



**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE HABILITACION E IMPLEMENTACION DEL
PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA IPS E.S.E. HOSPITAL NIVEL I EL BORDO.**

**JOSE DAVID MELO CALDERON
ALMA NATTALIA MUÑOZ JIMENEZ
NEIL CABALLERO CABALLERO
MARIA DEL PILAR CUJAR**

**ESCUELA DE ADMINISRACIONDE NEGOCIOS
ESPECIALIZACION ADMINISTRACION HOSPITALARIA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
POPAYAN
2006**



**EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE HABILITACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL
PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA IPS E.S.E. HOSPITAL NIVEL I EL BORDO.**

**JOSÉ DAVID MELO CALDERON
ALMA NATTALIA MUÑOZ JIMENEZ
NEIL CABALLERO CABALLERO
MARIA DEL PILAR CUJAR**

Trabajo Integral de grado para optar al título de
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

**UNIVERSIDAD EAN
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
POPAYAN**



INDICE

1. INTRODUCCION	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	8
3. MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO.	9
3. 1 MARCO CONCEPTUAL.	9
3.1.1 Atención en Salud.	10
3.1.2. Incentivos.	11
3.1.3. Calidad de la Atención en Salud.	13
3.1.4. Mejoramiento Continuo de la Calidad.	15
3.2. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y PLANEACION ESTRATÉGICA.	24
3.2.1. Generalidades del SGC en Salud.	24
3.2.2. Que es la Norma de Habilitación.	27
3.2.3. Estándares de la Norma de Habilitación.	29
3.2.4. Secuencia de Pasos para el SGC en Habilitación.	30
3.2.4.1. Autoevalué.	31
3.2.4.2. Definición de Prioridades.	32
3.2.4.3. Definición de la Calidad Esperada.	34
3.2.4.4. Medición del Desempeño de los Procesos Prioritarios.	37
3.2.4.5. Formulación del Plan de Mejoramiento	41
4. OBJETIVOS	47
4.1 OBJETIVO GENERAL.	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
5. JUSTIFICACIÓN	48
6. PROPOSITO	49



7. PRESENTACION	53
8. DISEÑO METODOLÓGICO	54
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	55
10. TIPO DE ESTUDIO	66
11. METODOLOGIA	66
11.1 AUTOEVALUACION	67
11.2 IDENTIFICACION DE LA UNIDAD	69
11.3 TIPIFICACION DE LA CALIDAD ESPERADA Y ESTABLECIMIENTO DE LA BRECHA	69
11.4 ESTABLECIMIENTO DE LA BRECHA ENTRE LO ESPERADO Y LO OBSERVADO	72
11.5. FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	74
11.6. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	75
11.7 EVALUACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	75
11.8 PLAN DE SEGUIMIENTO	76
11.9 ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	78
12. RESULTADOS ESPERADOS	79
13. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	80
14. CONCLUSIONES	82
15. RECOMENDACIONES	84
16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	



INDICE ANEXOS

ANEXO 1. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DECRETO No. 1011 DE 2006 3 ABRIL 2006.	86
ANEXO 2. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL ANEXO 2 RESOLUCION No. 1043 DE 2006 3 ABRIL DE 2006.	93
ANEXO 3. FORMULARIO DE INSCRIPCION EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.	100
ANEXO 4. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL ANEXO 1 RESOLUCION No. 1043 DE 2006 3 ABRIL DE 2006.	106
ANEXO 5. ENCUESTA DE SATISFACCION AL USUARIO CONSULTA AMBULATORIA.	107



1. INTRODUCCION

La calidad de la atención, con ser una antigua necesidad, inquietud y promesa, asume hoy un rol de creciente protagonismo y complejidad.

Ahora se dirige la mirada hacia algunas de las transiciones indispensables de los sistemas de salud para hacer frente a los retos del presente y un futuro no necesariamente lejano, la transición de la evaluación hacia la garantía de la calidad en las IPS.

Se quiere implementar una asesoría y consultoría encargada de la calidad y eficiencia tanto del servicio en salud como del funcionamiento de la IPS E.S.E. Hospital Nivel I el Bordo de la ciudad del bordo, ya que se ha encontrado una necesidad competitiva en el funcionamiento y servicio de la misma brindando al paciente la mejor calidad en la prestación de servicios en salud.



2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital el Bordo nivel I existe un problema de calidad en la prestación de servicios hospitalarios debido a la ausencia de un control directo de los diferentes procedimientos y la deficiente organización tanto en la parte asistencial como en el área administrativa del hospital, agregando a esto La alta demanda por parte de los pacientes que diariamente llegan al hospital siendo este la única institución de salud que debe cubrir a la población que comprende la región del sur del departamento del Cauca.



3. MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de habilitación”, lo cual con los últimos planteamientos atinentes a clasificación de los métodos, expresados por Donabedian a sus alumnos, implica que las metodologías a través de las cuales se implementan se incluyen en la categoría de métodos de evaluación de problemas de calidad, entendido el concepto de problema de calidad como un resultado de calidad deseable que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación de los servicios y que está relacionado con la atención precedente.

El contexto en el cual se desarrolla la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:



3.1.1 Atención en Salud

La auditoria en particular y en general el Sistema de Garantía de Calidad de nuestro país apuntan específicamente hacia la Atención en salud definida como:

“Es el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propio del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en Las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”, lo cual debe entenderse en los siguientes términos:

Qué el concepto de atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad, deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales. En efecto, el cuidado de la salud de los colombianos debe:

Decreto 1011 de 2006 resolución 1043 2006, concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país.

Qué la atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios; Las Entidades promotoras de salud, las Administradoras del régimen subsidiado, a las Entidades Adaptadas, a las Entidades de medicina prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y municipales de salud y a las Instituciones



prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

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

3.1.2. Incentivos

El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad se construye como un sistema de incentivos para la calidad y las acciones que se deriven de la implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad deben generar incentivos: se define Sistema de incentivos para la garantía de la calidad como “el Sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (Donabedian, 1996).

También se parte de la premisa de que un Sistema de garantía de calidad, independientemente del nivel de gestión en el cual opere, tiene como finalidad asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica – estructura y proceso – sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir que reciba una atención de calidad, (Ruelas, 1994). La garantía de la calidad está dada en gran parte por la forma en que se diseña y opera el sistema de salud y el permanente monitoreo y evaluación de los procesos y resultados de la atención.



Un incentivo se define como un estímulo que, al aplicarse a nivel de un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Este estímulo puede ser de carácter material (dinero), simbólico (reconocimiento), social (aceptación por los demás), de poder o posición (prestigio), etc. Puede significar un beneficio o recompensa o un costo o castigo. Dado lo anterior, debe ser claro que los incentivos pueden tener un carácter positivo, cuando premian a quien muestra el

Comportamiento deseado, o negativo cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento.

Los incentivos para el mejoramiento de la calidad disponibles como instrumentos de política pública se clasificaron de la siguiente manera:

Incentivos económicos “puros”: el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas y/o aumenta los márgenes de rentabilidad.

Incentivos de prestigio: la calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación.

Incentivos legales: se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones.

Incentivos de carácter ético y profesional: en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector: la calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.



Donabedian propone, como principios mínimos que deben tener los incentivos para la calidad en el sector de la salud, la congruencia con lo que concebimos como calidad, la consistencia con los valores y tradiciones profesionales profundamente arraigados, la vinculación entre las diferentes partes del Sistema y la persistencia para obtener unos resultados sólidos y previsibles.

Ruelas por su parte, recomienda como principios orientadores de los incentivos que estos generen una cultura de calidad, que hagan manifiesta la racionalidad económica de la calidad –calidad implica ahorro – y que otorguen visibilidad y reconocimiento al buen desempeño.

3.1.3. Calidad de la Atención en Salud

La Calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

Se concede una gran importancia a la **accesibilidad** y la **equidad** como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios.



En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de salud.

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

La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los **recursos disponibles**, lo cual significa que la calidad no puede ser ajena a la Eficiencia. Efectivamente, no se trata de obtener calidad a cualquier precio porque ello iría en detrimento del acceso y la equidad, en la medida en que se desperdiciarían recursos valiosos, necesarios para prestar servicios de salud a un mayor número de personas.

Este concepto es válido también para el Sistema de garantía de calidad en si mismo, porque no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.

Finalmente se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una **atención en salud centrada en el usuario**, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de Garantía de calidad. De acuerdo con la definición se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud.



3.1.4. Mejoramiento Continuo de la Calidad

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

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

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

La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick⁹ en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.



El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferiores a las de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son “Origen, evolución y características de los programas de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud”, Rosa Suñol /pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de ser un modelo de bajo riesgo.

El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso. Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo, es el ciclo de mejoramiento ó PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

La aplicación del ciclo es un continuo en el tiempo, a continuación se explica cada uno de los cuadrantes:

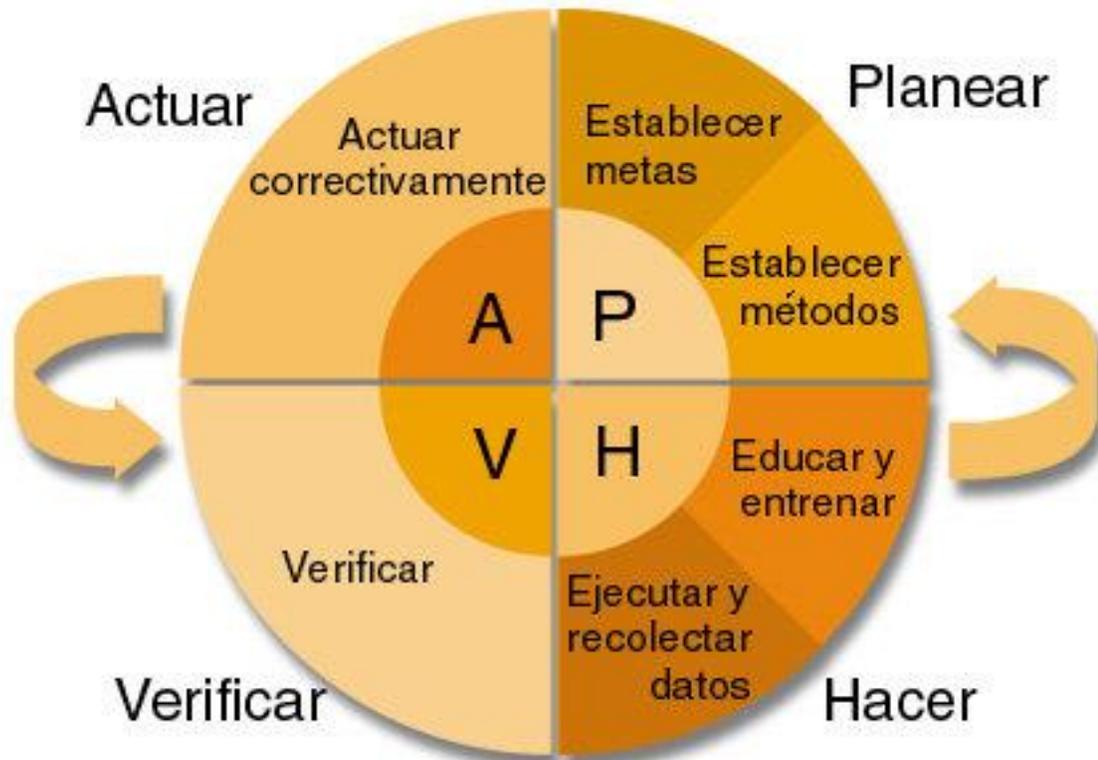
Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.



Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “comos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido, o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.



Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de mejora y reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual, la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA.



El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir al cliente externo. No significa esto que a la luz del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, pero sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerrequisito para obtener los resultados centrados en el cliente externo. De ninguna manera es La finalidad del sistema la satisfacción del cliente interno en los casos excepcionales en los cuales esta pudiera entrar en colisión con la satisfacción de las necesidades de la atención en salud con calidad del usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos, el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llegue a la institución hasta que sale.

Las instituciones, sus programas y sus servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio para una excelente atención centrada en el cliente.



Aunque los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención se basan en el mejoramiento de los procesos, este ejercicio debe estar orientado hacia la obtención de los resultados asociados con dichos procesos.

La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de manera que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso. El respaldo y el compromiso gerencial son factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad. En tal sentido, los directivos de las instituciones juegan un papel preponderante en el desarrollo de esta cultura.

En resumen, definir la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un componente de mejoramiento continuo implica que:

Su accionar se orienta a la obtención de resultados centrados en el cliente. Que aun cuando en una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, dichas evaluación estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales está correlacionado el proceso. Si no hay correlación entre los procesos evaluados y el resultado de calidad no tiene sentido la auditoría.

Que sus evaluaciones no se enfocan hacia las unidades administrativas particulares, sino que entiende el proceso de atención como un continuo clínico-administrativo que atraviesa toda la organización, examinando tanto el desempeño



de la repartición clínica o administrativa como la forma en la cual interactúa con las otras unidades para la prestación del servicio con calidad.

Que se basa en la evidencia, tanto en la medida que examina si los resultados que busca o consigue sean relevantes y prioritarios, así como en la que determina que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados, lo cual implica revisión tanto de la literatura científica nacional e internacional relevante y pertinente, así como de otras experiencias similares.

Que los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella, deben generar retorno, ojala medible en términos de contención de costos de no calidad y en todo caso, por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores válidos y confiables (basados en la evidencia).

Que su impacto se orienta hacia la mejora de procesos y no hacia la búsqueda de culpables, y promueve la internalización en el profesional y en la organización de las mejoras obtenidas a través de la promoción del auto evaluación y el autocontrol.

Donabedian, Avedis, La Calidad de la Atención Médica, Revista de Calidad Asistencial 2001: 16: S29-S38

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud, es un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de



mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tenga derecho en un ambiente de respeto e interacción en la dimensión interpersonal de la atención, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

Para la correcta implementación de estas metodologías hay algunos problemas operativos que tienen que ser solucionados, **por parte del profesional o la institución que la implementa:** No toda evaluación es útil, lo es aquella que apunte a problemas importantes, y aplique métodos que maximicen la relación entre esfuerzos y resultados (costo-efectividad). No es tan importante describir lo que se está haciendo, es realmente importante describir cuales han sido los resultados en la mejora de la salud de los pacientes y la población, en la mejora en la eficiencia clínica y administrativa y en la satisfacción real de los pacientes/clientes, así como en la contención de costos de no calidad.

En la auditoría se deben trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas. Debe combinar técnicas de auditoría (evaluación y mejoramiento de problemas de calidad), con el despliegue de comités. Evaluando a su vez la efectividad de estos y promoviendo su mejoramiento continuo. Aunque la auditoría en salud no constituye investigación clínica, si comparte con esta la necesidad de utilizar metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto incorpora los elementos del método científico que aplican a la resolución de estas necesidades de la metodología.



En consecuencia deben emplear instrumentos adecuados al problema al cual apunte la auditoría, preferiblemente utilizando aquellos ya validados y de probada efectividad.

Debe garantizar el cumplimiento del principio de la evaluación por pares, con la adecuada delegación de procesos de evaluación que no afecten la validez y confiabilidad del análisis en el caso de la aplicación de instrumentos de tamizaje.

Finalmente, la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se debe evaluar en términos del impacto y el retorno tangible y medible que genere. Solamente si lo anterior se da la podremos considerar exitosa.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementada, debe constituirse en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así como impacte en fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética.



3.2. ASPECTOS DE ADMINISTRACIÓN Y PLANEACION ESTRATÉGICA

3.2.1. ¿Qué Importancia Tiene la Gestión de Calidad en Salud en esta Época?

La gestión de la calidad en salud viene experimentando una importancia creciente debido a dos fenómenos principales: (1) el enfoque de derechos ciudadanos y de defensa del consumidor, que ha puesto en agenda las expectativas y demandas de los clientes y consumidores; y (2) la presión de los organismos internacionales de cooperación sobre los países contrapartes para mejorar el desempeño de sus sistemas de salud y asegurar servicios en cantidad y calidad con el propósito de mejorar los indicadores de salud.

¿Cuán posible es mejorar la calidad en salud y qué se requiere para esto?

La mejora y el aseguramiento de la calidad en salud son posibles si es que concurren hacia este propósito actores sociales y operadores técnicos con adecuados enfoques y estrategias de gestión de calidad y si es que se aseguran supuestos organizacionales y gerenciales básicos al interior de los sistemas de salud.

¿Qué tipo de actores pueden concurrir a este propósito?

- Representantes del gobierno nacional, sectorial y de instancias descentralizadas de gobierno.
- Representantes de gobiernos municipales.
- Representantes (gremiales) del personal del sector salud.



- Representantes de organizaciones de la sociedad civil y de organizaciones de base.
- Representantes de la cooperación internacional (multilateral y bilateral).

¿Qué tipo de operadores pueden concurrir a este propósito?

- Expertos internos (personal de la organización).
- Auditores internos (personal de la organización).
- Auditores externos (consultores).
- Expertos externos (consultores).
- Organismos Independientes de certificación.

¿Qué enfoques de gestión de la calidad pueden concurrir a este propósito?

- Enfoques que privilegian la capacitación como factor de calidad en la actitud de los prestadores.
- Enfoques que privilegian el cambio en la tecnología y la modernización de los ambientes de trabajo.
- Enfoques que privilegian las consideraciones culturales y de género.

¿Cuáles son estos supuestos organizacionales y gerenciales al interior de los sistemas de salud?

- Establecimientos de salud descentralizados, en los cuales se establezcan organismos de dirección y se gestionen recursos.



- Estructuras organizacionales empresariales, en las que se visibilicen los procesos de generación de productos y servicios.
- Voluntad y decisión de las altas gerencias para mejorar la gestión y los sistemas de gestión.
- Voluntad y decisión de las altas gerencias para mejorar la competitividad y Satisfacer sus clientes.

¿Qué importancia tienen los establecimientos de salud descentralizados?

- Tienen autonomía organizativa relativa e ingresan al “mercado de servicios” con personería jurídica propia.
- Asumen atribuciones y competencias para la gestión interna y por consiguiente gestionan recursos y bienes públicos bajo normativas gubernamentales de control.
- Tienen roles más definidos y una misión específica más precisa (generación, oferta, “venta” de servicios).
- Tienen más cercanía con la población de su responsabilidad (“población programática”) y pueden articularse mejor a redes sociales.

¿Qué importancia tienen las estructuras organizacionales empresariales?

- Incorporan la perspectiva del mercado, de los actores que concurren a Él y de la competitividad necesaria.
- Incorporan la perspectiva del cliente externo, sus requisitos y su satisfacción.



- Incorporan la perspectiva del cliente interno, sus requisitos y su satisfacción.
- Incorporan la perspectiva de los procesos orientados a la generación de productos o servicios.
- Incorporan la perspectiva del producto o servicio, bajo requisitos del cliente y Bajo requisitos técnico-reglamentarios.

¿Qué importancia tiene la gestión y los sistemas de gestión?

La gestión, en cuanto función, engloba las llamadas funciones administrativas principales (planificación, dirección, organización, control) y es indispensable para el desarrollo organizacional.

Los sistemas de gestión articulan componentes Y estructuran procesos que son viables para el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

Sin una gestión orientada a articular procesos haciendo seguimiento a su cumplimiento, y sin los directivos comprometidos, no es posible plantearse enfoques de calidad ni mucho menos alcanzar productos y servicios de calidad.

3.2.2. ¿Qué es la Norma de Habilitación?

Es un conjunto ordenado y explícito de reglas o estándares de gestión de la calidad aplicables a toda organización, independientemente de su tamaño y Naturaleza.



¿Qué organizaciones pueden utilizar la norma de habilitación?

- Organizaciones de todo tamaño.
- Organizaciones de diferente naturaleza.
- Organizaciones que generan productos (bienes) y organizaciones que generan Servicios.
- Organizaciones de diferentes sectores: privado, público, no gubernamental, de Cooperación internacional, etc.

¿Qué significa para una organización aplicar la norma de habilitación?

- Significa hacer que el sistema de gestión de calidad de la organización sea concordante con los requisitos establecidos en la Norma.
- Significa cerrar la brecha existente entre los procesos de la organización y Aquellos considerados como estándares por la Norma.

¿Qué competencias asume una organización al aplicar la norma de habilitación?

- La Norma de habilitación establece lo QUE se debe o debería hacerse en materia de gestión de calidad.
- La organización es la que establece COMO se debería hacer para asegurar un sistema de gestión de la calidad.



¿Cuántos estándares sustentan las normas de habilitación?

Nueve estándares de gestión de la calidad, los cuales han sido seleccionados por su potencial para mejorar el desempeño organizacional y alcanzar objetivos.

La implementación de un sistema de gestión de la calidad que cumpla con los Estándares de la Habilitación hará que se apliquen automáticamente.

3.2.3. ¿Cuáles son estos Estándares de Habilitación?

