

**EVALUACION INTEGRAL DE LOS REQUISITOS DE HABILITACION Y  
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO PARA LA UNIDAD NIVEL I DE MORALES  
CAUCA.**

**YENI PATRICIA ROJAS ASCUNTAR  
CARMEN EUGENIA SOLARTE TORO  
ADRIANA ALEJANDRA BOLAÑOS MELENDEZ**

**Asesor: Ramiro Navia, Médico.**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA- ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACION ADMINISTRACION HOSPITALARIA  
POPAYAN  
2006**

**EVALUACION INTEGRAL DE LOS REQUISITOS DE HABILITACION Y  
PROPUESTA DE MEJORAMIENTO PARA LA UNIDAD NIVEL I DE MORALES  
CAUCA.**

**CARMEN EUGENIA SOLARTE TORO**

**YENI PATRICIA ROJAS ASCUNTAR**

**ADRIANA ALEJANDRA BOLAÑOS MELENDEZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA- ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACION ADMINISTRACION HOSPITALARIA**

## **ABSTRACT**

At the moment the Unidad Nivel I of Morales is initially in the qualification process that has been determined by the Ministry of the Social Protection by means of the Ordinance 1011 of April 3 of 2006, for which settles down the Obligatory System of Guarantee and Quality in the General System of Social Security in Health, begin was carried out an integral evaluation of the different centers of production of the institution to identify the deficiencies that present each one of them by means of the application of an evaluate instrument, it stops later on to carry out proposals of improvement for the institution.

## TABLA DE CONTENIDO

		<b>Pág.</b>
1.	UNIDAD NIVEL I DE MORALES CAUCA	1
1.1.	GENERALIDADES	1
1.1.1.	Distribución Geográfica	2
1.1.2.	Descripción del área geográfica	2
1.2.	Presentación institucional Unidad Nivel I Morales	3
1.2.1.	Portafolio de servicios	3
1.2.2.	Atención ambulatoria	4
1.2.3.	Infraestructura	7
1.2.4.	Medios de transporte	9
1.2.5.	Recurso Humano	10
1.2.6.	Contrataciones vigentes para la atención en salud	11
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3.	JUSTIFICACION	13
4.	OBJETIVOS	14
4.1.	OBJETIVO GENERAL	14
4.2.	OBEJTIVOS ESPECIFICOS	14
5.	PROPOSITOS	15
		<b>Pág.</b>
6.	MARCO TEORICO	16
6.1.	ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN	

	SALUD	17
6.2.	DISPOSICIONES GENERALES	21
6.3.	PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA CALIDAD EN SALUD	49
6.4.	PRINCIPALES VARIABLES DE LA CALIDAD EN SALUD	49
6.5.	PRINCIPALES INDICADORES DE LA CALIDAD EN SALUD	50
6.6.	PRINCIPALES FACTORES DE LA CALIDAD	50
6.7.	CUALIDADES (ATRIBUTOS) DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.	50
6.8.	GARANTIA DE LA SALUD EN SALUD	52
7.	DISEÑO METODOLOGICO	60
8.	MANUAL UNICO DE STANDARES Y DE VERIFICACION	61
9.	PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD NIVEL I DE MORALES	100
10.	PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1011 DE 2006 DEL HOSPITAL NIVEL I DE MORALES	120

		<b>Pág.</b>
11.	CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS	
	DE LA UNIDAD NIVEL I DE MORALES	121
11.1	ACTO ADMINISTRATIVO DE CREACION DE LA UNIDAD	
	NIVEL I DE MORALES GOBERNACION DEL CAUCA	
	DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD	121
11.2	SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA	
	DE LA UNIDAD NIVEL I DE MORALES	125
	CONCLUSIONES	126
	RECOMENDACIONES	127
	PROPOSITOS	128
	BIBLIOGRAFIA	

## **1. UNIDAD NIVEL I DE MORALES CAUCA.**

### **MISION**

Prestar los servicios de salud del primer nivel complejidad con criterios de calidad conforme a los principios de eficacia, eficiencia, oportunidad, y universalidad, priorizando las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### **VISION**

Consolidarnos como la mejor institución prestadora de servicios de salud en el municipio, implementando sistemas de garantía de calidad que permitan el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos.

### **1.1. GENERALIDADES**

**1.1.1. Distribución geográfica.** El municipio se divide en dos zonas geográficas: la zona plana y la zona de cordillera.

**ZONA PLANA:** Caracterizada por población campesina con mejores vías de acceso, zonas más cercanas a la cabecera municipal y que en su mayoría tiene afiliación a la ARS Salud Vida o se encuentran afiliados al sistema como

vinculados (SISBENIZADOS por la alcaldía municipal) o a otras ARS como Asmet Salud.

**ZONA DE CORDILLERA:** Esta zona se encuentra habitada por población indígena y se caracteriza por tener difícil acceso a la cabecera municipal. Las vías en su mayoría son no carreteables y la población presenta un índice mayor de necesidades básicas insatisfechas (NBI). La afiliación a salud se encuentra en predominio de la empresa AIC y su población vinculada está amparada por el DECRETO 1811.

**1.1.2. Descripción del área geográfica.** El Municipio de Morales se encuentra a 41 Km. de Popayán, sobre una altura de 1600 mts sobre el nivel del mar; con una población aproximada de 31700 habitantes, el municipio se divide en dos zonas geográficas: una llana u ondulada denominada zona plana caracterizada por población campesina; con mejores vías de acceso, zonas mas cercanas a la cabecera municipal, y la otra montañosa denominada zona de cordillera, corresponde a las cordilleras occidental y central, avenida por los ríos Cauca, Caimital, Dinde, Inguito, Nangué, Pescador, Piendamó y San Buenaventura, esta zona se encuentra habitada por población indígena y se caracteriza por tener difícil acceso a la cabecera municipal, las vías en su mayoría son no carreteables y la población presenta un índice mayor de necesidades básicas insatisfechas (NBI).





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

### **1.2.2. Atención ambulatoria**

- **Consulta medica general y urgencias.** Se tiene un archivo de historias clinicas sistematizado, sala de entrevistas, Cuatro consultorios médicos con toda su dotación y el área adecuada para la prestación de los servicios, sala de espera con televisor a color y vhs, cumpliendo con las especificaciones emanadas por el ministerio de la protección social de requisitos mínimos esenciales para la prestación de servicios de salud; con un horario de atención de martes a sábado de 8 a 1 pm y de 2 a 5 pm además servicios de urgencias las 24 horas

- **Laboratorio clínico**

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

Acido úrico	Hemoclasificación
Bacilos copia	Concentración de
Bilirrubinas	hemoglobina
Cropologico	Hemoparacitos
Colesterol HDL - LDL	Hongos examen directo
total	Nitrógeno ureico
Creatinina	Parcial de orina
Cuadro hematico	Perfil lipidico
Curva de tolerancia a la	Recuento de plaquetas
glucosa	Sangre oculta en heces
Embarazo, prueba	Sífilis (VDRL, FTA)
inmunológica	Citología vaginal funcional
Factor RH	Citología vaginal tumoral
Glucosa pre y pos	
carga	
Glucosuria y cetonuria	
Gram tincion y lectura	
Hematocrito	

- **Promoción, prevención y protección específica intra y extra mural**

Control prenatal

Programa de parteras

Crecimiento y desarrollo

Hipertensión arterial

Tuberculosis

Enfermedades de transmisión sexual

Planificación familiar

Prevención de cáncer de cerviz

Prevención de las alteraciones visuales

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

San isidro, El Rosario, Santa Rosa, Carpintero, EL Mesón, Tierra Dentro, Los Quingos, Pan de Azúcar, Valle Nuevo, San José.

Todos los consultorios médicos tienen

- **PROTECCIÓN ESPECÍFICA:**

a. Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

b. Atención Preventiva en Salud Bucal

- c. Atención del Parto
- d. Atención al Recién Nacido
- e. Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

**- DETECCION TEMPRANA:**

- a. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años).
- b. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).
- c. Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
- d. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años).
- e. Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
- f. Detección temprana del cáncer de seno.
- g. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Actividades de promoción y prevención, consulta médica general en el área rural, Programas específicos como: AIEPI, IAMI, TBC, SISVAN.

**1.2.3. Infraestructura**

➤ **Consulta Externa:** cuenta con 4 consultorios para atención por médico general con un promedio de 15 pacientes por médico; 1 consultorio para atención por

enfermería con un promedio de atención de 17 pacientes diarios; 1 consultorio odontológico.

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

➤ **Hospitalización:**

a. Obstetricia: 3 camas

b. Pediatría: 3 camas

c. Sala mujeres: 3 camas

d. Sala hombres: 3 camas

➤ **Consultorio de entrevistas**

➤ **Laboratorio**

➤ **Consultorio de rayos x**

➤ **Consultorio de Fonoaudiología**

➤ **Consultorio de fisioterapia**

➤ **Sala partos**

➤ **Central de materiales y zona de esterilización**

➤ **Farmacia**

➤ **Cuarto de dotación de insumos**

➤ **Almacén general**

➤ **Oficina de facturación y estadística**

➤ **Fotocopiadora**

➤ **Dirección**

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

- a. SIAU
- b. Pagaduría
- c. Presupuesto
- d. Administración
- e. Contaduría

**a. Oficina de personal**

- Coordinación de PAB
- Coordinación de facturación y saneamiento ambiental.
- Habitación médica
- Cafetín
- Parqueadero

**1.2.4. Medios de transporte:**

1 ambulancia.

1 camioneta LUV para trámites administrativos

2 camperos para salidas extramurales

2 motocicletas.

### **1.2.5. Recurso humano**

80 personas distribuidas de la siguiente manera:

Personal médico: 1 interno, 1 SSO, 5 hospitalarios y 1 extramural.

Profesional de Enfermería: 1 coordinador médico, 1 SSO, 1 extramural, 1 enfermera de apoyo, 2 enfermeras ruralitos.

Auxiliares de enfermería: 11 auxiliares de enfermería.

Personal de bacteriología: 1 bacterióloga, 1 auxiliar de laboratorio.

Personal de odontología: 1 odontólogo, 1 SSO, 1 auxiliar de odontología, 1 Higienista oral.

