUADO DE MEDICAMENTOS
3.49	CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL ESPECIALIZADA	DE Y	Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, espejo de mano, bandeja para instrumental, eyector, jeringa triple, módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano. Piezas de mano con: Airotor, micromotor, contra-ángulo; compresor de aire, esterilizador, recipiente para esterilización en frío estéril y o autoclave, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, exploradores doble extremo, sondas periodontales, pinzas algodoneras, cucharillas y/o excavadores, jeringas cámpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad. Dispone también del siguiente. Instrumental para operatoria: Aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor, portabanda y portamatriz y o cleoide, discoide. Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, tiranervios, limas, dentímetro. Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí, pinza gubia. Instrumental para Periodoncia: Sonda periodontal, dentímetro, periostótomo y curetas.	X	NO SE TIENE AUTOCLAVE PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA. NO SE TIENE DISPONIBILIDAD DE JUEGOS DE INSTRUMENTAL.
3.50	SALA REANIMACION	DE	Instrumental o equipo de pequeña cirugía, Monitor de signos vitales, succionador y material para inmovilización adulto y pediátrico, puede ser compartido con todo el servicio de urgencias. Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos, que cada servicio tenga definido en una relación fácilmente disponible. La dotación mínima será Ambú, Laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, Guía de entubación (adulto y pediátrica). Ambú y laringoscopio neonatales, desfibrilador, equipo de toracostomía, que pueden ser compartidos con todo el servicio de urgencias.	X	NO SE TIENE UNA AREA SOLAMENTE PARA REANIMACION, SE HACE EN EL AREA DE URGENCIAS. NO SE CUENTA CON MONITOR. NO SE TIENE SUCCIONADOR PARA EL AREA DE URGENCIAS, SE COMPARTE CON PARTOS. NO SE CUENTA CON HOJAS PARA LARINGOSCOPIO PEDIATRICO

4. Medicamentos y dispositivos médicos – Gestión de medicamentos y dispositivos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
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	NO SE REALIZA ALMACENAMIENTO DE MEDICAMENTOS CON CONTROL DE TEMPERATURA, HUMEDAD, VENTILACION
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	NO SE TIENEN DEFINIDAD POLITICAS DE NO REUSO

5. Procesos prioritarios asistenciales.

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
5.1	TODOS LOS SERVICIOS	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. La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.	X	NO SE REALIZA VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE GUIAS CLINICAS Y PROTOCOLOS.
5.2	TODOS LOS SERVICIOS	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,	X	NO EXISTE UN PLAN DE CAPACITACION PARA DIVULGACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS, QUE

		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. Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.		PERMITA CONOCER EL CONTENIDO DE LOS MISMOS.
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	NO SE TIENEN DEFINIDOS LOS PROCESOS DE AUDITORIA
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	NO HAY PROCEDIMIENTOS DE COORDINACION ENTRE EL COMITÉ DE INFECCIONES Y LOS OTROS SERVICIOS
5.13	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución que presta servicios hospitalarios y urgencias, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes. Guías o manuales de los siguientes procedimientos: <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. 	X	NO SE TIENE PROTOCOLO DE INMOVILIZACION DE PACIENTES
5.33	URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Además de las definidas para la atención hospitalaria, deben tener guías sobre atención médica inicial y definición de conducta. Revisión en cada turno del equipo de reanimación. Metodología y definición de clasificación de pacientes (triage) si realiza este procedimiento. Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.	X	NO SE TIENE UN PLAN HOSPITALARIO PARA LA ATENCION DE EMERGENCIAS.
5.35	AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL BASICO O MEDICALIZADO	Dispone de Guías de manejo de urgencias.	X	NO SE CUENTAN CON LAS GUIAS PARA MANEJO DE URGENCIAS EN LA AMBULANCIA.