Estándares
1. Recursos humanos
2. Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento.
3. Dotación y su mantenimiento
4. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión
5. Procesos prioritarios asistenciales
6. Historia Clínica y registros clínicos
7. Interdependencia de servicios
8. Referencia de pacientes
9. Seguimiento a riesgos

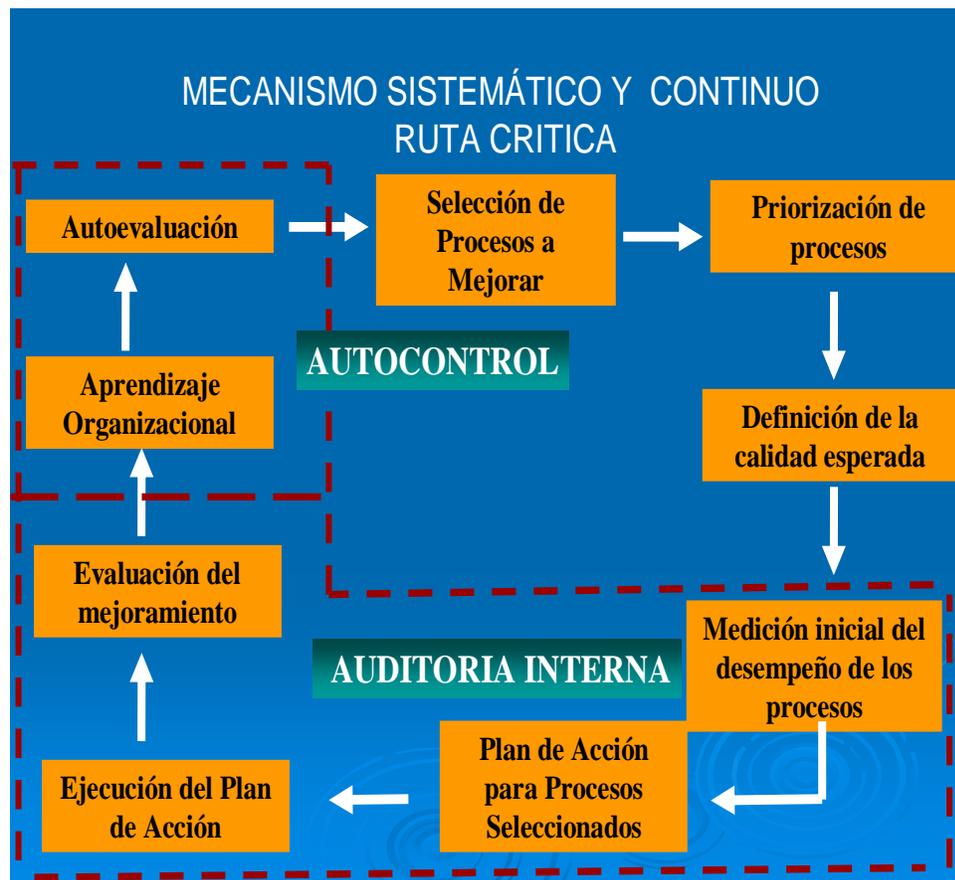
¿Qué exige el SGC de la norma de habilitación respecto de los procesos?

- Desarrollar cada proceso.
- Documentar cada proceso.
- Implementar cada proceso.



- Hacer seguimiento a cada proceso.
- Mejorar cada proceso.

3.2.4. ¿Cuál es la Secuencia de Pasos para la Implantación de un SGC Según la Norma de Habilitación?.





3.2.4.1. Primer paso: autoevalúe

El primer paso para que la organización pueda establecer que se puede mejorar es realizar una auto-evaluación, es decir un diagnóstico básico, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización, o de los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tiene importancia para la institución.

Un problema o una falla de calidad, es la diferencia que existe entre el resultado deseado y el obtenido en la realidad. La identificación de los problemas de calidad o de los aspectos objeto de monitoreo, pueden hacerse a partir de la consulta de diversas fuentes, dentro de las cuales se pueden mencionar la "voz del cliente", las directrices de la alta dirección, los informes de gerencia, las entrevistas o las encuestas a los proveedores de los servicios, los análisis de los procesos claves de la entidad, los registros regulares de la organización, la observación directa, las evaluaciones de gestión o de calidad que se realicen en la empresa y la información resultado de un proceso de referenciación competitiva.

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad los instrumentos que permiten identificar los procesos que pueden ser objeto de mejoramiento son los estándares no considerados como básicos en el Sistema Único de Habilitación y el Sistema Único de Acreditación.

El resultado de la auto-evaluación es la identificación de los procesos a mejorar, en otras palabras, la generación de un listado de procesos que son factibles de



intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas.

La identificación de los procesos a mejorar, resultado de este primer paso no es una función de la auditoría interna, sino del nivel gerencial de la organización en conjunto con los responsables de implementar el nivel de autocontrol. El papel de la auditoría interna, en aquellas organizaciones donde exista, es promover la aplicación de una metodología unificada en la totalidad de la organización y que no se pasen por alto los procesos que son de obligatorio monitoreo y seguimiento.

3.2.4.2. Segundo paso: definición de prioridades

La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que, los recursos siempre son limitados y que el mejoramiento continuo requiere de un proceso de aprendizaje individual y colectivo, de trabajo en equipo y la generación de confianza en los participantes al interior de las organizaciones y entre las organizaciones.

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes, tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación.

Para efectos de llevar a cabo el proceso de priorización, pueden utilizarse herramientas de distinta naturaleza, algunas de las cuales, son las matrices de priorización, jerarquización y Paretos, entre otros.



Criterios de Priorización pueden ser los **factores críticos de éxito** de la organización los cuales han sido definidos en el Direccionamiento Estratégico de la institución. Se entiende por factor crítico de éxito aquellos aspectos que se consideran relevantes para el logro de la supervivencia de la organización, aspectos que deben ser explícitos para la totalidad de la institución. Son los aspectos esenciales para alcanzar el éxito. Son las cosas que deben ser realizadas en forma correcta por todos los miembros de la organización si se va a lograr la visión esperada.

La decisión sobre cuáles son los procesos prioritarios corresponde al más alto nivel jerárquico de la organización junto con la dependencia responsable de su diseño.

Implica el señalamiento oficial de las prioridades a las cuales se aplicarán los recursos disponibles y refleja el compromiso de toda la organización desde las más elevadas áreas de responsabilidad, con la calidad de la gestión corporativa. La toma de decisiones se basa en la valoración de las prioridades identificadas frente a la disponibilidad de recursos de la organización, obviamente teniendo en cuenta que la utilización de recursos para el logro de niveles óptimos de calidad es, una inversión.

Las prioridades dan lugar a una serie de proyectos que en conjunto conforman el programa de auditoría de la calidad y que requieren de procedimientos de auditoría específicos para ser realizados, el programa de auditoría deberá ser actualizado permanentemente con los proyectos que van a dar respuesta a los



problemas coyunturales que se presentan en el día a día y que permitirán implementar las acciones coyunturales.

3.2.4.3. Tercer paso: definición de la calidad esperada

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel directivo, el responsable del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna definen el nivel de calidad esperado a lograr por el proceso. Algunos aspectos específicos que deben ser precisados son:

¿Cuáles son los criterios y estándares de calidad a través de los cuales se definirá el desempeño esperado conducente a obtener el mejoramiento de los resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados que impacten en la mejora de la salud del individuo y/o la población, así como en la disminución de los riesgos atribuibles a la atención en salud?

¿Cuáles son los criterios y estándares de calidad a través de los cuales se definirá el desempeño esperado conducente a obtener la mejor utilización de los recursos, disminuyendo los costos atribuibles a fallas de calidad ocasionadas por la utilización innecesaria o inadecuada de estos?

¿Cuáles son los criterios y estándares de calidad a través de los cuales se definirá el desempeño esperado conducente a mejorar el respeto a los derechos de los pacientes, y la satisfacción de sus expectativas legítimas acerca de la atención esperada por estos?



¿Cuáles son los criterios y estándares de calidad a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales, tanto en la prestación como el aseguramiento, y tanto administrativos como asistenciales; prioritarios para garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad?

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la forma como se espera que se realice y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.

En relación al primer aspecto, la forma de como se espera que se realicen los procesos se encuentran en las normas, guías ó estándares establecidos en la organización y el segundo aspecto hace relación entre otros instrumentos a los indicadores utilizados por la organización para evaluar el cumplimiento, de las normas, guías o estándares utilizados en la institución.

En este punto es importante recalcar que los indicadores son básicamente, un instrumento de monitoreo y observación de un sistema, que se construyen a partir de la evaluación y relación de variables de un sistema, subsistema o proceso. La medición de estas variables y su posterior comparación con los valores de las metas establecidos permite determinar el logro del sistema, subsistema o proceso y su tendencia de evolución.

En resumen, se puede afirmar que los indicadores son ante todo información, utilizada por los mecanismos de control para monitorear y ajustar las acciones que un determinado sistema, subsistema o proceso, emprende para alcanzar le cumplimiento de los resultados esperados.



Para que la información tenga valor, la organización deberá garantizar que en principio cada indicador cuente con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.

En el caso del Sistema Obligatorio de Garantía Calidad la estructura mínima se encuentra en la ficha de los indicadores propuestos para el Sistema de Información a Usuarios por el Ministerio de la Protección Social. La estructura de ficha técnica contempla los aspectos definidos para establecer la interpretación equivalente de los términos y resultados de los indicadores a utilizar por las instituciones, al igual que propender por un método estandarizado para la recolección de los datos, las fuentes de información, la forma de construir el indicador de forma tal que facilite la generación de información en la institución y la evaluación efectiva o no de las acciones para el mejoramiento.

A continuación se presenta la metodología propuesta por el Ministerio para elaborar la FICHA TÉCNICA de los indicadores para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Colombiano. No se debe perder de vista la relación que existe entre los indicadores y los procesos prioritarios dado que a través de ellos es que se determina la brecha inicial y el logro en el mejoramiento de los resultados de los procesos.

Como se mencionó en el capítulo anterior existe una serie de indicadores planteados en el Sistema Único de Habilitación, que son de obligatorio cumplimiento:



- Mortalidad Hospitalaria.
- Infecciones Intra-hospitalarias.
- Complicaciones Quirúrgicas Inmediatas.
- Complicaciones Anestésicas.
- Complicaciones Terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales.
- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana.

Estos indicadores son de tipo clínico y son de resultado, aspecto que promueve que estos indicadores sean parte de aquellos que se pactan para evaluar en el nivel de auditoría externa, al igual que aquellos relacionados con la satisfacción del cliente.

3.2.4.4. Cuarto paso: medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una estrategia de mejoramiento que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual.

Para realizar esta medición deberán utilizarse los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin.



PROCEDIMIENTOS DE AUDITORIA

La realización adecuada de cualquier procedimiento de auditoría, en cualquier área o campo del conocimiento, exige ejecutar los siguientes pasos:

- Obtener y revisar la información necesaria,
- Formarse un juicio profesional y
- Emitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

Cada procedimiento está determinado por sus propias particularidades y por el tipo de proceso a evaluar, pero se deberá definir la metodología para llevarlo a cabo que tendrá las siguientes fases:

Al final de la ejecución de este paso los responsables del proceso y el equipo de auditoría interna tendrán un diagnóstico del estado actual de los procesos frente a lo esperado, en otras palabras se contará con la detección de fallas de calidad.

PARA PLANEAR LA AUDITORIA SE DEBE:

- Definir o aclarar el objeto del procedimiento de auditoría.
- Establecer o revisar el estándar de calidad.
- Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria.
- Definir en forma puntual, cómo se aplicarán las distintas técnicas de auditoría seleccionadas para el procedimiento.
- Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registro que se requieren para consignar la información que pretenda obtenerse.