Personal de fonoaudiología: 1 ruralito de fonoaudiología.

Personal de fisioterapia: 2 fisioterapeutas.

Personal de Psicología: 1 psicóloga

Promotores de salud: 25 promotores de salud.

Personal administrativo: 11; de los cuales 4 son facturadores, 1 responsable de estadística, 1 Director, 1 auxiliar de pagaduría, 1 jefe administrativo, 1 almacenista, 1 recepcionista, 1 auxiliar de personal, 1 técnico de saneamiento ambiental.

Personal de seguridad: 3 vigilantes.

Personal conductor: 3 conductores

Personal de servicios generales: 2 aseadoras.



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

➤ Vinculados: SISBEN – 1811

➤ PAB

➤ Subsidiados: Salud Vida, Asmet salud, AIC, Actividades del 4.01%

➤ Contributivo: Coomeva, Policía Nacional, Magisterio, Humanavivir, SOS

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Unidad Nivel I de Morales es una institución prestadora de salud que actualmente no se encuentra habilitado., el Ministerio de la Protección Social a través del Decreto 1011 del 2006 ha establecido una serie de requisitos para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad, y además dispuso un plazo para el cumplimiento de esta norma hasta el mes de noviembre del 2006 debido a que al incumplir este decreto la Institución no podrá continuar prestando sus servicios.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

-La Unidad Nivel I de Morales debe proporcionar a sus pacientes en todo momento una atención adecuada, que responda a las necesidades y demandas de la comunidad cumpliendo con todos los requisitos médico legales que ello implica.

-En la actualidad las instituciones de salud deben ser auto sostenibles y para ello requieren ser competitivas estar a la vanguardia en cuanto a recursos y servicios de alta calidad.

-Debido a que está en riesgo la vida de los seres humanos, la calidad del servicio esta directamente relacionada con la salud de las personas, a mayor calidad menor morbimortalidad.

-El Sistema obligatorio de Garantía y Calidad en Salud es un mandato constitucional.

-Obligación legal y reglamentaria.

-Una tendencia mundial.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluación integral de los requisitos de habilitación de los procesos prioritarios y propuestas de mejoramiento de la unidad Nivel I de Morales Cauca.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar cuáles son los requisitos exigidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.
- Diseñar un instrumento de verificación.
- Evaluación de los diferentes centros de producción.
- Determinación de los requisitos de habilitación que no cumple la Unidad Nivel I de Morales
- Realizar la propuesta de mejoramiento.

## **5. PROPOSITOS**

1. Este trabajo sirve como herramienta para que el Director del Hospital Nivel I de Morales, se informe de los requisitos que incumple según lo establecido en el decreto 1011 de 2006.
2. El plan de mejoramiento propuesto, el Director del Hospital Nivel I de Morales lo puede utilizar como instrumento para disminuir la brecha de incumplimiento de los requisitos de habilitación que es del 34.43%.
3. Ayudar a la comunidad de Morales a que reciba servicios de salud de calidad.
4. Este trabajo es un requisito para obtener el título de Especialistas en Administración Hospitalaria.

## **6. MARCO TEORICO**

En Colombia cuando se implementó la ley 10 de 1990 en donde se declara la salud como un servicio público esencial y obligatorio, el cual podrá ser prestado por entidades públicas o privadas directamente y establece en uno de sus decretos de fijación de las normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento.

En el año 1991 a través de la constitución política establece la seguridad social como un servicio público, obligatorio a cargo del estado, el cual se encargará de dirigir, orientar, regular, vigilar y controlar la prestación de los servicios públicos esenciales.

Con la ley 100 de 1993 la cual declara la calidad de la atención como un principio básico en el nuevo sistema general de seguridad social en salud con el que se empezó a manejar el esquema del aseguramiento, en aquel momento se pensó que este nuevo sistema daría respuesta a los grandes problemas del sector salud y garantizaría el acceso y la provisión eficiente de dichos servicios, para lo cual separaron las funciones administrativas y las asistenciales, además este nuevo sistema optó por confiar la venta de los servicios a la dinámica propia del mercado.

Posteriormente en el año 1994 con la Resolución 5261 se establecen las siguientes definiciones para determinar la calidad de la prestación de los servicios:

- a) **Calidad de la atención:** Es el conjunto de características técnico científicas materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se brinde a los beneficiarios, sus características son: oportunidad, continuidad, agilidad, accesibilidad, suficiencia, seguridad, integridad, integralidad, racionalidad lógica-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.
- b) **Evaluación de la calidad de la atención:** Es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral.<sup>1</sup>

## 6.1. ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

Para evaluar la calidad de la atención es importante, asimismo, tener en cuenta los atributos que caracterizan una buena atención de la salud.

Oportunidad: corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

---

<sup>1</sup>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 5261 de 1994.

Continuidad: se refiere a la aplicación, en consecuencia lógica, de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

Suficiencia e integridad: Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación.

Racionalidad lógico científica: utilizando el saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo mencionados anteriormente.

Satisfacción del usuario y del proveedor: complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Asimismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeña.

Efectividad: es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

Eficiencia: es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención sin reducir significativamente el grado del mejoramiento de la salud.



Optimización: es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

Aceptabilidad: es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico-paciente, amenidades y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

Legitimidad: es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

Equidad: es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población<sup>2</sup>.

En 1996 el Ministerio de Salud emanó el decreto 2174 mediante el cual se organizó el sistema obligatorio de garantía y calidad en el SGSS. En este momento surge en el país el concepto de requisitos esenciales para garantizar parámetros mínimos de calidad de la Resolución 4252 de 1997 y la 238 de 1999. Establecen los requisitos esenciales los cuales están en sus anexos de infraestructura física, personal, dotación, procedimientos técnicos-administrativos,

---

<sup>2</sup> ADMINISTRACION HOSPITALARIA Malagón –Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Segunda edición editorial Panamericana 1997, Págs. 561-562.

definen las condiciones mínimas sistemas de información, transporte y comunicaciones y auditoria de servicios, que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud para garantizar que la atención de los usuarios sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

En el 2002 el Ministerio de Salud emanó el Decreto 2309 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En la Resolución 1474 de 2002 por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

La ley 872 de 2003 por el cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Establece los requisitos para implementar un sistema de Gestión de la Calidad en las entidades públicas. Busca mejorar su desempeño y capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. Enfoque basado en la identificación, gestión y control de los procesos y sus combinaciones e interacciones. Emplea normas internacionales de la serie ISO 9000-2000 sobre gestión de la calidad, permite el cumplimiento de la norma ISO 9001-2000, integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO. Entidades obligadas: organismos y entidades del sector central y descentralizado

de la Rama Ejecutiva del Poder Público. Corporaciones autónomas regionales. Entidades del Sistema General de Seguridad Social integral. Empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliarios.

El decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía en Calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El cual deroga el decreto 2309 de 2002.

## **6.2. DISPOSICIONES GENERALES**

### **ARTÍCULO 1**

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

las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

**PARÁGRAFO 1.** Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

## **ARTÍCULO 2**

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

## **PROFESIONAL INDEPENDIENTE.**

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

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

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

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

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

---

<sup>4</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

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

### **ARTÍCULO 3**

#### **CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS.**

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

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



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

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

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

## **ARTÍCULO 4**

### **COMPONENTES DEL SOGCS.**

Tendrá como componentes los siguientes:

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

---

<sup>5</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.

## **ARTÍCULO 5**

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

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

## **ARTÍCULO 6**

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

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

---

<sup>6</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 abril de 2006.

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

### **ARTÍCULO 7**

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

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

### **ARTÍCULO 8**

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

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

## **ARTÍCULO 9**

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

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

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.<sup>7</sup>

## **ARTÍCULO 12**

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

De manera previa al presentación del formulario de inscripción de que trata el

---

<sup>7</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 abril de 2006.

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

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

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

## **ARTÍCULO 19**

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

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores De

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

## **ARTÍCULO 25**

### **INFORMACIÓN A LOS USUARIOS.**

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

---

<sup>8</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 abril 2006.

## **ARTÍCULO 26**

### **RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR.**

Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador este inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información. Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 abril de 2006.

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

### **ARTÍCULO 32**

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

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

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



y a mantener las condiciones de mejora realizadas productos y servicios que estas organizaciones prestan.

### **ARTÍCULO 33**

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

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

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

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

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto

---

<sup>9</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 abril de 2006.

grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

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

## **ARTÍCULO 34**

### **TIPOS DE ACCIONES.**

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

**1. Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

**2. Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la

prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

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

## **ARTÍCULO 37**

### **PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS INSTITUCIONES**

#### **PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.**

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

1. **Auto evaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios

---

<sup>10</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 abril de 2006.

desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3.

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

### **ARTÍCULO 45**

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

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar Decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

---

<sup>11</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 3 abril de 2006.

## **ARTÍCULO 46**

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

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

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

## **ARTÍCULO 47**

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

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

1. **Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
2. **Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea Comprendida y asimilada por la población.
3. **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.
4. **Validez y confiabilidad.** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
5. **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. **Eficiencia.** Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

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

La Resolución 1043 de 2006 por el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención.

## **ARTÍCULO 1**

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

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

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso

---

<sup>12</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolucion 1043 del 3 abril de 2006.

Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud.

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

**b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:**

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

**C) De capacidad técnico-administrativa:**

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

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un



sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.<sup>13</sup>

## ARTÍCULO 2

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

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

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

---

<sup>13</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 del 3 abril de 2006.

salud y los definidos como tales y su Verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté Interesada en conocerlos.<sup>14</sup>

Resolución 1446 de 2006 por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del SOGCS.

## **ARTÍCULO 1**

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

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los Servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>15</sup>
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los Incentivos de prestigio del Sistema.

---

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

<sup>15</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006.

## **ARTÍCULO 5**

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

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

## **ARTÍCULO 7**

### **IMPLEMENTACIÓN.**

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

---

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

De la normatividad anterior se deduce que la calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud en el país, lo cual conlleva a la necesidad de implementar un sistema de garantía y calidad en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas en dicha calidad.

**GARANTIA:** según la Real Academia de la Lengua Española viene de garante.

La garantía se basa en la confianza que se tiene de algo o de alguien, por ello no se puede establecer garantía por medio de una norma o de un documento, porque la garantía se genera y se alimenta en la confianza mutua.