5.40	CONSULTA PRIORITARIA	De acuerdo con los servicios que preste deberá cumplir con los requisitos de procesos y procedimientos definidos para Consulta de medicina general, Consulta de odontología general, Consulta de enfermería, Sala de procedimientos menores, Terapia respiratoria, Rehidratación oral.	X	NO SE TIENEN DOCUMENTADOS LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA CONSULTA PRIORITARIA.
5.41	TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO CLINICO	Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras. Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la toma de Muestras del laboratorio clínico. Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la toma de Muestras del laboratorio clínico. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio. Protocolo de transporte de muestras	X	NO SE CUENTA CON TODOS LOS MANUALES Y PROTOCOLOS.
5.44	CONSULTORIO ODONTOLOGÍA GENERAL ESPECIALIZADA Y	Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas; procedimientos documentados para el manejo de residuos infecciosos y manuales de bioseguridad. Para servicios odontológicos el proceso de esterilización debe regirse por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social, capítulo 3, numeral 1.6.4. Instrumentos dentales.	X	NO SE CUENTA CON PROCESOS DE ESTERILIZACION PARA EL AREA DE ODONTOLOGIA, YA QUE SE REALIZA EN EL AREA DE URGENCIAS
5.52	ÁREAS DE PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS O CONSULTORIOS EN LOS QUE SE REALICEN PROCEDIMIENTOS	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 generales de procedimientos mínimos establecidas en la definición de procedimientos mínimos. Debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en el área. Todos los procedimientos deben enmarcarse en las características generales de procedimientos mínimos establecidas en la definición de procedimientos mínimos. Protocolos de los procedimientos que se realizan en el área.	X	NO SE TIENEN DEFINIDOS NI DOCUMENTADOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE PUEDEN REALIZAR.

6. Historia clínica y registros asistenciales.

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
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	NO SE TIENE PROCESO DE APERTURA DE HISTORIA CLINICA
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	X	NO SE LLEVA REGISTRO DE ENTRADA Y SALIDA DE HISTORIAS CLINICAS DESDE

		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.		ARCHIVO
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	HISTORIAS CLINICAS CON EVOLUCIONES QUE NO TIENEN LOS DATOS MINIMOS DE IDENTIFICACION.
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	NO SE TIENEN DEFINIDOS PROCEDIMIENTOS PARA LA CUSTODIA DE HISTORIA CLINICA.
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	NO SE TIENEN DEFINIDOS LOS PROCEDIMIENTOS QUE REQUIEREN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
6.13	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos. ✓ Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica. ✓ Registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: Debe especificar la temperatura y hora de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe. ✓ Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. Los resultados de los exámenes deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio clínico que los realizó, sin transcribirlos. ✓ Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia. 	X	NO HAY CONTINUIDAD EN REGISTRO DE TEMPERATURA DE NEVERA. NO SE LLEVA REGISTRO DE TEMPERATURA EN LA RECEPCION DE MUESTRAS.
6.15	HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA, EL TRASLADO ASISTENCIAL BASICO O MEDICALIZADO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN	Deberá contar con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio. Se deberá tener registros de los cuidados encargados a la familia.	X	NO SE LLEVA REGISTRO DE LOS PACIENTES TRASLADADOS.

	DOMICILIARIA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	Y		
--	---	---	--	--

7. Interdependencia de servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
7.1	TODOS LOS SERVICIOS.	Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Laboratorio clínico. ✓ Servicio farmacéutico. ✓ Ambulancia. ✓ Radiología. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).	X	NO SE PRESTAN TODOS LOS SERVICIOS PARA EL RESPECTIVO CUMPLIMIENTO
7.5	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio.	X	TODOS LOS SERVICIOS CUENTAN CON PROCESO DE ESTERILIZACION
7.11	URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD CONSULTA PRIORITARIA	Cuenta con servicio de laboratorio clínico o demuestra el apoyo de los exámenes de laboratorio clínico necesarios para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida. Cuenta con servicio farmacéutico de baja complejidad o demuestra el apoyo de suministro de medicamentos necesario para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida. Si el apoyo es con un servicio independiente, los medicamentos en el carro de paro y los necesarios para la reanimación de pacientes y los insumos y material médico quirúrgico para la operación de rutina del servicio se encuentran en las instalaciones del servicio y su gestión se encuentra bajo responsabilidad del prestador.	X	NO SE CUENTA CON LABORATORIO CLINICO, SOLO SE REALIZA TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO.
7.12	SERVICIOS QUIRURGICOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS	Cuenta con servicio de esterilización dependiente o independiente, dentro o fuera de las instalaciones del prestador.	X	EL PROCESO DE ESTERILIZACION SE HACE DENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