EJECUTAR LA AUDITORÍA:

SE DEBE:

- Aplicar las técnicas de auditoría seleccionadas y, como consecuencia de ello, obtener la información que se requería.
- Registrar, en los papeles de trabajo, la información obtenida.
- Determinar la necesidad de obtener información adicional.
- Verificar la claridad y la calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.

Ver Cronograma para la Auditoría.

CRONOGRAMA PARA LA AUDITORÍA

Hágase participe de los criterios de los procesos de priorización, involucrándose con los responsables de los mismos, para que en los resultados de los estándares se impacte a la cultura del auto-control.

En el plan de acción de la auditoría defina:

El líder auditor y/o su equipo de auditoría (responsables).

Criterios que garanticen la evaluación por partes.

Identificar las fuentes de información.



Definir el alcance y su objetivo: revisión, seguimiento del desempeño de los procesos mediante el cumplimiento de los estándares de calidad (previamente definidos) para confrontarlos con los **resultados**, para garantizar la mejora continua de la institución que impacte a todo el SGCS (calidad deseada frente a la observada).

Tener claro que la salida del plan de acción de la auditoría: es tener un diagnóstico de la efectividad y la eficiencia clínica enfrentado al costo beneficio de la atención en salud. Las recomendaciones de mejora, las acciones preventivas y correctivas que se generen deben generar cambios que mejoren la **calidad de vida de los usuarios**.

Al diseñar un documento que permita, hacer seguimiento al plan de acción de la auditoría, incluir:

- Quién es el responsable.
- Tiempo de ejecución.
- Recurso.
- Resultado final.

Al igual un documento de verificación y seguimiento a comités, y seguimiento al contenido de la historia clínica.

Levantar un documento donde se consignent los resultados y sea fácil el acceso a ellos, con las conclusiones y recomendaciones que vayan a las diferencias de lo observado y lo deseado que impacte en el marco de los estándares.



Participar activamente con los resultados anteriores y su respectivo análisis y recomendaciones en la implementación de los planes de mejora junto con cada uno de los responsables de los procesos implicados.

Hacer seguimiento a la implementación de los planes de mejora para medir que tanto impactó al Sistema de Garantía de Calidad en Salud en beneficio del usuario.

3.2.4.5. Quinto paso: formulación del plan de mejoramiento

Con los insumos generados en las etapas anteriores los responsables de los procesos y los equipos de auditoría, contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas.

La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales que afectan el logro de los resultados esperados para lo cual se deberá aplicar las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Por lo tanto, se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas, six sigma o Análisis de la causa Raíz (Análisis de Ruta Causal), entre otros.

Los aspectos a tener en cuenta para la formulación del plan de mejora son:

- Identificar el problema y definirlo concretamente, teniendo muy claro el grado de importancia global del mismo.



- Observar en detalle las características del problema, tomando en cuenta los puntos de vista de diferentes personas involucradas en el proceso.
- Analizar el problema para descubrir sus causas fundamentales, en este punto es importante la utilización de herramientas estadísticas básicas y técnicas de análisis causal; no olvidar que el plan de mejora no está completo, si no llega hasta solucionar la causa raíz del problema.
- Elaborar un plan de acción muy detallado, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados.

¿Qué beneficios generales reporta la implantación de un SGC basado en la norma de habilitación?

- Compromiso de la dirección.
- Participación y motivación del personal.
- Uso óptimo de los recursos.
- Visibilidad y transparencia de procesos.
- Mayor conformidad de los productos y servicios con los requisitos de los clientes.
- Satisfacción de los clientes.
- Satisfacción de los proveedores y de las partes interesadas.
- Medición y mejora continua.
- Creación de una cultura de calidad.



¿En qué medida la norma de habilitación ha sido aplicada en el sector salud?

La Norma de habilitación está siendo utilizada en establecimientos de salud del sector público y privado de muchos países. Su aplicación ha sido demandada sobre todo a las unidades de laboratorio clínico, de diagnóstico citológico y a las unidades de diagnóstico por imágenes de clínicas y hospitales de este sector. La demanda viene también de compañías aseguradoras, interesadas en comprar servicios de calidad para sus asegurados.

¿En qué medida el sector salud puede utilizar la norma de habilitación?

Los Ministerios de Salud y los Organismos de Seguridad Social pueden utilizar la Norma de Habilitación con razonables expectativas de lograr el funcionamiento de sistemas de gestión de la calidad que permitan el uso transparente, eficiente y eficaz de los recursos y bienes públicos.

La utilización de la Norma de Habilitación puede tener un alcance nacional, regional o local. Puede ser utilizada en organismos de gestión o en organismos de prestación de servicios.

¿Qué mejoras aportaría al sector salud la aplicación de la norma de habilitación?

- Mejora en la relación con las partes interesadas (gobierno y cooperación internacional, técnica y financiera).
- Mejora en la relación con la población usuaria, reconociéndola como el cliente externo.



- Mejora en la relación con el personal (funcionarios y servidores), reconociendo a éste como su cliente interno.
- Mejora en la relación con los múltiples proveedores (de medicamentos, insumos, equipamiento, servicios diversos, etc.).

¿Qué exigencias plantearía al sector salud la aplicación de la norma de habilitación?

- Compromiso explícito con la calidad, de los directivos.
- Definición explícita de la política y objetivos de calidad.
- Identificación y gestión de los procesos críticos de la organización.
- Definición de estrategias operativas, respecto de la calidad, en un manual de la calidad.
- Realización de una gestión adecuada de sus recursos (humanos, de infraestructura, etc.), en base a criterios de calidad.

¿Qué exigencias plantearía al sector salud la aplicación de la norma de habilitación?

- Especificación de los requisitos de los clientes.
- Especificación de los requisitos de los productos y servicios.
- Control de la conformidad de los productos y servicios.
- Auditorias regulares para el cumplimiento de los requisitos.
- Realización de acciones correctivas y preventivas respecto de las no Conformidades.



- Mejora continúa de procesos y mayor calidad de sus productos y servicios.

¿A qué temas estratégicos en el sector salud podría apoyar la norma de habilitación?

- A la reforma sectorial (cambio organizacional y gerencial).
- A la descentralización administrativa.
- A la prevención y control de la corrupción y el mal uso de los recursos públicos.
- A la aplicación de la política sectorial.
- A la aplicación del control gubernamental de la gestión pública.
- A la institucionalización de los funcionarios públicos y el servicio civil.

¿Qué áreas de gestión regional requieren de una urgente aplicación de la norma de habilitación?

- Sistemas de Administración de Personal.
- Sistemas de Adquisiciones (compras).
- Sistemas de Planificación.
- Sistemas de Contabilidad.
- Sistemas de Información.
- Sistemas de Comunicación.
- Sistemas de Asesoría Legal.
- Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.
- Sistemas de Medicamentos e Insumos.



- Sistemas de Comunicación Social.

¿Qué áreas de gestión operativa requieren de una urgente aplicación de la norma de habilitación?

- Las Unidades de Administración de Personal.
- Las Unidades de Adquisiciones (compras).
- Las Unidades de Mantenimiento.
- Las Unidades de Logística.
- Las Unidades de Lavandería.
- Las Unidades de Cocina.
- Las Unidades de Transportes.
- Las Unidades de Guardianía.

¿Qué áreas de la red asistencial requieren de una urgente aplicación de la norma de habilitación?

- Los laboratorios clínicos.
- Los servicios de ayuda diagnóstica por imágenes.
- Los servicios de esterilización de instrumental y equipos.
- Los servicios de farmacia.
- Los servicios de preparación de alimentos.
- Los servicios de eliminación de desechos hospitalarios.
- Los servicios de admisión.



4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar del sistema de habilitación e implementar un plan de mejoramiento en la IPS ESE Hospital Nivel I El Bordo.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el proceso de auto evaluación realizado en la ESE .Hospital Nivel I El Bordo.
- Evaluar el proceso de habilitación realizado en la ESE .Hospital Nivel I El Bordo.
- Definir la brecha de no conformidad satisfacción del paciente en consulta Externa
- Proponer un plan de mejoramiento, seguimiento y evaluación para el proceso seleccionado.



5. JUSTIFICACION

Considerando que en un producto o servicio lo más importante es la satisfacción del cliente es necesario establecer un programa de auditoria en las IPS que permita establecer parámetros de evaluación de los procesos que conlleven a cumplir con los objetivos de mejoramiento de la calidad de los servicios.

El Programa de Auditoria de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC) cuenta con un proceso de seguimiento permanente de mejoramiento, recolección de información, procesamiento, análisis de resultados y evaluaciones periódicas basadas en mediciones que proporcionan las estadísticas; se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódica de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas.



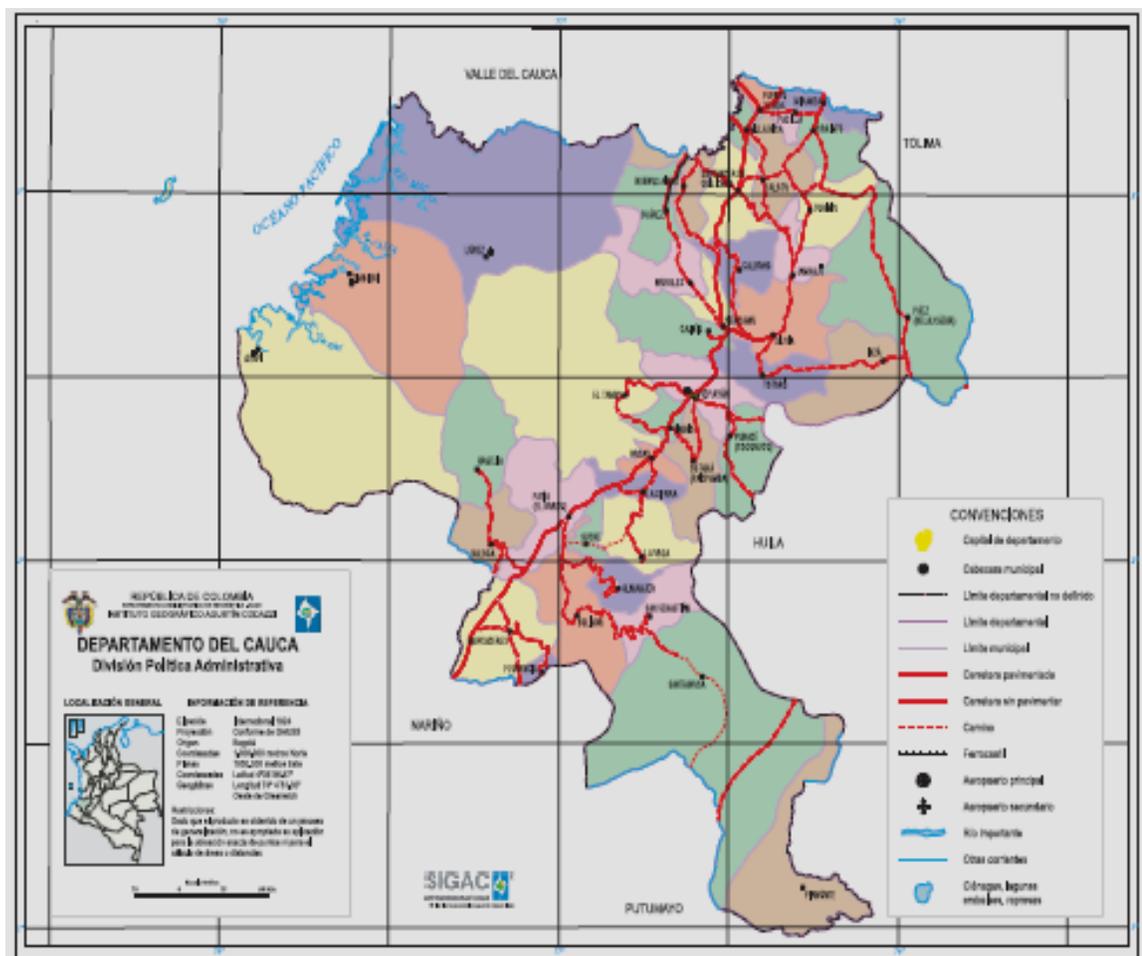
6. PROPÓSITO

Proporcionar asesoría y consultoría en Habilitación con eficiencia y eficacia para obtener la mejor calidad de atención en salud en la IPS E.S.E. Hospital Nivel I el Bordo.