Efecto de afianzar lo estipulado.

**CALIDAD:** propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Calidad es atender adecuadamente. Es liderar procesos. Es interesarse por todo y por todos. Es dedicarse por completo y amar lo que se hace.

La calidad axial como la ética, la paz, la equidad etc. "No se crea, sino se hace". La calidad la hacen las personas.

La calidad abarca muchas cualidades, integra variables, determinantes, indicadores y factores. Busca la satisfacción del usuario.

En Colombia se aplica un modelo de evaluación de la calidad para las instituciones que prestan servicios de salud basado en las normas del estado, el cual tiene cuatro componentes (sistema de habilitación, auditoría para el mejoramiento, sistema de acreditación e información sobre la calidad).

## **ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD**

Es establecer la disposición que regule la calidad mediante una ley, decreto, resolución etc, ello implica que debe verificarse.

Cuando el estado emite una ley, decreto, resolución etc, para verificar la calidad, lo que está haciendo es aseguramiento de la calidad y no garantía de la calidad.

El aseguramiento de la calidad involucra los elementos que contemple la norma a verificar.

## **GARANTIA DE LA CALIDAD**

Para llegar a la garantía de la calidad se requiere un proceso que entraña conocimiento mutuo de proveedor y usuario.

Conocimiento amplio del servicio que se entrega o se recibe se debe conocer plenamente la estructura que se tenga, los procesos que se realizan los resultados obtenidos para generar un impacto de confianza.

Esta garantía de calidad permitirá que el usuario utilice un servicio o producto por largo tiempo, con seguridad, experimentando satisfacción y pagando con confianza al adquirirlo.

La garantía de la calidad es la esencia misma del control de calidad (k. Ishikawa). Para Ishikawa “la garantía de calidad “debe tener en cuenta tres consideraciones Importantes.<sup>17</sup>

- a) La organización debe garantizar una calidad acorde con los requisitos de los clientes (reales de calidad). no se trata de cumplir normas jurídicas nacionales aunque la empresa no podrá hablar de garantía de calidad si sus productos o servicios ni siquiera cumplen estas normas.
- b) Debe tenerse igual interés por todos los clientes.
- c) Todos los niveles de la institución y todo el talento humano trabajan en equipo, al máximo, para brindar esa garantía.<sup>18</sup>

Galán y colaboradores en su libro de Auditoria en Salud describe ampliamente Las definiciones de las cualidades de la calidad en salud.

---

<sup>17</sup> GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Malagon- Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Segunda Edición, editorial Panamericana, 2006, Págs. 73-74

<sup>18</sup> GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Malagon- Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Segunda Edición, editorial Panamericana, 2006, Págs. 74, 80.

### **6.3. PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA CALIDAD EN SALUD**

- Talento humano, recursos físicos y recursos financieros.
- Políticas y programas.
- Tecnología.
- Procesos médicos.
- Procesos administrativos.
- Desempeño, eficacia, efectividad y eficiencia en el servicio.
- Interacción con el sistema general de seguridad social en salud.

### **6.4. PRINCIPALES VARIABLES DE LA CALIDAD EN SALUD**

- La misión y los objetivos.
- Las políticas.
- Las normas (particulares, generales y jurídicas).
- Los programas.
- Los protocolos.
- Los flujogramas.
- Los reportes e informes.
- Los comités.

## **6.5. PRINCIPALES INDICADORES DE LA CALIDAD EN SALUD. SE APLICARAN EN**

- Estructura, proceso y resultado.
- Periodicidad del servicio ( diario, mensual, anual, etc )
- Tiempos de espera (antes, durante y después del proceso).
- Accesibilidad.
- Garantías, condiciones, quejas y reclamos (su atención).

## **6.6. PRINCIPALES FACTORES DE LA CALIDAD**

- Cualitativos: siempre, totalmente, excelente.
- Calificativos: suficiente, permanente, presente, superior.

## **6.7. CUALIDADES (atributos) DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Debe tener varias cualidades, entre ellas las siguientes:

- Aceptabilidad.
- Accesibilidad.
- Atención humanizada.
- Continuidad.



- Eficacia.
- Equidad
- Legitimidad.
- Oportunidad.
- Optimización.
- Racionalidad lógico- científica.
- Satisfacción del usuario.
- Suficiencia e integridad.<sup>19</sup>

Para Donald M. Berwick (investigador de calidad en salud de la universidad Harvard ), la gestión de la calidad en el cuidado de la salud es funcional, siempre y cuando se asimilen 10 lecciones que se puntualizan a continuación:

- El liderazgo con compromiso constituye el requisito sine qua non de la gestión de calidad total.
- Existen varios cuellos de botella que obstaculizan la gestión de la calidad total.
- Es más fácil empezar que continuar.
- El compromiso del médico es de primordial importancia.

---

<sup>19</sup> GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Malagon- Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Segunda Edición, editorial Panamericana, 2006, Págs. 80, 81.

- La estructura es vital para el buen funcionamiento de la gestión de calidad total.
- Gestión de calidad significa mucho más que solo proyectos de mejoramiento de la calidad.
- La sola capacitación no es suficiente.
- La medición impulsa el progreso de la gestión de calidad total.
- Los proyectos para el cuidado de la gestión de la calida total.
- Los proyectos para el cuidado de la salud ahorran dinero.
- El enfoque en el cliente constituye el factor de mayor importancia.<sup>20</sup>

## **6.8. GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD**

En 1954 se creó en Estados Unidos la comisión conjunta para la acreditación de los hospitales.

En 1955 aparece publicado el artículo: Métodos para Evaluar la Atención Hospitalaria de Mindel C. Sheeps (investigadora asociada del departamento de Bioestadística de la Universidad de Harvard), realiza un examen en las técnicas utilizadas en la atención médica, pero aun no se habla de “Garantía de Calidad en Medicina”.

---

<sup>20</sup> GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Malagon Londoño, Galan Morera, Pontón Laverde. Segunda Edicion, editorial Panamericana, 2006, Págs. 80 81.

De acuerdo con Sheeps, la principal técnica usada en las apreciaciones de la calidad de un hospital puede dividirse en cuatro componentes:

- El examen de los prerrequisitos o desiderata para la atención adecuada.
- Índice de elementos del desempeño médico.
- Índice de los efectos de la atención.
- Evaluaciones clínicas cualitativas.

En 1966 Avedis Donabedian, publicó el trabajo: Evaluación de la Calidad en la Atención Médica, pero aún no se hablaba de la Garantía de Calidad en Salud.

En muchos países Europeos los programas de garantía de calidad han surgido de los grupos de profesionales, como La Asociación Nacional de Directivos Médicos de Hospitales y de Especialistas de Holanda Organización No Gubernamental, que ha desarrollado estándares de calidad para dicho país.

En Suecia, El Instituto Sueco de Planeación y Racionalización de los Servicios Sociales y de Salud elaboró un documento guía para las entidades prestadoras de salud sobre Garantía de Calidad en la Atención en 1983 el gobierno Canadiense promulga una ley que establece la obligatoriedad para todos los hospitales del país de contar en un plazo de tres años con programas de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

En septiembre de 1988 la Organización Panamericana de la Salud mediante la resolución XV de la XXXIII reunión del Consejo Directivo, aprobado en la sección plenaria septiembre 30 de 1988, recibió el mandato de sus cuerpos directivos de reforzar las actividades de cooperación técnica a los países miembros y de movilizar los recursos en la transformación de los sistemas nacionales de salud, con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud.

Este mandato surge luego de que los países de la región al evaluar los logros obtenidos para llegar a la meta: salud para todos en el año 2000, coincidieron en la necesidad urgente de acelerar este proceso, orientado a otorgar mayor prioridad al desarrollo de la infraestructura de salud.

La serie de publicaciones sobre “Garantía de Calidad” que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud; conjuntamente con la Federación Latinoamericana de Hospitales, ofrece a los países de América Latina y del Caribe representan según esos organismos multilaterales, un esfuerzo mas para alcanzar la calidad y la eficacia de la atención e incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.

El Doctor Humberto Demoraes Novaes, de la OPS, en enero de 1992 define la Garantía de la Calidad como: un solo programa de la programación local de los servicios de salud que garantiza a cada paciente recibir atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de

acuerdo con los avances recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el régimen terapéutico asociado.

Para ello se utilizara el mínimo de recursos necesarios, con el nivel mas bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades consecuentes al tratamiento; obteniéndose la máxima satisfacción por los servicios recibidos, independientemente de que el nivel institucional de atención sea primario, secundario o terciario en un sistema local de salud.<sup>21</sup>

Como puede observarse, la Garantía de Calidad en los servicios de salud ha sido un tema muy importante en todo el mundo, debido a los grandes beneficios que ofrece a los usuarios y a las instituciones prestadoras de salud.

Los hospitales pueden clasificarse en sistemas abiertos que son los que intercambian información y recursos con el medio, lo modifican y son modificados por él. Los hospitales son un conjunto de elementos interrelacionados (recursos humanos, tecnología, información) que están orientadas a metas comunes: mejorar la salud y la satisfacción de los pacientes y de la comunidad. El elemento mas importante de entrada y de salida del sistema hospitalario es la población que solicita y recibe atención.

---

<sup>21</sup> GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD Malagon- Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Segunda Edición, editorial Panamericana, 2006, Pág. 85, 86.

El enfoque de analizar la estructura, los procesos y resultados como un método para evaluar la calidad de atención (Donabedian 1966,1969; Donabedian et al; 1982 a) guarda una estrecha relación con la teoría de sistemas. La estructura del sistema de atención de salud o el procesador del sistema (conjunto de elementos y relaciones) se relaciona con la población elemento de entrada del sistema y producen los procesos de atención (interrelación entre los elementos del sistema y la población), lo cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su comunidad, es decir, los resultados o elementos de Salida del sistema.

Según Donabedian (en 1980, p.82) “la relación entre la estructura y la calidad de la atención es de máxima importancia para planear, diseñar y llevar a la practica sistemas cuya meta es brindar servicios personales de salud” y que la “buena estructura, es decir, suficiencia de recursos y un diseño de sistemas apropiado, quizá constituya el medio mas importante para proteger y estimular la calidad de la atención”.