8. Referencia y contrarreferencia de pacientes.

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
8.1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X	NO SE TIENEN DEFINIDOS LOS FLUJOS DE URGENCIAS DE PACIENTES
8.2	HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y PRESTADORES EN ÁREAS GEOGRÁFICAS DE DIFÍCIL ACCESO	Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución. Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). Disponibilidad de medios de transporte. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X	NO SE TIENEN PROCESOS PARA REMISION DE PACIENTES
8.5	CONSULTA PRIORITARIA	De acuerdo con los servicios que preste deberá cumplir con los requisitos de procesos y procedimientos de referencia definidos para Urgencias, Consulta de medicina general, Consulta de odontología general, Consulta de enfermería, Sala de procedimientos menores, Terapia respiratoria, Rehidratación oral Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes	X	NO SE TIENEN DEFINIDOS PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA
8.8	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	Para las áreas dependientes de urgencias, el diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo 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. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes. Para las áreas dependientes de consulta externa. 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 Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X	NO SE TIENEN PROCESOS ESTABLECIDOS

9. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
9.5	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO O MEDICALIZADO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	La institución que presta servicios de traslado o atención domiciliaria o prehospitalaria evalúa sistemáticamente las defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte o la atención domiciliaria o prehospitalaria.	X	NO SE REALIZA EVALUACION DE COMPLICACIONES Y DEFUNCIONES
9.9	CONSULTA PRIORITARIA	Los riesgos propios de los servicios que sean ofrecidos en la consulta prioritaria, es decir: Consulta de medicina general, Consulta de odontología general, Consulta de enfermería, Salas de procedimientos menores, Terapia respiratoria y Rehidratación oral.	X	NO SE HACE SEGUIMIENTO A RIESGOS
9.6	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Las tomas de muestras de profesionales independientes deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Complicaciones de los procedimientos diagnósticos. ✓ Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros. ✓ Resultados intercambiados entre pacientes. ✓ Resultados de exámenes no solicitados. Resultados de exámenes que llegaron inoportunamente.	X	NO SE TIENEN DOCUMENTADOS LOS RIESGOS
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	NO SE REALIZA SEGUIMIENTO
9.14	SERVICIOS FARMACÉUTICOS HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS	Complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a: Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante, eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización del medicamento, formulación por profesional no autorizado para la formulación, resistencia antibiótica, efectos adversos innecesarios o evitables, enmascaramiento de cuadros	X	NO SE REALIZA SEGUIMIENTO.

			clínicos.		
9.19	PROMOCIÓN PREVENCIÓN	Y	<p>✓ Complicaciones propias de las intervenciones de prevención: Reacciones posvacunales, lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación entre otros.</p> <p>Inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud. Si no es personal de salud no es competencia de habilitación</p> <p>Ausencia de indicaciones, información o educación al paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifique o suprima conductas o estilos no saludables. En particular de los programas definidos por el Ministerio de la Protección Social</p> <p>Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad</p> <p>Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad</p>	X	NO SE REALIZA SEGUIMIENTO A RIESGOS.

TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB). AMBULANCIA TERRESTRE.