7. PRESENTACIÓN

EL HOSPITAL NIVEL I EL BORDO (E.S.E.), Está ubicado en el Bordo municipio del Patía, departamento del Cauca, en la **carrera 4 No 6-43, Telefax: 8262210 Ext. 122 – Teléfono 8262211 – 262020 – 8262000**, con un horario de atención a los usuarios de la siguiente manera:





CONSULTA EXTERNA: De 8:00am a 12:00m y de 2:00pm a 6:00pm de martes a viernes, el día Sábado de 7:00am a 3:00pm jornada continua, el día lunes de 8:00am a 12:00m (para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y consulta medica para el régimen contributivo únicamente)

LABORATORIO CLINICO: de 7:00 a 12:00 y de 2:00 a 6:00pm. De martes a viernes, el día Sábado de 7:00am a 3:00pm jornada continua, el día lunes de 8:00am a 12:00m (para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad). Cuenta con una cobertura del 100% en un horario de atención las 24 horas del día para el servicio de urgencias.

URGENCIAS: Cuenta con servicio de atención las 24 horas del día

HOSPITALIZACIÓN: 30 camas (pediatría, ginecología, aislados y sala general).

CIRUGIAS: Se realizan cirugías de forma programada de acuerdo a la demanda y necesidad de la comunidad.

IMAGENOLOGIA: Cuenta con un Ecógrafo, Monitor fetal, EKG, Rayos X.

FISIOTERAPIA: Cuenta con 1 fisioterapeuta y 3 estudiantes.

FONOAUDIOLOGIA: Cuenta con una fonoaudiologa.



8. DISEÑO METODOLOGICO

1. Investigación bibliográfica, Internet, documentos y demás medios por los cuales se puede consultar sobre la IPS, la norma Decreto 1011, la Resolución 1043 y sus anexos.
2. Evaluar Autoevaluación. Estándares de habilitación.
3. Definir la brecha de habilitación
4. Selección de los procesos a mejorar.
5. Priorización de procesos. Realización de encuestas en el servicio de consulta ambulatoria.
6. Definición de la calidad esperada.
7. Medición inicial del desempeño de los procesos.
8. Plan de acción para procesos seleccionados.
9. Ejecución del plan de acción.
10. Evaluación del mejoramiento.
11. Aprendizaje organizacional.



9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

En abril se estará realizando una evaluación del trabajo organizacional.

PLAN OPERATIVO ANUAL PAMEC 2006-2007		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
		2006										2007	
		abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb	mar
Diseño													
	<i>IFI</i>												
Recoleccion													
	<i>Investigacion bibliografica</i>												
	<i>Estudio plataforma estrategica</i>												
Procesamiento													
	<i>Autoevaluacion</i>												
	<i>Guías tutoriales</i>												
	<i>Realizacion de encuestas</i>												
Analisis													
	<i>Definición de prioridades, calidad esperada y medición del desempeño.</i>												
	<i>Realizacion del PAMEC</i>												
Presentacion de Resultados													
	<i>Presentacion IFI</i>												
Plan Accion													
	<i>Ejecucion del PAMEC</i>												



10. TIPO DE ESTUDIO

El informe final de investigación se encuentra referenciado como un tipo de estudio descriptivo-analítico y prospectivo, debido a que se realiza una descripción de un método el cual se desarrolla en el hospital para lograr la habilitación que exige el decreto 1011 del 2006 según la resolución 1043 del 2006 que requiere para seguir prestando servicios de salud con mayor calidad.



11. METODOLOGIA

La Empresa Social del Estado HOSPITAL NIVEL I EL BORDO se debe enmarcar dentro de los Procesos de Auditoria como Institución Prestadora de Servicios de Salud teniendo en cuenta como mínimo, los siguientes procesos:

1. **Auto evaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad.
2. **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.

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

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.
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.



a. AUTOEVALUACION

La Autoevaluación es el primer paso para que la organización pueda establecer que se puede mejorar, es decir establecer un diagnóstico básico, en el que se identifiquen problemas y deficiencias en la prestación de servicios con calidad que afectan a la empresa, o de los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen importancia para la institución.

El resultado de la Autoevaluación es la identificación de los procesos a mejorar, en otras palabras, la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas.

Según lo establecido por el Hospital Nivel I El Bordo en la auto evaluación presentan un 100% en los estándares de habilitación argumentando que la norma exigía el 100% de cumplimiento para poderse habilitar, y los procesos o áreas a mejorar no eran de difícil consecución a corto y mediano plazo. Pero al verificar los estándares con el anexo 1 de la resolución 1043 del decreto 1011, se encontró que el cumplimiento no es del 100% en todas sus áreas (ver tabla).

1. Recursos humanos.

- Algunos de los funcionarios no cumplen con el perfil para su labor, hay que replantear y en algunos casos capacitar al personal, ejemplo. SIAU (auxiliar de enfermería), Ambulancia (curso SVP, primeros auxilios).



- No tienen Certificado de farmaceuta el personal de farmacia.
- No hay Optómetra.
- No hay fonoaudiologa.
- No hay Terapeuta Ocupacional.
- La auxiliar de ambulancia no tiene Certificado auxiliar en SVP de mínimo 20 Horas.
- El conductor no tiene Certificado primeros auxilios mínimo 40 horas.

2. Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento.

- No se rotulan los recipientes de segregación de residuos con su respectivo logo. La evacuación de residuos hospitalarios es inapropiada.
- El laboratorio clínico y odontología no cumple con los requerimientos de pisos y paredes impermeables.
- No se cuenta con un área o Infraestructura especifica de almacenamiento temporal de Residuos Hospitalarios. No hay refrigerador para residuos anatomopatológicos (placentas).
- Las áreas de circulación no tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.
- Las ventanas de Hospitalización no tienen sistemas de seguridad para los niños.
- El área de hospitalización no cuenta con lavamanos para visitantes y/o personal asistencial a la entrada del servicio que sirva de filtro de entrada.
- No hay adecuada redistribución de quirófanos. No hay señalización y delimitación de las áreas de quirófanos. (rojo, verde, amarillo). No cuenta con un sistema de extracción de gases anestésicos hacia el exterior.



- El área de trabajo de parto no cuenta con unidad sanitaria.
- La esterilización es a gas. No cuenta con unidad sanitaria ni de aseo.
- En farmacia el sistema de ventilación natural y/o artificial es insuficiente para la conservación del producto. No hay un dispositivo para el control de la temperatura y humedad para garantizar la conservación de los medicamentos.
- En consulta externa se requiere de la adquisición de biombos que garanticen los dos ambientes en cada consultorio.
- En odontología Se requiere de la adquisición de biombos que permitan la división de los espacios. Los pisos no son impermeables.
- En urgencias hay una sola área para observación pediatría y adultos. Hay solo dos manómetros para oxígeno.
- En radiología la licencia de funcionamiento esta vencida hace dos años.
- Para la toma de muestras de laboratorio clínico no existe un consultorio exclusivo para la toma de muestras. No hay una unidad sanitaria.
- En el laboratorio clínico los pisos no son impermeables. Se requiere de una ducha manual.
- En el laboratorio clínico se cuenta con poceta, pero se requiere de baño y lavamanos.
- No hay Terapia ocupacional.
- Para Fonoaudiología no existe consultorio independiente con cabinas insonorizadas.
- Para las terapias no hay buena ventilación, oxígeno permanente, no cuenta con un área de lavado y desinfección de equipos.



- Con respecto al transporte asistencial básico no hay certificado de la revisión técnico – mecánico actualizado. No hay un cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo.
- En el área de procedimientos los pisos y paredes no son permeables.

3. Dotación y su mantenimiento.

- No esta renovada la licencia y verificación de condiciones técnicas.
- No hay cronograma ni archivo de mantenimiento. Las básculas de la institución no están calibradas.
- El desfibrilador de emergencia no tiene batería. Los Medicamentos del carro de emergencia están incompletos. No hay guía de intubación para adulto y pediátrica. No hay bombas de infusión en toda la institución.
- En el servicio de hospitalización no hay cama de 2 y 3 planos. No hay una bomba de infusión. No hay un glucómetro. No cuenta con equipo de rayos X portátil.
- No hay equipo de órganos.
- La lámpara auxiliar de quirófano no tiene mantenimiento correctivo (bombillos fundidos 3). No hay laringoscopio para el área. Esta dañado el desfibrilador.
- Manual de esterilización no existe y mantenimiento de los autoclave.
- No hay dotación necesaria para la consulta, los médicos traen los equipos lo ideal es que el hospital cuente con ellos.
- No hay equipo de órganos para la consulta extramural.
- Se cerró el consultorio de optometría.



- No hay equipo de órganos para el servicio de urgencias, en la actualidad cuenta con uno pero solo tiene otoscopio.
- No hay material de inmovilización para adultos y pediátricos. No hay equipo de toracostomía.
- En Odontología una de las unidades no cuenta con negatoscopio. No cuentan con esterilización en frío. Insuficiente instrumental básico para la adecuación de los consultorios de odontología. El material es insuficiente para cumplir con los kits. Hace falta el condensador, ninguna de las tres unidades lo posee, laminas de 28 y 31 y se requiere de un dentímetro para el tercer consultorio. Ninguno de las 3 unidades cuenta con las 6 curetas que exigen por cada uno solo hay 8 por todo. No hay realizado un cronograma de mantenimiento de los equipos y unidades de odontología.
- En la sala de Reanimación se requiere de la guía de intubación adulta y pediátrica. Equipo y guía de toracostomía. El desfibrilador requiere de la batería. No hay Inmovilizadores.
- En la sala general de procedimientos no hay una camilla con barandas.
- En los servicios farmacéuticos ambulatorios hace falta dotación de equipos para el control de temperatura y humedad. Nevera.
- No hay manual de procedimientos tanto de terapia física como respiratoria.
- No hay manual de procedimientos de fonoaudiología y fisioterapia.

4. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión.

- En todos los servicios se requiere de mas ventilación tanto natural como artificial, además los sensores de temperatura y humedad para cumplir con los requerimientos de almacenamiento.



- En el laboratorio no se recopila la información en carpetas de fecha de vencimiento del reactivo, registro INVIMA (kardex).
- No hay documentación de adquisición de dispositivos médicos.

5. Procesos prioritarios asistenciales.

- No esta completa la información de las guías de manejo y protocolos de atención.
- Los requerimientos de la cocina no están acorde con la norma vigente.
- No han socializado los protocolos y guías de manejo de la institución. No hay protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo para los servicios de urgencias y consulta externa.
- No hay guías clínicas de atención para las 10 primeras causas de morbilidad en la institución en cada una de las áreas (Urgencias, Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Traslado asistencial básico).
- Se tiene el servicio SIAU pero no cuenta con el personal adecuado.
- No hay manual de manejo de residuos radioactivos.
- No esta implementado el código azul de la institución.
- La institución no cuenta con Comité de infecciones.
- La institución no cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.
- No hay guías o manuales de los siguientes procedimientos (Reanimación Cardiocerebropulmonar, control de líquidos, plan de cuidados de enfermería, administración de medicamentos, Inmovilización de pacientes, venopunción, toma de muestras de laboratorio, Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas).



- No hay manuales de esterilización, bioseguridad, uso y rehusó de dispositivos médicos.
- No esta activo el sistema de contrarreferencia de los pacientes.
- No hay guías de evaluación y registró preanestesico. Además Preparación del paciente para el acto quirúrgico, traslado del paciente al quirófano, manejo de complicaciones post-quirúrgicas, transporte de paciente complicado.
- Hacen falta guías para cumplir con los requerimientos de servicios Obstétricos.
- No hay manuales de procedimiento y esterilización.
- No hay guías de atención médica inicial y definición de conducta. No hay un plan actualizado atención de emergencias. No hay plan de contingencia para emergencias. El Triage no esta socializado.
- El transporte asistencial básico no dispone de guías de manejo de urgencias.
- No hay manuales de procedimientos en Odontología.
- No hay manual de radio protección para cada procedimiento. No están las Instrucciones para el paciente. No hay normas explicitas para la no interpretación de exámenes de personas diferentes al radiólogo o medico tratante. No existe garantía de calidad de la imagen. No hay vigilancia epidemiológica y radiológica.
- No están por escrito las técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, Equipo de salud, el paciente, Instrumental y los equipos. No hay guías sobre atención médica inicial y definición de conducta. No se revisa en cada turno del EQUIPO DE REANIMACIÓN. No hay planes de emergencia hospitalaria ni cadena de llamadas.



- No hay documentación de procesos menores. Los procedimientos no tienen consentimiento informado. No hay guías de manejo de las patologías de urgencias. No hay un manual de bioseguridad.
- En la sala de yesos no hay señalización y horario de atención. No hay documentación de procedimientos (protocolos y guías).
- No hay protocolos de los procedimientos que se realizan en el área de consulta ambulatoria.
- En el servicio de Farmacia no hay manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada recepción, almacenamiento, conservación de los medicamentos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el laboratorio fabricante, diseñados por químico farmacéutico.
- No hay información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.
- No hay manuales de atención de los procedimientos que se realizan en terapia física y terapia respiratoria incluyendo nebulizaciones.

6. Historia Clínica y registros clínicos.

- No hay un formato que permita el control de salida y entrada de historias clínicas.
- No se procede con el consentimiento informado en todos los procedimientos que se realizan.
- No hay un formato para el registro completo de pacientes de traslado asistencial con los requerimientos exigidos.
- No está activo el triage.



7. Interdependencia de servicios.

- Algunos vehículos no tienen radio.
- Dos de las ambulancias no cuentan con equipo de comunicaciones de doble vía.

8. Referencia de pacientes.

- No hay guías de referencia de pacientes.
- No están Definidas y aplicadas las guías para la referencia de pacientes en consulta prioritaria, hospitalización, urgencias, sala de reanimación y procedimientos.

9. Seguimiento a riesgos.

- No están activos los comités, con sus funciones y seguimiento. No hay un manual de normas de bioseguridad, limpieza y desinfección para cada uno de los servicios. No se ha conformado un comité de farmacia.
- No se evalúa sistemáticamente las defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte o la atención domiciliaria o prehospitalaria.



11.1 RESULTADOS ENCONTRADOS

Proceso o Área	Cumplimiento
1. Recursos humanos.	93%
2. Infraestructura, instalaciones Físicas y su mantenimiento.	64%
3. Dotación y su mantenimiento.	68%
4. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión.	70%
5. Procesos prioritarios asistenciales.	56%
6. Historia Clínica y registros clínicos.	76%
7. Interdependencia de servicios.	88%
8. Referencia de pacientes.	81%
9. Seguimiento a riesgos.	91%
Cumplimiento promedio	76%

11.2 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR.

Teniendo en cuenta la auto evaluación seleccionamos por porcentajes bajos de cumplimiento los siguientes procesos:

- Infraestructura, instalaciones Físicas y su mantenimiento.
- Dotación y su mantenimiento.
- Procesos prioritarios asistenciales.
- Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión.
- Historia Clínica y registros clínicos.



11.3 PRIORIZACION DE PROCESOS.

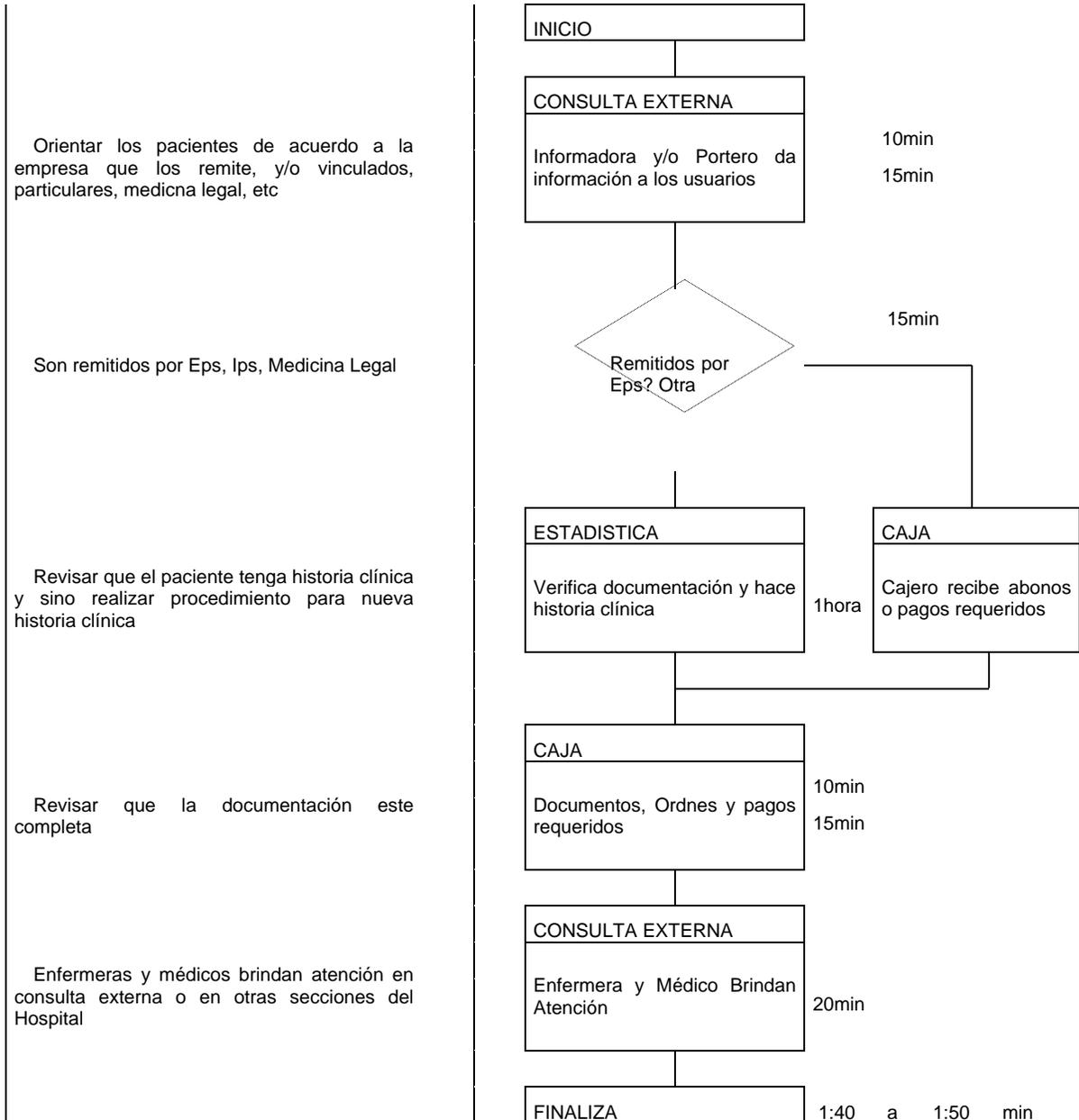
En la ESE HOSPITAL NIVEL I EL BORDO se considera que el proceso de consulta ambulatoria es prioritario debido al alto flujo de pacientes y es necesario fortalecer el cumplimiento de la calidad esperada por los usuarios al igual que definir y desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas del usuario, trato del personal de la institución, oportunidad y calidad de la información recibidas por el equipo de salud responsable de su atención.

Para evaluar la unidad de consulta ambulatoria utilizamos la herramienta de las encuestas.

Se evidencia a través de los resultados de las encuestas de satisfacción que la queja principal con respecto a la atención en la CONSULTA AMBULATORIA se da por la inconformidad en la atención oportuna con respecto de la consulta médica en relación con la contratación actual de servicios de los usuarios de la alcaldía (vinculados) y Asmet Salud ESS. Encontramos en los tiempos de espera para atención de los pacientes eran muy amplios hicimos el seguimiento a 10 pacientes encontramos que en la atención del SIAU tardaban de 10 a 15 minutos promedio, en facturación encontramos que existen 2 facturadores que en cuyo proceso en promedian de 20 a 30 minutos y en el área de estadística hay un funcionario con limitación física, el cual realiza la historia si es paciente nuevo o busca la historia del archivo si el paciente ya ha sido atendido en la institución, desde este proceso hasta la atención por el medico se tarda de 45 minutos a una hora generando falencias en la Oportunidad, seguridad Pertinencia y Continuidad en el proceso de consulta ambulatoria que inciden negativamente en la satisfacción del usuario.