“La estructura constituye un indicador indirecto de la calidad de la atención con algunas limitaciones debido a nuestros conocimientos insuficientes sobre las relaciones entre estructura y resultado”.

Donabedian (1966) y Starfield (1992) definieron el proceso como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de salud y pacientes, como seria un

examen medico y el cumplimiento de normas de practica satisfactoria; los procesos incluyen el reconocimiento de problemas, métodos diagnósticos, tratamiento y asistencia.

Por ultimo, los resultados de los servicios de atención se definen como los cambios en el estado de salud que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente.

Puede describirse en una o mas de siete categorías: longevidad, actividad, comodidad, satisfacción, enfermedad, logro o realización y resistencia (starfield, 1973).

Características de la estructura: agrupa a la organización, como a los insumos y los sistemas de información existentes.

El primer elemento de la organización incluye complejidad, niveles de responsabilidad, niveles de atención médica y la reglamentación formal o informal vigente. En cuanto a los recursos se analizan los humanos, físicos y económicos existentes y por ultimo dentro del sistema de información se incluye el contenido, y la frecuencia del suministro de los datos.

Características del proceso: en este elemento se debe hacer un doble enfoque permitiendo realizar una apreciación óptica en doble dimensión. La primera relacionada con la opinión de los que prestan los servicios de salud y la segunda dirigida a recoger las apreciaciones de las personas que reciben dichos servicios.

Dentro del primer enfoque, se puede estudiar la naturaleza y el contenido de la atención brindada bien sea ésta de tipo ambulatorio u hospitalario, la tecnología utilizada como combinación de recursos humanos y de recursos físicos.

El segundo enfoque recoge la opinión de los usuarios en cuanto a la recepción de los servicios con tenido de la atención, cobertura y concentración y la oportunidad de utilización que de ellos hace la comunidad beneficiaria.

Características de los resultados: este elemento también se conoce como el “el producto” de las acciones de salud e incluye las actividades finales.

Los trabajadores del hospital no pueden ni deben funcionar separados o independientes. A su vez, debido a esta gran interdependencia, si se desea. Que la organización funcione con efectividad para alcanzar sus objetivos, es preciso que las variadas actividades y funciones de muchos departamentos, grupos y miembros de la organización estén ampliamente coordinadas. Por consiguiente, el hospital ha desarrollado un sistema de coordinación interna más bien intrincado, pues nada se realizaría si no hubiera coordinado entre sus integrantes y continuidad entre sus operaciones.

También es interesante e importante hacer notar aquí que, a diferencia de las organizaciones industriales y de otras a gran escala el hospital depende mucho de las habilidades, la capacidad y el comportamiento de su personal para alcanzar y



mantener una coordinación adecuada. El caudal de trabajo es demasiado variable e irregular como para permitir una coordinación mecánica .el producto de la organización – la atención del paciente- es individualizado más bien que uniforme e invariable. Debido a que el trabajo no es mecanizado ni uniforme a que no puede planearse con anterioridad y con la precisión automática de una línea de ensamble la organización debe depender en gran parte de su personal, para hacer los ajustes cotidianos que la situación pueda requerir, pero que no pueden ser pormenorizados o previstos por las reglas y regulaciones de una organización oficial.

## 7. DISEÑO METODOLOGICO

- La institución en donde se llevó a cabo este trabajo fue La Unidad Nivel I de Morales Cauca.
- Se realizó una revisión bibliográfica de las normas vigentes.
- Se diseñó el instrumento de verificación, el cual fue realizado con los anexos técnicos que se encuentran en las resoluciones 1043,1445 y 1446 de 2006.
- Se recolectó la información, por medio de fuentes primarias como fueron las entrevistas con el Director y los funcionarios de la Institución, fuentes secundarias que fueron la internet, consultas bibliográficas como libros revistas y medios magnéticos.
- Se procesó y se tabuló la información recolectada en los diferentes instrumentos de verificación, posteriormente se analizó y se obtuvo una información certera acerca del cumplimiento de los requisitos de habilitación.
- Conclusiones: para ello se tuvo en cuenta los resultados de la información analizada.
- De acuerdo a las conclusiones que se obtuvieron se formuló el plan de mejoramiento para la Institución.
- Se hizo la socialización del trabajo realizado a los funcionarios de la Institución.

## 8. MANUAL UNICO DE ESTANDARES Y VERIFICACION

1. TODOS LOS SERVICIOS					
COD	RECURSOS	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
1.1	<b>RECURSO HUMANO</b>	<p>Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.</p> <p>Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o Sustituyan.</p>	X		
		El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.	X		
		Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza de los servicios.	X		
		El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	X		

		Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.		X	El jefe contratista es el que supervisa al personal en entrenamiento, pero no cuentan con los procedimientos para ello.
		Para efecto de los procesos de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.	X		
		Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radio protección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.		X	En el servicio de odontología el personal no cuenta con el carné de radioprotección y dosímetro.
		Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.	X		
1.2	<b>INFRAESTRUCTURA INSTALACIONES FÍSICAS- MANTENIMIENTO</b>	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.	X		

		La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.		X	No se tienen tanques de reserva de agua que abastezcan el hospital de forma permanente. La planta de energía se encuentra en mal estado. No hay un sitio adecuado para el almacenamiento de los residuos.
		Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X		
		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  X	En el área de esterilización las paredes y techos no cumplen con las especificaciones requeridas en la norma.
		En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.		X	En ninguna de estas áreas se cumple con la nivelación adecuada para facilitar el drenaje.

		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	La planta se encuentra dañada.
		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		
		La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.	X		
		Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.	X		Hay 10 centros de salud rurales los cuales se encuentran ubicados en las siguientes veredas; San Isidro, Los Cafés, Santa Rosa, Rosario, Porvenir, Carpintero, Pan de Azúcar, Chimborazo, Quingos y Valle Nuevo.

		Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortó punzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.		X	No hay depósito para los residuos que cumpla con lo especificado en la norma.
1.3	<b>DOTACION MANTENIMIENTO</b>	En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.		X	
		Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.	X		
		Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	X		.

		Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución. En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.	X		
1.4	<b>MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS.</b>	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.		X	En la institución hay un listado de todos los medicamentos para uso humano, pero no estaba disponible. En el área de odontología hay algunos medicamentos vencidos
		Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de fármaco vigilancia y techó vigilancia.	X		



		Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos 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	En el área de odontología no hay controlador de temperatura. En el área de farmacia no se cumple con buenas condiciones para el almacenamiento de los medicamentos e insumos médicos.
		Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se rehúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de rehusó de dispositivos médicos, los prestadores podrán rehusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.		X	No hay normas y procedimientos por escrito.
1.5	<b>PROCESOS PRIORITA-RIOS ASISTEN-CIALES</b>	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.		X	
		La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.			

		Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.		X	
		Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.		X	
		Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.	X		
		La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		Cumple en cuanto a que tienen el manual, pero falta socializarlo en las demás áreas. No hay conocimiento efectivo por parte del personal de servicios generales
		La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.	X		
		La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.		X	
		Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con:		X	Tienen procedimiento para la entrega de turnos pero no esta escrito, las

		<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>_ Reanimación cardiocerebro-pulmonar.</li> <li>_ Control de líquidos.</li> <li>_ Plan de cuidados de enfermería.</li> <li>_ Administración de medicamentos.</li> <li>_ Inmovilización de pacientes.</li> <li>_ Venopunción.</li> <li>_ Toma de muestras de laboratorio.</li> <li>_ Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas.</li> </ul>			guías no las tienen.
		<p>Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.</p> <p>Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el rehusó de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales</p>		X	No hay manual para el manejo de desechos en ninguna de las áreas.
		<p>Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radio protección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.</p>		X	
1.6	<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGIS-TROS ASISTEN-CIALES</b>	<p>Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.</p>	X		
		<p>Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente,</p>	X		

		siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.			
		El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X		
		Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X		
		Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.		X	La persona que maneja el archivo sabe el procedimiento pero no lo tiene por escrito.
		En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X		
1.7	<b>INTERDE-PENDENCIA DE SERVICIOS</b>	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. Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad cuenta con: _ Laboratorio clínico. _ Servicio farmacéutico. _ Ambulancia. _ Radiología. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento). Si presta servicio de hospitalización pediátrica (excepto cuando es una	X		
				X	No hay lactario

			institución acreditada por la OPS como amiga de la mujer y de la infancia), cuenta con lactario, a menos que la preparación de teteros esté contratada por fuera de la institución.			
			Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio.	X		
			Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.	X		
1.8	<b>REFERENCIA CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES</b>	<b>Y DE</b>	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.		X	
1.9	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	<b>A LA</b>	Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.		X	

## 2. CONSULTA EXTERNA

<b>COD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACION</b>
2.1	<b>RECURSO HUMANO</b>	<b>CONSULTA MÉDICA GENERAL</b> Médico general.	X		
		<b>CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL</b> Odontólogo. Si toma radiografía odontológica especializada (panorámica y digital) deberá contar con entrenamiento certificado. Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografía odontológica este también deberá contar con entrenamiento certificado.	X		
		<b>HIGIENE ORAL</b> Odontólogo o higienista oral, éste último bajo la supervisión del odontólogo.	X		
		<b>CONSULTA DE ENFERMERÍA</b> Enfermera profesional.	X		
		<b>CONSULTA DE SICOLOGÍA</b> Psicólogo.	X		
		<b>TOMA E INTERPRETACION DE RADIOGRAFIAS EN SERVICIOS ODONTOLOGICOS</b>			

		La toma podrá realizarse por el odontólogo o técnico en radiología o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral. La interpretación deberá realizarse únicamente por el odontólogo.	X		
		FONOAUDIOLOGÍA Y TERAPIA DEL LENGUAJE Fonoaudióloga o terapeuta del lenguaje.	X		
		TERAPIA RESPIRATORIA Fisioterapeuta o terapeuta respiratoria. En el servicio de urgencia de baja complejidad las nebulizaciones podrán ser realizadas por auxiliar en enfermería.	X		Se realizan nebulizaciones por la auxiliar de enfermería.
		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		
2.2	<b>INSTALACIONES FÍSICAS-</b>	CONSULTA EXTERNA Dispone de las siguientes áreas: Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de Consulta externa en su totalidad y no por consultorio. _ Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente. _ Debe contar con lavamanos. _ Los consultorios de ginecoobstetricia, urología, citología o toma de muestras y aquellos que por el tipo de examen que así lo requieran deberán contar con unidad sanitaria exclusiva de fácil acceso. _ Tiene un área específica para los procedimientos que se deriven de la consulta.	X  X  X X  X		
		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	X		