COD	SERVICIO	CRITERIO	NC	OBSERVACION
	INSUMOS.	<p>Guantes desechables.</p> <p>Apósitos de gasa y apósitos de algodón.</p> <p>Ganchos de cordón umbilical o similares.</p> <p>Sondas nasogástricas de diferentes tamaños.</p> <p>Sondas de Nelatón de diferentes tamaños.</p> <p>Cinta de esparadrapo y cinta de microporo.</p> <p>Sábanas para la camilla.</p> <p>Tapabocas.</p> <p>Cuenta con recipientes debidamente rotulados para almacenamiento de residuos peligrosos biosanitarios y cortopunzantes de acuerdo con las normas vigentes.</p> <p>Cuenta con gafas de bioprotección, elementos de desinfección y aseo.</p> <p>Cuenta con soluciones cristaloides: (solución salina, hartman y dextrosa).</p> <p>Medicamentos e insumos.</p>	X	HACE FALTA DOTACION DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS

ANEXO 6. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

SITIO EVALUADO: ESE CENTRO 2 PUNTO DE ATENCION RIOBLANCO SOTARA
 PERIODO EVALUADO: PRIMER PERIDO DE 2001

NOMBRE DE LAS EVALUADORAS:
 ANGELA PATRICIA ANACONA ANACONA
 ASTRID ELIANA BRAVO RENGIFO
 CATHERINE DAYANA HOYOS MARTINEZ

EVALUACIÓN COMPONENTE MEDICO										
No. DE HISTORIA	MOTIVO DE CONSULTA	ENFERMEDAD ACTUAL	ANTECEDENTES	EXAMEN FISICO	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	EXAMENES DE APOYO	CORRELACION DX/ TTO	FIRMA Y REGISTRO MD	LETRA LEGIBLE	TOTAL
	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	99,9
4771420	11,1	11,1	5,5	5,5	11,1	0	11,1	11,1	11,1	77,6
4771380	11,1	11,1	5,5	5,5	11,1	0	11,1	11,1	5,5	72
10510076	11,1	11,1	0	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	88,8
4773870	11,1	11,1	5,5	5,5	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	88,7
4773939	11,1	11,1	0	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	88,8
4771456	11,1	11,1	0	5,5	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	83,2
4773778	11,1	11,1	0	11,1	11,1	0	11,1	11,1	11,1	77,7
4771363	11,1	11,1	0	5,5	11,1	0	11,1	11,1	11,1	72,1
4773942	0	0	0	0	0	0	0	11,1	11,1	22,2
4773377	11,1	11,1	0	11,1	11,1	0	11,1	11,1	11,1	77,7
1061709408	0	11,1	5,55	11,1	11,1	0	11,1	11,1	11,1	72,15
1518808	11,1	11,1	5,5	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	94,3
4773869	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	99,9
4771371	11,1	11,1	5,5	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	94,3
4773838	11,1	11,1	5,5	5,5	0	0	11,1	11,1	11,1	66,5
1518681	11,1	11,1	5,5	5,5	11,1	0	11,1	11,1	11,1	77,6
1518937	11,1	11,1	0	5,5	11,1	11,1	11,1	11,1	0	72,1
23306136	11,1	11,1	0	10	11,1	0	11,1	11,1	0	54,4
4763534	11,1	11,1	0	11,1	11,1	0	11,1	11,1	11,1	77,7
4530492	0	11,1	5,5	5,5	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	77,6
1061799804	11,1	11,1	0	11,1	11,1	0	11,1	11,1	0	66,6
4738873	11,1	11,1	1,1	5,5	11,1	11,1	11,1	0	11,1	73,2
1063817730	11,1	11,1	0	5,5	11,1	0	5,5	11,1	0	55,4
1518702	11,1	11,1	0	5,5	11,1	0	11,1	11,1	11,1	72,1

4524870	11,1	0	5,5	11,1	11,1	0	11,1	0	11,1	61
4377332	11,1	11,1	0	5,5	11,1	0	5,5	11,1	11,1	66,5
1062503642	11,1	11,1	11,1	11,1	11,1	0	11,1	11,1	11,1	88,8
1516238	11,1	0	5,5	5,5	5,5	11,1	11,1	11,1	11,1	72
106172503	11,1	11,1	11,1	11,1	5,5	0	11,1	11,1	0	72,1
1062395402	11,1	11,1	0	5,5	11,1	11,1	0	11,1	11,1	72,1
4772425	11,1	11,1	11,1	0	5,5	11,1	11,1	11,1	11,1	83,2
10517508	11,1	11,1	0	11,1	5,5	0	11,1	11,1	11,1	72,1
TOTALES	10,059375	10,06	3,314	7,747	9,706	4,509	10,06	10,41	9,191	74,7016
PORCENTAJE CUMP	90,625	90,63	29,86	69,79	87,44	40,63	90,6	93,75	82,8	

	EVALUACIÓN COMPONENTE ADMINISTRATIVO			
HOJA DE APERTURA DE HISTORIAS CLINICAS	DATOS PERSONALES	ORDEN Y CONTINUIDAD	PAPELERIA COMPLETA	TOTAL
25	25	25	25	100
25	15	5	0	45
25	15	5	0	45
25	15	5	0	45
25	15	10	0	50
25	15	15	0	55
25	15	25	0	65
25	0	25	0	50
25	10	25	0	60
25	25	25	0	75
25	15	25	25	90
25	15	25	0	65
25	20	20	20	85
25	15	20	20	80
25	20	25	25	95
25	25	25	25	100
25	20	25	20	90
25	25	25	25	100
25	25	25	0	75
25	25	10	25	85
25	25	10	0	60
25	25	5	0	55
25	10	25	0	60
25	25	25	0	75
25	15	25		65
25	15	25	0	65
25	20	20	20	85
25	15	20	20	80
25	15	25	0	65
25	0	25	0	50
25	10	25	0	60
25	25	25	0	75
25	15	10	0	50
25	17,03125	19,6875	7,03125	68,75
100	68,125	78,75	28,125	

ANEXO 8. FICHA BIBLIOGRÁFICA

FICHA BIBLIOGRAFICA TRABAJO	
TIPO	El tipo de investigación es formativa (académica).
TITULO	Autoevaluación de los estándares de habilitación en la ese centro 2 punto de atención Rioblanco y formulación de un plan de mejora, año 2011.
PROGRAMA	Auditoria y Garantía de la Calidad de la Salud con Énfasis en Epidemiología
MODALIDAD PROGRAMA	Postgrado
EDICIÓN	Popayán Cauca, Universidad EAN, 2011.
AUTORES	Ángela Patricia Anacona, Astrid Eliana Bravo y Catherine Dayana Hoyos.
PALABRAS CLAVES	Habilitación, Calidad, plan de mejoramiento
DESCRIPCIÓN	En el presente trabajo se realiza la autoevaluación de los estándares de habilitación de la ESE centro 2 punto de atención Rio Blanco, institución ubicada el Municipio de Sotará, donde se atiente a la población perteneciente al resguardo indígena Yanacona, según la resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007, por las cuales se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios y con base en esta, se formula un plan de mejoramiento, de tal manera que se cumplan las condiciones tecnológicas y científicas, en la mencionada institución.
FUENTES	FERNÁNDEZ, Oscar Adolfo. Gestión de Calidad en Servicios Odontológicos. Cátedra de Patología y Clínica Bucodental, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, 2008. OTERO M., Jaime. ¿Qué es calidad en salud? (Documento en Word publicado en Noviembre de 2002).
CONTENIDO	El informe contiene reseña histórica de la E.S.E. Hospital el Tambo; en el marco conceptual: sistema único de habilitación, resolución 1043 del 2006, Decreto 1011 del 2006 y características sociodemográficas del personal de salud.
METODOLOGÍA	El presente estudio es de tipo Descriptivo, transversal. En este estudio se describen las características de los servicios de salud que presta la ESE Centro 2 con base a la evaluación de los estándares de habilitación de la resolución 1043 de 2006.
CONCLUSIONES	Al aplicar los estándares de habilitación establecidos por la resolución 1043 de 2006, se identificó que la ESE Centro 2 punto de atención Rioblanco cumple parcialmente con los mismos lo que significa que hay prestación de servicios de salud que no cumplen las mínimas condiciones de calidad.
PERIODO ACADÉMICO	AÑO 2011