AREA :	CONSULTA EXTERNA		
PROCESO :	ATENCIÓN AMBULATORIA	SUB PROCESO:	CONSULTA Y PROCEDIMIENTOS





11.4 DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA.

Para tipificar la calidad esperada no habiendo un histórico en la institución, se opto por medio de un consenso con el comité técnico científico de la institución tomar el 95% para la calidad esperada, para que fuera más acorde con la implantación de un plan de mejoramiento continuo hacia la calidad, con base en los estándares nacionales.

11.5 MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS.

Teniendo en cuenta el flujo de pacientes a consulta ambulatoria mensual que es aproximadamente 2412 y utilizando una metodología de muestreo aceptable se realizaron las encuestas midiendo la calificación de la siguiente manera:

Encuestas	Calificación	Calificación Global
Puntos	Porcentaje	Nivel de satisfacción
Excelente	100%	>90% Optimo nivel de satisfacción
Bueno	75%	75-89% Buen nivel de satisfacción
Regular	50%	50-74% Regular nivel de satisfacción
Malo	25%	<49% Mal nivel de satisfacción.



METODOLOGÍA DE MUESTREO DE ACEPTACIÓN A LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Nº de pacientes a quienes se les atienden en consulta ambulatoria	Nº de encuestas que deben ser realizadas
8 a 9	2
10 a 15	2
16 a 25	3
26 a 50	5
51 a 90	8
91 a 150	13
151 a 280	20
281 a 500	32
501 a 1200	50
1200 a 3200	80
3201 a 10000	125
10001 a 35000	200

Se realizaron las 80 encuestas de las cuales 14 usuarios calificaron para un mal nivel de satisfacción, a través del indicador diseñado se plantea la calidad observada para beneficio de los usuarios o mediante el porcentaje de satisfacción del usuario.



$$\begin{aligned} \% \text{ de satisfacción} &= \text{Total de pacientes satisfechos} / \text{Total de pacientes} \\ &\quad \text{encuestados} * 100 \\ &= 66/80 * 100 \\ &= \mathbf{82.5\%} \end{aligned}$$

Satisfacción de los usuarios			
Indicador	Índice Observado	Índice Esperado	Brecha (%)
Satisfacción del paciente en consulta Externa	82.5%	95 %	12.5%

La brecha de la ESE HOSPITAL NIVEL I EL BORDO entre lo esperado y observado sería del 12.5% el cual se considera alcanzable, si se tiene en cuenta que se implementará el PAMEC bajo apoyo, supervisión y direccionamiento de la Gerencia, con el talento humano, recurso físico, necesario para la implementación del proceso.



11.6 FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

MATRIZ DE DESCRIPCION DE MEJORAMIENTO PARA ACCIONES A MEDIANO PLAZO 5W1H

INDICADOR	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUE	COMO
Satisfacción del Paciente en Consulta Externa	Realización de encuestas de satisfacción a los usuarios	Profesional de Enfermería de Consulta Externa y auxiliar de Enfermería del SIAU	Cada 3 meses y que se inicia a partir del 3 de Julio del 2006	En las instalaciones del Hospital Nivel I El Bordo	La satisfacción del usuario es lo primordial en la atención	Se hará a través de retroalimentación a los trabajadores, usuarios y prestadores



11.7 EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

El Plan operativo anual está establecido para desarrollar las actividades en relación con el proceso prioritario durante un año, Plan operativo anual: "PAMEC"

CRONOGRAMA: HOSPITAL NIVEL I EL BORDO																						
PLAN OPERATIVO ANUAL: PAMEC 2006-2007																						
PROCESO	Actividades	RESPONSABLES	jul-06	ago-06	sep-06	oct-06	nov-06	dic-06	ene-07	feb-07	mar-07	abr-07	may-07	jun-07	jul-07	ago-07	sep-07	oct-07	nov-07	dic-07	Porcentaje de ejecución	Observaciones
Consulta Externa	Realizar encuestas de satisfacción de los usuarios	Profesional de Enfermería Consulta externa y SIAU	█	█	█				█	█				█	█				█	█		
	Análisis de las encuestas	Profesional de Enfermería Consulta externa y Estadístico				█	█				█	█				█	█					
	Retroalimentar a los trabajadores, usuarios y contratantes	Gerente Profesional de Enfermería						█					█					█				
	Hacer seguimiento a la satisfacción del usuario en el servicio de consulta externa	Profesional de Enfermería y SIAU							█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█		





11.8 EVALUACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Actualmente, se presenta un déficit en cuanto al seguimiento de la satisfacción en la prestación de los servicios de salud contratados para el beneficio de los usuarios, hasta el momento no se a realizado una encuesta de seguimiento a este proceso por lo tanto no podemos hacer una evaluación del plan de mejoramiento.

Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos y utilizados en la calidad esperada y que se esperaría fueran los mismos de los planes de mejora.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones:

La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales ó que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema que en realidad con esfuerzo mancomunado el Objetivo es disminuir la Brecha.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la Institución realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional, e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

Se estará trabajando en lo relacionado con las acciones coyunturales, de seguimiento y de prevención y para lo cual se estará entregando el primer informe a más tardar el día 15 de Abril de 2007.



11.10 PLAN DE SEGUIMIENTO.

PLAN DE SEGUIMIENTO			
ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTUVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LAS METAS
Se realizarán encuestas según el modelo estadístico metodológica de muestreo de aceptación	Dependerán de la muestra según el modelo estadístico metodológica de muestreo de aceptación. Que se hará dentro de tres meses	Pendiente de los resultados según el análisis del indicador y su brecha	Dependerán de los resultados del análisis del modelo estadístico metodológica de muestreo de aceptación.



11.11 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elaborar estándares los cuales sirven como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos y utilizados en los pasos cuatro y cinco y que se esperaría fueran los mismos de los planes de mejora.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales ó que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional, e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento a hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

En este punto el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.



En la institución encontramos que desde el de mayo de 2006 que inicia un plan de mejoramiento inicial se presentaron varios obstáculos con la actitud y aptitud de los funcionarios para el cambio organizacional, es decir el establecimiento de una nueva cultura de trabajo que beneficiaría a la institución encaminada a un plan de mejoramiento continuo.

No se puede hablar de un aprendizaje organizacional teórico debido a que no se ha evaluado y hecho seguimiento al plan que se inicio el mes de mayo de 2006. Aunque en la práctica notamos que existe un cambio en la actitud y aptitud de algunos funcionarios beneficiando al aprendizaje organizacional de la institución.



12. RESULTADOS ESPERADOS

Dentro de los resultados se espera cumplir con los objetivos propuestos para obtener la mejor solución posible, ofreciendo una alta calidad de atención en salud a los pacientes, una eficiencia laboral, óptima rentabilidad económica y alta competitividad de las IPS, implementando las herramientas para el mejoramiento continuo de las IPS.



13. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Dentro estas estrategias se utilizaran las más apropiadas al caso dentro de la comunicación adquirida de la cual se soportara los beneficios y palabras claves que nos ayudaran a realizar este proyecto.



14. CONCLUSIONES.

- El grupo de investigación verifico que el proceso de habilitación en el Hospital Nivel I El Bordo se llevo a cabo dentro de las fechas establecidas.
- Las áreas evaluadas por el grupo de investigación variaron en el porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación. La ESE reporto un porcentaje de cumplimiento del 100% y el grupo encontró un promedio de 76%.
- Las áreas mostraron un porcentaje deficiente de cumplimiento fueron Infraestructura, instalaciones Físicas y su mantenimiento, Dotación y su mantenimiento, Procesos prioritarios asistenciales, Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión, Historia Clínica y registros clínicos.
- Algunos de los funcionarios no cumplen con el perfil para su labor. Les hace falta certificaciones y capacitaciones para sus funciones dentro de la institución.
- No esta renovada la licencia y verificación de condiciones técnicas de la ESE.
- Se determino a partir de la evaluación de procesos el área de consulta ambulatoria como la unidad que presenta mayores falencias en la institución.



- Teniendo en cuenta las encuestas realizadas y su aplicación en el indicador de satisfacción del cliente se encontró que la brecha entre la calidad esperada y la observada era amplia (12.5%) para una institución de salud.
- La institución no contaba con un Plan de mejoramiento hasta la entrega de los estándares de habilitación y hasta la fecha no han hecho un plan de seguimiento y mucho menos una evaluación o monitoreo ha dichos procesos.
- No se han creado los comités de calidad y farmacia, y no están funcionando los comités ética, el técnico, el de infecciones intrahospitalarias, el de historias clínicas en la ESE Hospital Nivel I El Bordo.



15. RECOMENDACIONES

- Realizar la gestión necesaria para alcanzar los porcentajes óptimos de cumplimiento de los estándares de habilitación.
- Crear del comité de calidad y el de farmacia, y reactivar los comités de ética, el técnico, el de infecciones intrahospitalarias, el de historias clínicas.
- Replantear el SIAU (Sistema de Información y Atención al Usuario), de manera que sea orientado por un auxiliar de enfermería capacitada que conozca a cabalidad los procesos de la Institución, eduque al usuario sobre normatividad y funcionamiento de los diferentes servicios que ofrece la institución y que oriente sobre la pertinencia de la consulta, Promoción y Prevención, consultadores crónicos, etc.
- Se necesita establecer las causas, identificar y priorizar los subprocesos de la consulta ambulatoria que se deben ajustar o mejorar, establecer directrices, y mecanismos de solución necesarias para satisfacer las necesidades del usuario.
- Respecto al proceso administrativo la institución necesita de la adquisición de un fax que permita la consecución oportuna de las citas con especialistas para niveles de mayor complejidad en Popayán, al igual que la



necesidad de un computador que contenga la base de datos de los usuarios que permita la canalización de pacientes a los diferentes servicios y programas que oferta la institución con mayor oportunidad y eficacia.

- Lograr que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional, e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento a hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.
- Realizar monitoreo y seguimiento continuo centrada en el mejoramiento de los procesos para mantener y garantizar la satisfacción del usuario.
- Monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales ó que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.
- Los registros deben conservarse para demostrar la implementación del programa de auditoria en la institución.



16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Normas de Habilitación del Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 del 3 de marzo de 2006 y sus anexos. Decreto 1011 del 3 de marzo de 2006 y sus anexos.
- Sistemas Integrados de Gestión Norma ISO 9000:2000
- http://www.previsora.gov.co/gestione06_Popayan.htm
- Las Normas ISO 9000:2000 y Su Aplicabilidad
En el sector salud. Dr. Víctor Cuba. La Paz, Bolivia Octubre, 2002



ANEXOS



ANEXO 1

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DECRETO NÚMERO 1011 DE 2006

3 ABR 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001.

DECRETA:

TITULO III

CAPÍTULO I

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ARTÍCULO 6o.- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y



científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____ Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

CAPITULO II

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. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.



PARÁGRAFO.- Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

ARTÍCULO 11°.- FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

6 ARTÍCULO 12°.- AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una Autoevaluación 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 los artículos 8o y 9o del 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.