		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.			
		<p>_ Si ofrece atención extramural, de acuerdo con los servicios que ofrece, cuenta con:</p> <p>_ Para consulta médica y controles de enfermería: Camilla, equipo de órganos de los sentidos, fonendoscopio y tensiómetro, metro, Termómetro, Tabla de agudeza visual, Balanza y tallímetro.</p> <p>_ Para Salud oral: Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología en un número que garantice esterilización entre un paciente y otro.</p>	X		
		<p>CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA</p> <p>Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, espejo de mano, bandeja para instrumental, eyector, jeringa triple, módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.</p> <p>Piezas de mano con: Airotor, micro motor, contra-ángulo; compresor de aire, esterilizador, recipiente para esterilización en frío estéril, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de:</p> <p>Espejos bucales, exploradores doble extremo, sondas periodontales, pinzas algodonerías, cucharillas y /o excavadores, jeringas cámpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.</p> <p>Dispone también del siguiente Instrumental para operatoria: Aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor, pinza gubia, porta banda y porta matriz y cleoide, discoide.</p> <p>Instrumental para endodoncia: Explorador de conductos, espaciador, condensador, tira nervios, limas, dentímetro.</p>	X		
			X		
			X		
			X		
			X		



		<p>_ Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí.</p> <p>_ Instrumental para periodoncia: Sonda periodontal, dentímetro, periostótomo y curetas.</p> <p>Delantal en plomo o su equivalente, para el profesional, para los niños, hombres y mujeres en edad fértil solo si toma rayos X.</p> <p>Autoclave (salvo que disponga de un sistema de esterilización hospitalario),</p> <p>_ Se realiza mantenimiento de equipos con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo.</p> <p>_ Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente.</p>	X		
		<p>_ Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso peri apical, de otro equipo de Rayos X de uso odontológico y o de equipos de Rayos X de uso diagnóstico médico expedidas por la dirección territorial.</p>	X		
2.4	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	<p>CONSULTORIO ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA</p> <p>_ 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.</p> <p>_ 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.</p>		X	Las guías de manejo están incompletas no tienen justificación, objetivos específicos y deben ser de las primeras 10 causas de morbilidad. No hay protocolos de manejo

3. LABORATORIO CLINICO Y TOMA DE MUESTRAS					
COD	RECURSOS	CRITERIO	C	NC	OBSERVACION
3.1	RECURSO HUMANO	TOMA DE MUESTRAS Bacteriólogo. Además podrán contar con auxiliar(es) en laboratorio clínico, siempre bajo la supervisión del Bacteriólogo, quien será el responsable de todas las actividades que se lleven a cabo en el servicio de toma de muestras. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán 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		
		LABORATORIO Bacteriólogo o Médico; éste último, con especialización en patología clínica, o en una de las áreas del laboratorio clínico. Además podrán contar con personal profesional del área de la salud, con formación reglamentada, autorizada para ejercer actividades relacionadas con el laboratorio clínico y con auxiliar(es) de laboratorio clínico.	X		
3.2	INSTALACIONES FISICAS	TOMA DE MUESTRAS. Debe existir un área dedicada para tomar muestras que esté dotada con muebles para tal fin. Debe tener un mesón sólido para la centrifuga. 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 tienen baño ni lavamanos.
		LABORATORIO CLINICO DE BAJA COMPLEJIDAD El área de laboratorio deberá tener las secciones del laboratorio separadas e identificadas. Las áreas de trabajo cuentan con iluminación y ventilación natural y/o artificial. Los pisos son impermeables, sólidos de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para		X  X  X	No hay ventilación adecuada.

		<p>facilitar el drenaje.</p> <p>Las paredes y muros son impermeables, sólidos lavables y resistentes a factores ambientales.</p> <p>Las mesas de trabajo son impermeables sólidas y resistentes a factores ambientales.</p> <p>No se exigen requisitos especiales para los techos</p> <p>Deben tener uno o varios sifones libres,</p> <p>Uno o varios lavamanos y una ducha manual o lavaojos.</p> <p>Debe contar con una sala de espera adecuada con sillas suficientes, la cual puede ser compartida con otros servicios.</p> <p>Debe contar con un área de recepción del paciente y donde se suministra información</p> <p>Los equipos del laboratorio deben contar con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra y no deben estar conectados a una extensión eléctrica.</p>	X		
			X		
			X		
			X		
			X	X	
				X	
				X	
3.3	<b>DOTACIO-MANTENIMIENTO</b>	<p>TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO CLÍNICO</p> <p>Los equipos necesarios según las muestras que tomen.</p>	X		
		<p>LABORATORIO CLÍNICO BAJA COMPLEJIDAD</p> <p>Los laboratorios clínicos deberán tener los equipos Manuales, semiautomatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen.</p>	X		
3.4	<b>MEDICAMENTOS DISPOSITIVOS MEDICOS</b>	<p>Y</p> <p>TOMA DE MUESTRAS</p> <p>Las tomas de muestras deben tener los soportes de los pedidos y kardex, donde existen todos los dispositivos médicos de la toma de muestras.</p> <p>Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.</p>	X	X	

		<p>LABORATORIO CLÍNICO BAJA COMPLEJIDAD</p> <p>Tiene un proceso de adquisición de dispositivos médicos definido y documentado.</p> <p>Los insumos y reactivos se encuentran almacenados bajo las condiciones de temperatura adecuada según el fabricante.</p> <p>Tiene un sistema de kardex.</p> <p>Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA.</p>	X		
3.5	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	<p>TOMA DE MUESTRAS</p> <p>_ Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras.</p> <p>_ Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico.</p> <p>_ Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico.</p> <p>_ Protocolo de limpieza y desinfección de áreas.</p> <p>_ Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio.</p> <p>_ Protocolo de transporte de muestras</p>		X	El manual de funciones está unido con el protocolo de manejo, no hay guías de atención. Está el protocolo de salud pública que es diferente.
		<p>LABORATORIO CLÍNICO BAJA COMPLEJIDAD</p> <p>Deben tener un programa de control de calidad Interno y externo, y deben garantizar la existencia de Manuales.</p> <p>_ Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas.</p> <p>_ Manual de Control de Calidad Interno y externo.</p> <p>_ Manual de toma, transporte y Remisión de Muestras.</p> <p>_ Manuales de procedimientos técnicos de cada sección.</p> <p>_ Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico.</p> <p>_ Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico.</p> <p>_ Protocolo de limpieza y desinfección de áreas y material de vidrio.</p> <p>_ Los manuales deben llevar un</p>	X	X	Tienen el formato de control de calidad interno y externo pero no tiene el manual como tal. Faltan los manuales de manejo de desechos biológicos Falta el protocolo de limpieza y desinfección de

		registro de que todo el personal los conoce, deben revisarse cada año y documentar las actualizaciones.			áreas
3.6	<b>HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>	<p><b>TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO</b></p> <p>_ Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos.</p> <p>_ Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica.</p> <p>_ 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.</p> <p>_ Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó.</p>	X		
		Los resultados de los exámenes deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio clínico que los realizó, sin transcribirlos.	X		
3.7	<b>SEGUIMIENTO A LA PRESTACION DE SERVICIOS EN LA DE</b>	<p><b>LABORATORIO CLÍNICO Y TOMA DE MUESTRAS</b></p> <p>_ Todos los laboratorios clínicos deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción.</p> <p>_ Complicaciones de procedimientos diagnósticos</p> <p>_ Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos</p> <p>_ Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros</p>		X	
				X	
				X	
				X	

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

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

		En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.			
4.4	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	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 (triade) si realiza este procedimiento. Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.		X  X  X  X	Le faltan ciertos parámetros para que se cumpla los requisitos de la guía.
4.5	<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGISTRO</b>	Deberá contar con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.	X		
4.6	<b>INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>	Cuenta con servicio de laboratorio clínico demuestra el apoyo de los exámenes de laboratorio clínico necesarios para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida.	X		
4.7	<b>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES</b>	- 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  X  X  X		
4.8	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	_ Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las		X	



		<p>infecciones</p> <p>_ Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, incluidos Los servicios de odontología, laboratorio clínico, esterilización, o en los consultorios donde se realicen procedimientos y en todas las demás áreas donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia más profundo</p> <p>_ Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan</p>		X	El manual de bioseguridad está por escrito pero no se encuentra en todos los servicios.
		<p>adicción física y psíquica, en caso de ser utilizados por la institución.</p> <p>_ Comités técnico científicos o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno en el prestador que desarrollen los procesos de evaluación y seguimiento de los siguientes riesgos:</p> <p>_ Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias.</p> <p>_ Complicaciones derivadas de la alta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana.</p>	X	X	



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



		<p>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. Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.</p>	X	X	
6.3	<b>DOTACIÓN MANTENIMIENTO</b>	<p>Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes. La dotación mínima será ambú - bag, laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, guía de intubación para adulto y pediátrica según el tipo de población que atienda. -Succionador, electrocardiógrafo, bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto, glucómetro, camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y silla de ruedas.</p>	X	X	Electrocardiógrafo está dañado
6.4	<b>REFERENCIA Y CON RARREFERENCIA DE PACIENTES</b>	<p>Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:</p>			
		<p>_ 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.</p>	X  X  X	X	El personal conoce el proceso pero no esta por escrito.

7.HOSPITALIZACION PEDIATRICA					
COD	RECURSOS	CRITERIO	C	NC	OBSERVAC.
7.1	<b>RECURSO HUMANO</b>	Especialista en pediatría. El control hospitalario puede ser realizado Por médico general con entrenamiento certificado en cuidado intensivo, presencial asignado de manera que haya cubrimiento las 24 horas. Enfermera profesional, auxiliares de enfermería presenciales, asignados de manera que haya cubrimiento las 24 horas. Disponibilidad de terapeuta respiratoria o fisioterapeuta y nutricionista. Todo el personal mencionado debe contar con entrenamiento certificado específico en el área.	X		
7.2	<b>INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO</b>	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.	X	X	Dentro del baño falta espacio acondicionado para bañar y vestir los niños.



		<p>con las especificaciones establecidas por el laboratorio fabricante, diseñados por químico farmacéutico.</p> <p>_ Normas explícitas sobre la no formulación ni realización de actividades de asesoría farmacológica ni de farmacovigilancia por personal diferente al químico farmacéutico.</p> <p>_ Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.</p> <p>_ Procedimiento para el manejo de medicamentos de control.</p> <p>_ Procedimientos para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de medicamentos.</p>	X		
			X	X	
			X		



<b>9. TRASLADO ASISTENCIAL BASICO</b>					
<b>COD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVAC.</b>
9.1	<b>RECURSO HUMANO</b>	Auxiliar en enfermería o de urgencias médicas o tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria, en cualquier caso, con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas. Conductor con capacitación en primeros auxilios de mínimo 40 horas.		X	Las auxiliares de enfermería no tienen el entrenamiento certificado de soporte vital básico.
9.2	<b>INSTALACIONES FISICAS</b>	Las especificaciones técnico-mecánicas de las ambulancias terrestres, fluviales o marítimas y se hará a través del aéreas, tendrán como referencia La última versión vigente de la Norma Técnica Colombiana (ICONTEC). Las ambulancias terrestres, fluviales o marítimas y las aéreas, además de los requisitos de salud, deben cumplir con los que para este tipo de servicios determine la autoridad aeronáutica civil de Colombia y las autoridades de tránsito terrestre, fluvial o marítimo. Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo de los 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		El Hospital cuenta con una ambulancia de traslado asistencial Básico(TAB).
9.3	<b>DOTACIÓN – MAN TENIMIENTO</b>	- Debe cumplirse con los criterios establecidos para el traslado asistencial terrestre, aéreo y/o marítimo y fluvial que se La verificación del cumplimiento de los requisitos de dotación de equipos, insumos y medicamentos para la habilitación del servicio de ambulancia de traslado asistencial aéreo, terrestre, marítimo.	X		No tiene el aviso visible de TAB
9.4	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	_ Dispone de Guías de manejo de urgencias. _ En el caso del servicio de traslado asistencial medicalizado		X	No aplica

		de ambulancia, guías para el transporte de pacientes, aéreo, terrestre o marítimo según corresponda.			
9.5	<b>INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>	Cuenta con sistema de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia.	X		
9.6	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	La institución que presta servicios de traslado o atención domiciliaria o prehospitalaria evalúa sistemáticamente las defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte o la atención domiciliaria o prehospitalaria		X	

<b>10. ESTERILIZACION</b>					
<b>COD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIOS</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVAC.</b>
10.1	<b>RECURSO HUMANO</b>	Instrumentado o enfermera a profesional o auxiliar en Enfermería, esta última para aquellos lugares en que no se pueda contar con el persona a profesional.	X		
10.2	<b>INFRAESTRUCTURA INSTALACIONES FÍSICAS MANTENIMIENTO.</b>	Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. . Debe poseer áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril. Debe contar con unidad sanitaria y área de aseo.	X X X X	X	
10.3	<b>DOTACIÓN MANTENIMIENTO.</b>	Equipo de esterilización según e método establecido en el manual de esterilización de la institución.	X		

<b>11.RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS</b>					
<b>COD</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVAC.</b>
11.1	<b>RECURSO HUMANO</b>	Técnico en Radiología, con supervisión por especialista en Radiología. Esta supervisión implica un proceso de asesoría de un médico especialista en radiología, con el propósito que el servicio desarrolle adecuadamente las acciones sobre radio protección; no implica la supervisión de cada procedimiento radiológico, ni la presencia permanente del radiólogo. La supervisión se puede de mostrar mediante la certificación de la visita del radiólogo y el cumplimiento de las Recomendaciones emitidas por él. Si se ofrece el servicio de lectura de los resultados de los exámenes, solamente será realizado por el especialista en radiología.	X		
11.2	<b>INSTALACIONES FISICAS</b>	Las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico u odontológico expedida por la Dirección territorial competente.	X		
11.3	<b>DOTACION MANTENIMIENTO</b> Y	Equipo de RX correspondiente con: Mesa radiográfica, delantal plomado, protector gonadal y de tiroides para paciente y el acompañante Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de Funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical, de otro equipo de Rayos X de uso odontológico y o de Equipos de Rayos X de uso diagnóstico médico expedidas por la dirección territorial.	X		
11.4	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	Cumplimiento del manual de Radio protección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general.		X	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante.</li> <li>_ Protocolos para garantía de calidad de la imagen.</li> <li>_ Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del Personal expuesto.</li> </ul>		<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>No se encuentran por escrito.</p> <p>No estaban disponibles.</p>
11.5	<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Registro de placas tomadas y pacientes atendidos, donde se especifique el tipo de placa, los parámetros usados en el proceso. Registro de placas dañadas, y posibles causas.</li> <li>_ Registro de dosis de radiación.</li> </ul>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		
11.6	<b>SEGUIMIENTO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN LA DE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_Complicaciones de procedimientos diagnósticos, en particular de procedimientos intervencionistas.</li> <li>_ Exposiciones o sobre exposiciones a radiaciones innecesarias y o evitables.</li> <li>_ Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos (deficiencias en las placas los resultados o en los reportes de los procesos diagnósticos por imaginología).</li> <li>_ Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallasen la privacidad de los resultados.</li> </ul>		<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>Tienen un formato que hacen firmar a las mujeres que dudan si están embarazadas.</p>

12. PROMOCION Y PREVENCIÓN					
COD	RECURSOS	CRITERIO	C	NC	OBSERVAC.
12.1	RECURSO HUMANO	TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGÍAS 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		
		VACUNACIÓN 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		
		PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Si la institución ofrece el diseño e implementación de uno o varios programas de promoción y prevención, se debe contar con profesional de la salud con postgrado en epidemiología, salud pública o administrativos de la salud. Si la institución ofrece solamente la implementación de uno o varios programas de promoción, para el diseño de cartillas, volantes, instructivos o cualquier otro material educativo para el usuario así como el diseño de conferencias, charlas o talleres deberá contar con enfermera profesional o médico u otros profesionales de la salud pero solo en lo relacionado con su competencia. Para la realización de las anteriores actividades se deberá contar con promotores, auxiliares de enfermería, profesionales de la salud o afines. En salud oral las actividades podrán ser realizadas además por	X		

		<p>higienista oral o auxiliar en salud oral.</p> <p>Si la institución ofrece la implementación de los programas de detección temprana y protección específica deberá contar con:</p> <p>Para detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, la toma de citología cérvico uterina en detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven, consulta, control, aplicación de DIU de intervalo en planificación familiar y los demás programas de enfermedades crónicas, ETS, VIH SIDA, TBC y enfermedades de interés en salud pública: médico o enfermera profesional. La toma de citologías cérvico – vaginales, podrá ser realizada por auxiliar en enfermería con entrenamiento certificado. Para la detección temprana de las alteraciones del embarazo: Médico quien podrá delegar algunas actividades en enfermera profesional. Para la lectura y reporte de la citología cervicouterina: citotecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un citopatólogo o patólogo; quien realizará el control de calidad, médico general o gineco-obstetra para determinar la conducta a seguir de acuerdo con los resultados. Para vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones: Auxiliar en enfermería y/o promotor de salud con entrenamiento en vacunación certificado por la dirección territorial o por otra institución o por profesional de enfermería o médico con experiencia en el PAI. Auxiliar en enfermería, con la supervisión de enfermera profesional o médico con experiencia en el tema. Para atención preventiva en salud bucal: Odontólogo o higienista oral. Médico especialista en urología para la esterilización quirúrgica masculina y médico especialista en gineco-obstetricia para la esterilización quirúrgica femenina y</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>Aplicación de DIU intracésarea. Para las actividades de evaluación de riesgos psicológicos y sociales en detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven contará con profesional en psicología. Para detección temprana de las alteraciones del Adulto</p> <p>Médico general. Para detección temprana del cáncer de seno: Médico general, gineco-obstetra o cirujano general o especialista en cirugía de seno para las actividades preventivas de autodiagnóstico por parte del paciente.</p> <p>Técnico de radiología con entrenamiento certificado en mamografía para la realización de la mamografía; la lectura e interpretación la debe realizar un radiólogo, con entrenamiento en mamografía no menor de tres Meses. Para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual: Optómetra o médico para la toma de agudeza visual y médico especializado en oftalmología para el examen oftalmológico y optómetra para examen optométrico.</p>			
12.2	<b>INSTALACIONES FISICAS</b>	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).			
12.3	<b>DOTACION Y MANTENIMIENTO</b>	TOMA DE MUESTRAS PARA CITOLOGÍAS CERVICO UTERINAS Camilla y lámpara de cuello de cisne o su equivalente que permita la iluminación del campo de interés, espéculos y material necesario para realizar este procedimiento.			
		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.			





**9. PLAN DE MEJORAMIENTO DE LA UNIDAD NIVEL I DE MORALES**

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		<b>CÓDIGO PRC-06-FO-01</b>	<b>VERSIÓN: 00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	<b>NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Pagina	<b>ESTADO: VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.1 PLAN DE MEJORAMIENTO RECURSO HUMANO</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PORQUE</b>	<b>COMO</b>
No se cuenta con el procedimiento para la selección de personal asistencial.	Administrador.	De inmediato	Oficina de personal	Se requiere que haya un proceso escrito para la vinculación de personal porque es una exigencia del decreto 1011 de 2006.	Procesos y procedimientos aprobados, entregados al Hospital de Morales
Las hojas de vida de algunos empleados no tienen La documentación completa	Administrador.	De inmediato	Oficina de personal	Las hojas de vida de todos los empleados deben estar completas porque es un requisito que exige el decreto 1011 de 2006.	Los empleados que no tengan todos los documentos en regla deben hacerlos llegar a la oficina de personal.

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		CÓDIGO	VERSIÓN: <b>00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	NOMBRE: <b>FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Pagina	ESTADO: <b>VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.2 PLAN DE MEJORAMIENTO INFRAESTRUCTURA</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PORQUE</b>	<b>COMO</b>
Laboratorio clínico: No tiene baño, lavamanos, las secciones no están separadas, no hay drenaje, los pisos no son impermeables y no hay adecuada ventilación.	Administrador, Coordinador médico.	De inmediato	En el laboratorio clínico	Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la habilitación.	Asignar o Gestionar recursos para que se realicen las obras necesarias para el cumplimiento de la habilitación.

<p>Urgencias: Los pisos no son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. _ Además los cielos rasos, techos, paredes y muros no son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales. Los equipos eléctricos no están conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra.</p>	<p>Administrador, Coordinador Médico.</p>	<p>De inmediato</p>	<p>Urgencias</p>	<p>Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la habilitación</p>	<p>Asignar o Gestionar recursos para que se realicen las obras necesarias para el cumplimiento de la habilitación</p>
--	---	---------------------	------------------	---	---

<p>Obstetricia: Las puertas de las salas de parto no tienen visor . El vestier para los quirófanos no se encuentra en un sitio adecuado. El área de trabajo de parto no tiene unidad sanitaria</p>	<p>Administrador, Coordinador médico.</p>	<p>De inmediato</p>	<p>En servicio de obstetricia</p>	<p>Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la habilitación</p>	<p>Asignar o gestionar recursos para que se realicen las obras necesarias para el cumplimiento de la habilitación</p>
<p>Hospitalización de baja complejidad: En los accesos, áreas de circulación y salidas, hay cruces de elementos sucios y limpios. Las puertas de los baños no tienen el ancho adecuado para el acceso de los pacientes en sillas de ruedas.</p>	<p>Administrador, Coordinador médico.</p>	<p>De inmediato</p>	<p>Hospitalización de baja complejidad.</p>	<p>Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la habilitación</p>	<p>Asignar o gestionar recursos para que se realicen las obras necesarias para el cumplimiento de la habilitación</p>

Hospitalización pediátrica: Dentro del baño falta espacio acondicionado para bañar y vestir los niños.	Administrador, Coordinador médico	De inmediato	Hospitalización pediátrica.	Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la habilitación	Asignar o gestionar recursos para que se realicen las obras necesarias para el cumplimiento de la habilitación
Farmacia: la instalación física es muy reducida. No Tiene ventilación, iluminación, para el mantenimiento de los medicamentos	Administrador, Coordinador médico.	De inmediato	farmacia	Se requiere que cuente con una infraestructura adecuada para la prestación de los servicios para la habilitación	Asignar o gestionar recursos para que se realicen las obras necesarias para el cumplimiento de la habilitación

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		CÓDIGO	VERSIÓN: <b>00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	NOMBRE: <b>FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Pagina	ESTADO: <b>VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.3 PLAN DE MEJORAMIENTO DOTACION- MANTENIMIENTO</b>					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
Hospitalización y urgencias: La Institución no cuenta con un depósito de cadáveres.	Administrador, Coordinador médico.	De inmediato	En hospitalización y urgencias	Porque es un requisito que se requiere para la habilitación.	Asignar o Gestionar los recursos necesarios para la construcción de un depósito de cadáveres.
Hospitalización de baja complejidad: electrocardiógrafo dañado	Administrador, Coordinador médico.	De inmediato	En hospitalización	Porque es un equipo que se requiere para la prestación de un buen servicio.	Gestionar recursos para que se repare el electrocardiógrafo.

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		CÓDIGO	VERSIÓN: <b>00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	NOMBRE: <b>FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Pagina	<b>ESTADO: VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.4 PLAN DE MEJORAMIENTO MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PORQUE</b>	<b>COMO</b>
En la institución hay un listado de todos los medicamentos para uso humano, pero no está disponible.	Coordinador médico	De inmediato	En todas las áreas asistenciales del Hospital.	Se requiere que haya listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio que genérico o marca del sustituyan.	Tener disponible en todas las áreas el listado de los medicamentos y dispositivos médicos que cumpla con los requisitos exigidos en la norma.



				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.	
En el área de odontología no hay controlador de temperatura. En el área de farmacia no se cumple con buenas condiciones para el almacenamiento de los medicamentos e insumos médicos	Coordinador médico, odontólogo.	De inmediato	Farmacia y odontología	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 de 2006	Compra de controlador de temperatura y mejora del área de farmacia reubicándola o haciendo los cambios necesarios para que cumpla con los requisitos.

No se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se rehúsen dispositivos médicos.	Coordinador médico.	De inmediato	Farmacia	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 de 2006	Las normas y procedimientos para el control de reutilización de dispositivos médicos deben estar por escrito.
En el laboratorio no tienen los soportes de los pedidos y kardex, donde existen todos los dispositivos médicos de la toma de muestras	Coordinador médico, bacteriólogo	De inmediato	Laboratorio	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 de 2006	Implementación del kardex para los pedidos de los dispositivos médicos necesarios para el laboratorio.
Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.	Coordinador médico, auxiliar de farmacia.	De inmediato	Farmacia	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 de 2006	Colocar en una parte visible de la droguería, información que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		CÓDIGO	VERSIÓN: <b>00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	NOMBRE: <b>FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Pagina	ESTADO: <b>VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.5 PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
Odontología: Las guías de manejo están incompletas no tienen justificación, objetivos específicos y deben ser de las primeras 10 causas de morbilidad. No hay protocolos de manejo.	Coordinador médico, odontólogo.	De inmediato	Odontología	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 para la habilitación	Complementar las guías de manejo y diseñar los protocolos.

Todas las áreas: el hospital cumple en cuanto a tener el manual de manejo de residuos hospitalarios pero falta socializarlo en todas las áreas. No hay conocimiento efectivo por parte del personal de servicios generales.	Coordinador médico.	De inmediato.	Todas las áreas del Hospital	Es un requisito exigido por el decreto 1011 para la habilitación	El manual de residuos hospitalarios debe ser socializado a todo el personal de la institución.
Urgencias y hospitalización: Tienen procedimiento para la entrega de turnos pero no esta escrito, las guías de atención no las tienen.	Coordinador médico,	De inmediato	Urgencias y hospitalización.	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 para la habilitación	Diseñar e implementar las guías de atención y un formato para entrega de turnos por parte del personal asistencial.
Laboratorio: El manual de funciones está unido con el protocolo de	Coordinador médico, bacteriólogo.	De inmediato	Laboratorio	Son requisitos exigidos por el decreto 1011 para la habilitación	Diseñar e implementar las guías de atención, manual de calidad,

<p>manejo, no hay guías de atención. Está el protocolo de salud pública que es diferente. Tienen el formato de control de calidad interno y externo pero no tiene el manual como tal.</p> <p>Faltan los manuales de manejo de desechos biológicos</p> <p>Falta el protocolo de limpieza y desinfección de áreas.</p>					<p>manual de manejo de desechos biológicos y el protocolo de limpieza y desinfección; separar el manual de funciones y el protocolo de manejo</p>
--	--	--	--	--	---

<p>Radiología: no se encuentran las normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante. No hay protocolos para garantía de calidad de la imagen.</p>	<p>Coordinador médico.</p>	<p>De inmediato</p>	<p>Radiología</p>	<p>Son requisitos exigidos por el decreto 1011 para la habilitación</p>	<p>Especificar por escrito las normas sobre la no interpretación de los exámenes por parte de personal diferente al médico o al radiólogo. Diseñar el protocolo para la garantía de la calidad de la imagen.</p>
<p>En promoción y prevención no se encuentran por escrito los procesos y procedimientos y guías de atención.</p>	<p>Enfermero jefe y coordinador médico</p>	<p>De inmediato</p>	<p>Promoción y prevención.</p>	<p>Son requisitos exigidos por el decreto 1011 para la habilitación.</p>	<p>Realizar y tener a disposición en medio físico los procesos y procedimientos y guías de atención.</p>

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		<b>CÓDIGO PRC-06-FO-01</b>	<b>VERSIÓN: 00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	<b>NOMBRE: FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Página	<b>ESTADO: VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.6 PLAN DE MEJORAMIENTO HISTORIAS CLINICAS</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PORQUE</b>	<b>COMO</b>
Se tiene definido el procedimiento para custodia y conservación de las historias clínicas pero no está por escrito.	Administrador, auxiliar de archivo.	De inmediato	En el área de archivo	Porque es un requisito para acceder a la habilitación.	Plasmar en medio físico el procedimiento para custodia y conservación de las historias clínicas.

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		CÓDIGO	VERSIÓN: <b>00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	NOMBRE: <b>FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Página	ESTADO: <b>VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.7 PLAN DE MEJORAMIENTO INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
Institución que cuenta con el servicio de hospitalización pediátrica, pero no cuenta con lactario.	Administrador, Coordinador médico.	Inmediatamente	Hospitalización pediátrica.	Es un requisito necesario para acceder a la habilitación.	Asignar o gestionando recursos para la adecuación del lactario.



	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		CÓDIGO	VERSIÓN: <b>00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	NOMBRE: <b>FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Pagina	ESTADO: <b>VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.8 PLAN DE MEJORAMIENTO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
No se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	Coordinador médico.	De inmediato	Urgencias y hospitalización	Porque lo exige el decreto 1011 para la habilitación	Realizando los flujos para la remisión de pacientes.
No existen guías Para la referencia de pacientes	Coordinador médico.	De inmediato	Urgencias y Hospitalización.	Porque nos permite darle un adecuado proceso a la remisión de pacientes.	Realizando las guías de acuerdo a lo estipulado por la norma.

	<b>SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD</b>		CÓDIGO	VERSIÓN: <b>00</b>	
<b>HOSPITAL MORALES I NIVEL</b>	NOMBRE: <b>FORMATO PLAN MEJORAMIENTO</b>		Pagina	ESTADO: <b>VIGENTE</b>	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN: Diciembre 07 de 2006	FECHA APROBACIÓN:	
<b>EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL</b>					
<b>9.9 PLAN DE MEJORAMIENTO SEGUIMIENTO A RIESGOS</b>					
QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PORQUE	COMO
No se Realizan procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.	Coordinador médico.	De inmediato	En todos los servicios	Porque es un requisito que se requiere para la habilitación.	Implementar el proceso de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, Seguridad, pertinencia y continuidad.

<p>El laboratorio clínico no tiene documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas</p>	<p>Coordinador médico, bacteriólogo</p>	<p>De inmediato</p>	<p>Laboratorio</p>	<p>Porque es un requisito que se requiere para la habilitación.</p>	<p>Implementar el buzón de sugerencias, quejas, realizar encuestas de satisfacción.</p>
--	---	---------------------	--------------------	---	---

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

<p>manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones. _El manual de normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, se encuentra por escrito pero no está en todos los servicios incluidos odontología, laboratorio clínico, esterilización, o en los consultorios donde se realicen procedimientos y en todas las demás áreas donde se</p>					<p>Tener disponible en todas las áreas del hospital el manual de bioseguridad, el cual debe ser socializado. Constituir el comité de farmacia y diseñar las guías sobre el correcto uso de los medicamentos</p>
--	--	--	--	--	---

**NOTA:** El director es el responsable de hacer cumplir el plan de mejoramiento.

**10. PORCENTAJES DE CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 1011 DE 2006  
DEL HOSPITAL NIVEL I DE MORALES**

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

$$\% \text{ CUMPLIMIENTO} = \frac{158}{241} \times 100 = 65.56\%$$

$$\% \text{ INCUMPLIMIENTO} = \frac{\# \text{ ITEMS QUE INCUMPLE}}{\text{TOTAL ITEMS}} \times 100$$

$$\% \text{ INCUMPLIMIENTO} = \frac{83}{241} \times 100 = 34.43\%$$

**11. CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS DE LA UNIDAD NIVEL I  
DE MORALES**

**11.1 ACTO ADMINISTRATIVO DE CREACION DE LA UNIDAD NIVEL I  
DE MORALES**

**GOBERNACION DEL CAUCA DIRECCION DEPARTAMENTAL DE  
SALUD**

ACUERDO No 048 de 1998

Por el cual se crea la unidad nivel I de morales

LA JUNTA DIRECTIVA DE LA DIRECCION DEPARTAMENTAL DE SALUD DEL CAUCA, en uso de sus atribuciones legales, en especial de las conferidas por el articulo 8 numeral 3 de la ordenanza No 042 del 4 de diciembre de 1995, proferida por la Asamblea Departamental del Cauca y ,

CONSIDERANDO:

Que el servicio de salud del cauca creado por la ordenanza No 042 del 4 de diciembre de 1995 para asumir la dirección y administración del sistema general de seguridad social en salud.

Que por decreto ordenanza 0808 de 1996, se modifico la ordenanza No 042 del 4 de diciembre de 1995 y se cambio la denominación del servicio de salud del cauca por Dirección Departamental de Salud del Cauca, conservando su naturaleza jurídica.

Que en desarrollo de la ley 100 de 1993, sobre seguridad social en salud se hace necesario efectuar ajustes a la estructura orgánica de la dirección departamental de salud con el fin de cumplir las funciones que le asigna la ley a las direcciones seccionales de salud.

Que de acuerdo con la ordenanza No 027 del 7 de septiembre de 1993, los organismos de salud ubicados en el municipio de morales cuales son: el centro de salud de la cabecera y puesto de salud de san isidro el mesón hacen parte de la estructura del servicio de salud del cauca, hoy dirección departamental de salud del cauca y por consiguiente son dependencias de esta entidad.

Que por decreto ordenanza No 0558 del 30 de agosto de 1996, por el cual se hacen unos ajustes en la estructura del servicio de salud del cauca hoy dirección departamental de salud del cauca, se determino que la Unidad Nivel I de Piendamó funcionaria dentro de la estructura del servicio de salud del cauca como una dependencia administrativa para el manejo de los organismos de salud del área urbana y rural de los municipios de Cajibío,



morales y piendamó, del primer nivel de atención, mientras dichos organismos de salud obtienen su autonomía administrativa y presupuestal.

Que de acuerdo con el decreto ordenanza anteriormente referido, el manejo administrativo, presupuestal y el recurso humano de los organismos de salud ubicados en el municipio de Morales ha sido realizado por la unidad nivel I de Piendamó.

Acuerdo 048 de noviembre de 1998

Que se hace necesario separar el manejo administrativo, presupuestal y de personal de los organismo de salud ubicados en el Municipio Morales, de la Unidad Nivel I de Piendamó, por ser mas funcional desde el punto de vista administrativo, con el objeto de desconcentrar funciones para facilitar el proceso de descentralización de la salud.

Que es deber de las entidades públicas responder a los retos del estado moderno plasmados en la carta política de 1991 y en consecuencia su actividad administrativa debe desarrollarse con fundamento en los principios entre otros, de economía, celeridad y eficacia (art. 209).

Que en virtud de lo anterior, el estatuto fundamental consagra instrumentos jurídicos de descongestión de funciones con el fin de ejercer eficazmente la

función administrativa y hacer más dinámica y expedita la prestación de los servicios públicos.

#### ACUERDA

ARTÍCULO PRIMERO: crear la Unidad Nivel I de Morales, conformada por el centro de salud de Morales y los puesto de salud de San Isidro y el Mesón.

ARTICULO SEGUNDO: determina que la Unidad Nivel I de Morales funcionará dentro de la estructura de la Dirección Departamental de Salud del cauca, como una dependencia administrativa para el manejo de los organismos de salud del primer nivel de atención del área urbana y rural del municipio de Morales.

ARTICULO TERCERO: Designar al Director del centro de salud de morales como Director de la Unidad Nivel I de Morales, el cual será el ordenador del gasto de la misma. De conformidad con la delegación que para efecto le otorgue el Director Departamental de Salud.

ARTICULO CUARTO: el presente acuerdo rige a partir de la fecha de su expedición.

#### CUMPLASE

Dado en Popayán a los 10 de noviembre de 1998.

## **11.2 SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA DE LA UNIDAD NIVEL I DE MORALES**

La Unidad Nivel I de Morales, Cauca, reúne las condiciones de suficiencia Patrimonial y Financiera requeridas en el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud según Decreto 1011 de 2006 y teniendo en cuenta con las especificaciones previstas en el Anexo Técnico No. 2 de la resolución 1043 de 2006 y los Estados Financieros a 31 de diciembre de 2005.

### **1. PATRIMONIO:**

$$\begin{aligned} \text{Patrimonio Total x 100 / Capital} &= \$ 1.692.932.205,94 \times 100 / \$ 76.960.292,96 \\ &= 2.199 \% \end{aligned}$$

### **2. OBLIGACIONES MERCANTILES:**

$$\begin{aligned} \text{Cuentas por Pagar (> 360 días) x 100 / Pasivo Corriente} \\ &= 0 \times 100 / \$ 4.146.136 \\ &= 0 \end{aligned}$$

### **3. OBLIGACIONES LABORALES:**

$$\begin{aligned} \text{Obligaciones Laborales (> 360 días) x 100 / Pasivo Corriente} \\ &= 0 \times 100 / \$ 4.146.136 \\ &= 0 \end{aligned}$$

## **CONCLUSIONES**

1. El Hospital Nivel I de Morales no cumple con los requisitos esenciales de habilitación establecidos en el decreto 1011 de 2006, en virtud de ello se exponen a que la Dirección Departamental de Salud suspenda los servicios.
2. El porcentaje de cumplimiento de los requisitos verificados es del 65.56%.
3. La brecha que le hace falta al Hospital Nivel I de Morales para cumplir con el 100% de los requisitos de habilitación es del 34.43%.
4. Una de las mayores falencias que se encontró en el Hospital de Morales es su infraestructura, ya que no es adecuada para la prestación de los servicios.
5. Los procesos prioritarios asistenciales no se encuentran completamente diseñados e implementados en ninguna de las áreas asistenciales.

## RECOMENDACIONES

1. Cerrar la brecha de forma inmediata para evitar la suspensión de los servicios.
2. El Hospital Nivel I de Morales debe trabajar de forma prioritaria en el mejoramiento de su infraestructura.
3. Se requiere el diseño, implementación y socialización de los de procesos prioritarios asistenciales para todas las áreas del hospital de forma inmediata.
4. El Hospital Nivel I de Morales a la mayor brevedad requiere diseñar, establecer e implementar además de los indicadores exigidos en la circular 030 de 2006 los que sean necesarios para evaluar la Institución en cuanto a estructura, proceso, resultado e impacto.
5. Establecer una auditoria interna permanente para diseñar un plan de mejoramiento continuo de la calidad.
6. Los centros de salud de la zona rural en donde se prestan los servicios extramurales deben habilitarse según lo estipulado en el decreto 1011 de 2006.

## **PROPOSITOS**

1. Este trabajo sirve como herramienta para que el Director del Hospital Nivel I de Morales, se informe de los requisitos que incumple según lo establecido en el decreto 1011 de 2006.
2. El plan de mejoramiento propuesto, el Director del Hospital Nivel I de Morales lo puede utilizar como herramienta para disminuir la brecha de incumplimiento de los requisitos de habilitación que es del 34.43%.
3. Ayudar a la comunidad de Morales a que reciba servicios de salud de calidad.
4. Este trabajo es un requisito para obtener el título de Especialistas en Administración Hospitalaria.

## BIBLIOGRAFÍA

CASAS TRUJILLO, Arles Fabian. Médico, Magíster en Salud Pública. Memorias del Seminario Atención Integral de Calidad a la Población Desplazada. Popayán Marzo de 2006.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 872 del 30 de diciembre de 2003.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, 1991. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social.

MALAGON-Londoño; GALÁN Morera; PONTÓN Laverde. Administración Hospitalaria. Segunda edición. Editorial Panamericana 1997. Pág. 547 -622.

MALAGON-Londoño; GALÁN Morera; PONTÓN Laverde. Garantía de Calidad en Salud. Segunda edición. Editorial Panamericana 2006. 646 p.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Decreto 2309 de 2002.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA La Resolución 1474 de 2002.

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

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1446 de 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: Organización mundial de la salud. Washington, D.C.1987. Análisis de las organizaciones de salud ·# 4. Pág. 19-38 y 203 - 212

PAGANINI, José Maria. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria: La relación entre estructura, proceso y resultado. División de sistemas y servicios de salud. Washington D.C. 20037, EUA 1993. Págs. 5- 36.