9 ARTÍCULO 22°.- PLANES DE CUMPLIMIENTO. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

ARTÍCULO 23°.- CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

PARÁGRAFO: Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

ARTÍCULO 24°.- REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

ARTÍCULO 25°.- INFORMACIÓN A LOS USUARIOS. Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el



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

ARTÍCULO 26°.- RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR. Para efectos

ARTÍCULO 50°.- AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.



En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

ARTÍCULO 57°.- VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial los Decretos 11 de 1997 y el Decreto 2309 de 2002

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D. C. a los 3 ABR 2006

ALVARO URIBE VELEZ

PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección social



ANEXO 2

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006 (Del 3 de abril de 2006)

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

EL MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del Decreto 1011 de 2006.

RESUELVE

ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS. Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten



servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica:

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable. Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la presente Resolución. Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado.



b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:

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

RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DEL 3 DE ABRIL DE 2006 HOJA No 2

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

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros,



originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución

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

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

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



c) De capacidad técnico-administrativa:

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

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes. La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente. Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

ARTÍCULO 4º.-ESTANDARES DE HABILITACIÓN. Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y Verificación” que se anexan a la



presente resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” que se anexa a la presente Resolución Como Anexo Técnico No.2º.

ARTÍCULO 5º. -FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. El Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para los prestadores que inicien la prestación de servicio de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución. Los prestadores de servicios de salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondientes para efectos de su inscripción. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigidos en anexo técnico No. 2 que hacen parte integral de la presente Resolución

PARÁGRAFO 1.- Cuando un servicio no esté especificado en los formularios de registro, se aplicarán estándares de carácter genérico en la modalidad de servicio en que se clasifica.

PARÁGRAFO 2.- Son procedimientos gratuitos los siguientes: Inscripción en el Registro Especial de Prestadores, reporte de novedades, visita de verificación. Por ningún motivo las entidades departamentales o distritales de Salud, podrán cobrarlo a los prestadores de servicios de salud.



ARTÍCULO 8º.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Único de Estándares y Verificación” Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual. Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente Resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

ARTÍCULO 11º.- VIGENCIA Y DEROGATORIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 9279 de 1993, 1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003, 2182 de 2004 y 4750 de 2005 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a 3 ABR 2006

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social



ANEXO 3



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Adoptado mediante circular 000045 de 30 de octubre de 2006

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea cuidadosamente el instructivo. Formulario de distribución gratuita. Prohibida su venta. v.3.0

Para uso exclusivo de la Entidad Territorial de Salud											
1. Código de Prestador Principal			2. Fecha Inscripción			3. No. Radicación			4. Código de Sede		
01											
Dep	Mun	Consecutivo Sede	(Año)	(Mes)	(Día)				Dep	Mun	Consecutivo Sede
5. Fecha Renovación			6. Fecha Vencimiento			7. Entidad que registra					
(Año)	(Mes)	(Día)	(Año)	(Mes)	(Día)						
A. IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR											
8. Clase de Prestador											
IPS <input type="checkbox"/> Profesional Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Transporte Especial <input type="checkbox"/> Objeto Social Diferente <input type="checkbox"/>											
9. Nombres y Apellidos del Profesional Independiente o Razón Social de la IPS											
10. Tipo Identificación											
CC	NIT	11. Número			12.DV	13. Tipo de Persona					
						Natural	Jurídica				
14. Naturaleza Jurídica											
Privado con Ánimo de Lucro			Privado sin Ánimo de Lucro			Pública			Mixta		
15. Sitio Web											
Ubicación del Profesional Independiente o de la Sede Administrativa de la IPS											
16. Departamento			17. Municipio			18. Dirección					
26. Tipo Identificación			27. Número			28. Forma de Vinculación					
CC	CE										
Prestadores Públicos											
29. Carácter Territorial						30. Nivel de Atención			31. Empresa Social Estado		
Nacional	Departamental	Distrital	Municipal				1	2	3	Si	No
32. Acto de Constitución						33. Número de Acto			34. Fecha de Acto		
Acuerdo <input type="checkbox"/> Ordenanza <input type="checkbox"/> Ley <input type="checkbox"/> Decreto <input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/>											
Prestadores Privados y Mixtos											
35. Acto de Constitución						36. Número de Acto			37. Fecha de Acto		
Acuerdo <input type="checkbox"/> Ordenanza <input type="checkbox"/> Ley <input type="checkbox"/> Decreto <input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Matrícula Mercantil <input type="checkbox"/>											
38. Entidad que Expide						39. Ciudad de Expedición					
Prestadores Indígenas											
40. Acto de Constitución											
Acuerdo <input type="checkbox"/> Ordenanza <input type="checkbox"/> Ley <input type="checkbox"/> Decreto <input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Matrícula Mercantil <input type="checkbox"/> Acta Autoridad Indígena <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>											
41. Número de Acto			42. Fecha de Acto			43. Entidad que Expide					



B. DATOS DE LA SEDE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD			
44. Departamento	45. Municipio	46. Centro Poblado	47. Es Sede Principal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
48. Nombre de la Sede			
49. Zona Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	50. Barrio	51. Dirección	
52. Teléfono	53. Fax	54. Correo Electrónico	
55. Para IPS, Nombre del Director, Gerente o Responsable			

D. SERVICIOS OFRECIDOS EN LA SEDE											
SERVICIO	MODALIDAD						COMPLEJIDAD				
	Intramural		Extramural			Telemedicina		Baja	Media	Alta	
	Amb	Hosp	Móvil	Domic	Otras	CR	IR				
Hospitalario	101.GENERAL ADULTOS										
	102.GENERAL PEDIÁTRICA										
	103.PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL										
	104.FARMACODEPENDENCIA										
	105.CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL										
	106.CUIDADO INTERMEDIO PEDIATRICO										
	107.CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS										
	108.CUIDADO INTENSIVO NEONATAL										
	109.CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO										
	110.CUIDADO INTENSIVO ADULTOS										
	111.UNIDAD DE QUEMADOS ADULTOS										
	112.OBSTETRICIA										
	115.HOSPITALIZACION DIA										
	116.QUEMADOS PEDIÁTRICO										
	117.CUIDADO AGUDO EN SALUD MENTAL O PSIQUI										
	118.CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PS										
	119.HOSPITALIZACION DOMICILIARIA										
	201.CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO										
	202.CIRUGIA CARDIOVASCULAR										
203.CIRUGIA GENERAL											
204.CIRUGIA GINECOLOGICA											
205.CIRUGIA MAXILOFACIAL											
206.CIRUGIA NEUROLÓGICA											
207.CIRUGIA ORTOPEDICA											
208.CIRUGIA OFTALMOLOGICA											
209.CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA											
210.CIRUGIA ONCOLOGICA											
211.CIRUGIA ORAL											
212.CIRUGIA PEDIATRICA											



	352.TERAPIA OCUPACIONAL									
	353.TERAPIA RESPIRATORIA									
	384 TOXICOLOGÍA									
	394.PATOLOGÍA ONCOLÓGICA									
	395.UROLOGÍA ONCOLOGIA									
	396.ODONTOPEDIATRIA									
Trans Urgé Prom. Y Prev.	901.VACUNACIÓN									
	902.ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE O									
	904.PLANIFICACIÓN FAMILIAR									
	905.PROMOCIÓN EN SALUD									
	906.OTRA CUAL?									
		501.SERVICIO DE URGENCIAS								
	502.URGENCIAS EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA									
Trans	601.TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO									
	602.TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO									
ca	701.DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR									
	702.NEFROLOGÍA - DIÁLISIS RENAL									
	703.ENDOSCOPIA DIGESTIVA									
	704.NEUMOLOGÍA - FIBROBRONCSCOPIA									
	705.HEMODINAMIA									
	377.COLOPROCTOLOGÍA									
	378.ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRITMI									
	379.GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA									
	381.HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA									
	383.MEDICINA NUCLEAR									
	384.NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA									
	385.NEONATOLOGÍA									
	386.NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA									
	387.NEUROCIRUGÍA									
	388.NEUROPEDIATRÍA									
	390.OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA									
	391.ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA									
	392.ORTOPEDIA INFANTIL									
	393.ORTOPEDIA ONCOLÓGICA									
	394.PATOLOGÍA ONCOLÓGICA									



COMO REPRESENTANTE LEGAL DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD ARRIBA IDENTIFICADA O COMO PROFESIONAL INDEPENDIENTE, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERAZ Y QUE CUMPLO CON LOS REQUISITOS Y CONDICIONES DEFINIDOS EN LA REGLAMENTACIÓN LEGAL VIGENTE PARA LA HABILITACIÓN.

 Firma del Representante Legal o Profesional Independiente
 No. de Identificación _____

VERIFICACIÓN DE ANEXOS AL FORMULARIO		
	Prestador	Entidad Territorial
Presenta PAMEC (Para IPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta Autoevaluación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del acto de creación o constitución del prestador según naturaleza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificación del revisor fiscal o contador según aplique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del NIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para profesional independiente, copia del diploma de profesional o especialista según le aplique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte asistencial básico o medicalizado, certificado de revisión técnico-mecánica con vigencia NO superior a un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ANEXO 4

ANEXO 1 DE LA RESOLUCION 1043 DEL DECRETO 1011

MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN.
<p>1. Recursos humanos.</p> <p>Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.</p>
<p>2. Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento.</p> <p>Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.</p>
<p>3. Dotación y su mantenimiento</p> <p>Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.</p>
<p>4. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión</p> <p>Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.</p>
<p>5. Procesos prioritarios asistenciales</p> <p>Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.</p>
<p>6. Historia Clínica y registros clínicos</p> <p>Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).</p>
<p>7. Interdependencia de servicios</p> <p>Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.</p>
<p>8. Referencia de pacientes</p> <p>Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.</p>
<p>9. Seguimiento a riesgos</p> <p>Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.</p>



ANEXO 5

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO ÁREA DE CONSULTA AMBULATORIA

Objetivo: Evaluar el grado de satisfacción del cliente externo en la consulta ambulatoria del Hospital Nivel I del Bordo.

A. El servicio que usted utilizó fue:

Consulta Medica___ Odontología: ___ Programa:___ Cual?_____

1. El tiempo de atención desde la portería hasta la consulta fue?

<30 min.:___ 30 a 45 min.: ___ 45 a 60 min.: ___ Mas de 60 min.: ___

2. Como le pareció el servicio de información y atención al usuario SIAU?

Excelente: ___ Bueno:___ Regular:___ Malo:___ Porque?_____

3. Como le pareció el servicio de facturación?

Excelente: ___ Bueno:___ Regular:___ Malo:___ Porque?_____

4. Como le pareció el servicio de archivo y estadística (Historia clínica)?

Excelente: ___ Bueno:___ Regular:___ Malo:___ Porque?_____

5. Como le pareció la consulta?

Excelente: ___ Bueno:___ Regular:___ Malo:___ Porque?_____

6. En general como le pareció el servicio recibido?

Excelente: ___ Bueno:___ Regular:___ Malo:___ Porque?_____

B. Sugerencias y Recomendaciones:
