

**ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA
HABILITACIÓN EN LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN, SALA DE PARTOS Y
URGENCIAS DEL HOSPITAL LOCAL SAN JOSÉ DEL MUNICIPIO DE
PUERTO RICO - CAQUETÁ**

ALEXANDER CONSUEGRA VILORIA

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA - HUILA
2007**

**ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA
HABILITACION EN LAS ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN, SALA DE PARTOS Y
URGENCIAS DEL HOSPITAL LOCAL SAN JOSÉ DEL MUNICIPIO DE
PUERTO RICO - CAQUETÁ**

ALEXANDER CONSUEGRA VILORIA

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social**

**Asesor
ALBA DEL CARMEN VARGAS DE GONZÁLEZ
Enfermera Especialista**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA - HUILA
2007**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Julio del 2007

DEDICATORIA

El autor dedica este trabajo de la manera más especial a su familia, a aquellos seres queridos que en las figuras de padre, madre, hijas, hermanos y hermanas, han estado presentes de manera física o simbólica, para apoyar esta iniciativa que hoy termina con éxito.

Díos los guarde siempre en bien a todos.

ALEXANDER

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

A la Docente ALBA DEL CARMEN VARGAS DE GONZALEZ Asesora del Proyecto por su constante apoyo.

A LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, por darme la oportunidad de realizar esta Especialización.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	17
1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
2. JUSTIFICACIÓN	23
3. ANTECEDENTES	26
3.1 DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ	26
3.2 HISTORIA DE LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ	27
3.3 GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE PUERTO RICO	30
3.4 HOSPITAL LOCAL SAN JOSÉ DE PUERTO RICO	32
4. OBJETIVOS	37
4.1 OBJETIVO GENERAL	37
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	37
5. MARCO REFERENCIAL	38
5.1 MARCO TEÓRICO	38
5.1.1 Calidad en Salud	38
5.1.2 Auditoria en Salud	39
5.1.3 Hospitalización	41
5.1.4 Esterilización	42
5.1.5 Obstetricia	43

	pág.
5.1.6 Servicio Farmacéutico	41
5.1.7 Toma de Muestras	45
5.1.8 Laboratorio Clínico	47
5.1.9 Radiología e Imágenes Diagnósticas	50
5.1.10 Urgencias	52
5.1.11 Transporte Especial de Pacientes	53
5.1.12 Sala de Reanimación	55
5.2 MARCO CONCEPTUAL	57
5.3 MARCO LEGAL	63
5.3.1 Antecedentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud	63
5.3.1.1 Resolución 4445 de 1996	63
5.3.1.2 Decreto 2174 del 28 de Noviembre de 1996	63
5.3.1.3 Resolución 4252 del 14 de Noviembre de 1997	63
5.3.1.4 Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002	64
5.3.1.5 Resolución 1439 del 1 de noviembre de 2002	67
5.3.1.6 Circular Externa 015 del 4 de abril de 2003	68
5.3.1.7 Resolución 486 del 4 de Abril de 2003	70
5.3.2 Marco Jurídico Actual	71
5.3.2.1 Constitución Política de 1991	71

	pág.
5.3.2.2 Ley 10 del 10 de Enero de 1990	72
5.3.2.3 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993	73
5.3.2.4 Ley 715 del 21 de diciembre de 2001	76
5.3.2.5 Decreto 1011 del 3 de abril de 2006	77
5.3.2.6 Resolución 1043 del 3 de abril de 2006	81
5.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES	85
6. DISEÑO METODOLOGICO	87
6.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	87
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	88
6.3 DESCRIPCION DEL PLAN DE RECOLECCION DE DATOS	88
6.3.1 Recurso Humano	90
6.3.2 Infraestructura, Instalaciones Físicas y Mantenimiento	91
6.3.3 Dotación y Mantenimiento	93
6.3.4 Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y dispositivos	94
6.3.5 Procesos Prioritarios Asistenciales	95
6.3.6 Historia Clínica y Registros Asistenciales	98
6.3.7 Interdependencia de Servicios	99
6.3.8 Referencia de Pacientes	100

	pág.	
6.3.9	Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios	101
6.3.10	Traslado Asistencial Básico	102
6.4	TRABAJO DE CAMPO	102
7.	DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS	108
8.	DISCUSIÓN	109
8.1	DESCRIPCION DE LOS DATOS OBTENIDOS, INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACION	109
8.2	AREA INSTITUCIONAL, CONDICIONES BÁSICAS PARA UNA IPS, COMPLEJIDAD BAJA	109
8.3	RESULTADOS DE EVALUACIÓN	119
9.	CONCLUSIONES	133
9.1	CONSIDERACIONES GENERALES DE LA AUTO EVALUACION	133
9.2	PROBLEMÁTICA RELEVANTE ENCONTRADA	134
10.	RECOMENDACIONES	138
10.1	RECOMENDACIONES DE LA EVALUACIÓN	138
10.2	PLAN DE ACCIÓN	139
	BIBLIOGRAFÍA	141
	ANEXOS	144

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Recurso humano del Hospital Local San José de Puerto Rico	34
Cuadro 2. Variables dependientes e independientes	86
Cuadro 3. Cronograma de actividades de 2006	106
Cuadro 4. Cronograma de actividades de 2007	107
Cuadro 5. Resultados generales de evaluación	119

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Grafica 1. Resultados de evaluación	119
Grafica 2. Servicio de Hospitalización	120
Grafica 3. Servicio de Obstetricia	122
Grafica 4. Servicio de Urgencias	123
Grafica 5. Esterilización	124
Grafica 6. Servicio Farmacéutico	125
Grafica 7. Toma de muestra de laboratorio clínico	126
Grafica 8. Laboratorio clínico	127
Grafica 9. Radiología e imágenes diagnósticas	128
Grafica 10. Transporte asistencial de pacientes	129
Grafica 11. Sala de reanimación	130
Grafica 12. Servicios quirúrgicos	131
Grafica 13. Sala general de procedimientos menores	132

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Ubicación del Municipio de Puerto Rico – Caquetá	145
Anexo B. Imágenes del Municipio de Puerto Rico – Caquetá	146
Anexo C. Imágenes del Hospital San José y de algunas de sus áreas	147
Anexo D. Formato de diario de campo empleado	148
Anexo E. Auto evaluación realizada en el Hospital San José del Municipio de Puerto Rico	149

RESUMEN

Actualmente, con el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, se definió el nuevo Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS, Sistema este que establece disposiciones de obligatorio cumplimiento para los diferentes Prestadores de Servicios de Salud; sin embargo, en el Caquetá no se conoce su efectividad y resultados a la fecha porque muchas IPS aún no han implementado este decreto.

El Hospital Local San José del municipio de Puerto Rico - Caquetá, debe iniciar el proceso de Habilitación mediante la auto evaluación de sus servicios para así determinar el nivel de cumplimiento de los Estándares de Calidad que establece la norma, tomar las medidas necesarias para mejorarlos y garantizar un primer nivel de complejidad con Calidad.

El objetivo general de esta investigación se encaminó a analizar la calidad de las condiciones tecnológicas y científicas con que se prestó el servicio en las áreas de Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias del Hospital en estudio, durante los meses de julio y agosto de 2006 y se realizó a través de la evaluación de las Condiciones Tecnológicas y Científicas establecidas en el Sistema Único de Habitación. Para ello fue necesario verificar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad establecidos para una IPS de baja complejidad en el anexo técnico número 1 de la Resolución 1043 de 2006, en cuanto a varios de los servicios ofrecidos y áreas de atención del Hospital Local.

De igual manera, se buscó identificar las causas prevalentes para el no-cumplimiento de estándares de calidad de la Institución en estos meses y, aportar así herramientas útiles que permitan a la Institución la implementación del Sistema de Garantía de la Calidad para iniciar acciones en procura de lograr Calidad en aquellos servicios que no cumplen con los estándares establecidos en la Resolución 1043 de 2006.

Los resultados arrojados del análisis, diagnosticaron que de los estándares evaluados, el de mayor porcentaje de cumplimiento efectivo lo obtuvo Interdependencia de servicios con el 75 % de los criterios evaluados. En segundo lugar se encuentra el estándar de servicio de Ambulancia terrestre con el 67 % de cumplimiento y en tercer lugar dotación y su mantenimiento con el 60 % de los criterios esenciales de calidad. Los estándares con menos puntaje obtenido fue el de procesos prioritarios asistenciales, medicamentos, dispositivos junto con seguimiento a riesgos.

De las tres áreas evaluadas, la que mejor cumple con los estándares es el servicio de Obstetricia con un 52.55 % de cumplimiento, en segundo lugar Urgencias con 51.88 % de cumplimiento y el área más crítica debido a que cumple con menos del 50 % correspondió al servicio de hospitalización, por lo tanto es uno de los que merece mayor atención.

Palabras claves. Calidad condiciones tecnológicas y científicas Sala de Partos, garantía de calidad en prestación de servicios.

ABSTRACT

At the moment, with the Ordinance 1011 of April of 2006, 3 were defined the new Obligatory System of Quality assurance of the Attention in Health of the SGSSS, System this that establishes dispositions of obligatory execution for the different Lenders of Services of Health; however, in the Caquetá it is not known their effectiveness and results to date because many IPS has not still implemented this ordinance.

The Local Hospital San José of the municipality of Puerto Rico - Caquetá, it should begin the process of Qualification by means of the car evaluation of their services it stops this way to determine the level of execution of the Standards of Quality that establishes the norm, to take the necessary measures to improve them and to guarantee a first level of complexity with Quality.

The general objective of this investigation headed to analyze the quality of the technological and scientific conditions with which the service was lent in the areas of Hospitalization, Court of Childbirths and Urgencies of the Hospital in study, during the months of July and August of 2006 and he/she was carried out through the evaluation of the Technological Conditions and Scientists settled down in the Unique System of Room. For it was necessary to verify the level of execution of the established standards of quality for an IPS of low complexity in the annex technical number 1 of the Resolution 1043 of 2006, as for several of the offered services and areas of attention of the Local Hospital.

In a same way, it was looked for to identify the causes prevalentes for the no-execution of standard of quality of the Institution in these months and, to contribute this way useful tools that allow to the Institution the implementation of the System of Guarantee of the Quality to begin stocks in it offers of achieving Quality in those services that don't fulfill the standards settled down in the Resolution 1043 of 2006.

The heady results of the analysis, diagnosed that of the valued standards, that of more percentage of effective execution obtained it Interdependence of services with 75% of the valued approaches. In second place he/she meets the standard of service of terrestrial Ambulance with 67 execution% and in third place Endowment and their maintenance with 60% of the essential approaches of quality.

The standards with less obtained puntaje were that of assistance high-priority processes and medications and devices together with pursuit to risks. Of the three valued areas, the one that better it fulfills the standards it is the service of Obstetrics with 52.55 execution%, in second place Urgencies with 51.88 execution% and the area more it criticizes because it completes with less than 50%

it corresponded to the service of hospitalization, therefore it is one of those that deserves bigger attention.

Passwords: Quality conditions technological and scientific Court of Childbirths, quality assurance in rendering of services.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la garantía de calidad, pese a los variados esfuerzos realizados al respecto para lograr la optimización de la atención, no ha sido el fuerte de los servicios de salud en Colombia. A partir de la Ley 100 de 1993, en el artículo 227, se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, iniciándose de esta manera en el país, un proceso que busca el desarrollo para el sector y por ende el mejoramiento continuo para el mismo. Sin embargo, en el territorio nacional hay regiones que aún no logran cumplir con los parámetros exigidos y es la hora en que aún no dan inicio a estos procesos.

En el Departamento del Caquetá, la situación del Sistema de Salud no es la mejor, los objetivos proyectados por el Ministerio de la Protección Social para establecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de la Salud no se ha desarrollado eficazmente en los hospitales de bajo nivel de complejidad.

El Hospital Local San José del municipio de Puerto Rico (Departamento de Caquetá, Colombia), es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), perteneciente a la Red Pública Hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, el cual brinda servicios de baja complejidad contemplados y no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud a toda la población del Municipio de Puerto Rico. La Institución está regida por la normatividad emanada del Ministerio de la Protección Social, y aún no se ha descentralizado, depende del Instituto Departamental de Salud del Caquetá (IDESAC), actualmente se ve afectada en la implementación de los procesos de Garantía de la Calidad.

Ante esta situación que se presenta en el Departamento y como un parámetro para preparar una próxima evaluación e implementación del sistema de garantía de la Calidad, se estima conveniente realizar un análisis para verificar el grado de cumplimiento que existe en este Hospital con relación a la normatividad expuesta en el Decreto 1011 del 3 de Abril del 2006, específicamente en lo que se refiere al componente Sistema Único de Habilitación.

Para este análisis se tuvo en cuenta únicamente las condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica que existen en los servicios más relevantes de la Institución, como son el servicio de hospitalización, sala de partos y urgencias.

Se aplicaron los estándares incluidos en el Anexo Técnico “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte de la Resolución 1043 de Abril 3 de 2006.

Los resultados obtenidos en este análisis, facilitó visualizar las debilidades y fortalezas que presenta la Institución, así como el grado de cumplimiento que se le ha dado a la Norma; también nos coloca en alerta, por que no es una situación aislada, es una realidad que se vive en todos los Municipios del Departamento del Caquetá y por eso permitirá a los directivos realizar los ajustes necesarios para lograr el mejoramiento de la calidad de sus servicios.

Para lograr que se realice de forma eficaz transformaciones en la prestación de servicios de salud en el Departamento por parte de las I.PS, es necesario mejorar el control por parte de los Entes Territoriales para hacer seguimiento y lograr que se implemente de la mejor manera el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, además de esto, es necesaria la participación con voluntad y responsabilidad por parte de los gerentes de las distintas I.PS.

El tipo de investigación aplicado para realizar esta propuesta es el descriptivo – analítico, porque se partió de una realidad, se analizó esta desde el punto de vista de lo que se pudo observar, se realizó una recolección de datos, se midieron sus resultados y se explican con análisis y descripciones las relaciones que se dan entre los objetos y los fenómenos, todo lo anterior partiendo de una comprensión de sentido de la acción humana. Con este tipo de investigación, se describen diversas pautas de comportamientos en el caso del Hospital Local San José de Puerto Rico, especialmente en lo relacionado con el cumplimiento de estándares que establecen las condiciones de Capacidad Tecnológica y científica para la Habilitación en los servicios ya mencionados.

La recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario, diseñado con preguntas que permitieron la identificación y selección de varias de las opciones propuestas, las cuales se escogieron con base a la observación y verificación de documentos, procesos y procedimientos. Como instrumento se utilizó el manual emanado del Ministerio de la Protección Social, instrumento de verificación del cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica para la habilitación de prestadores de servicios de salud.

De igual manera, para complementación de datos se realizaron entrevistas a los diferentes actores que intervienen en el normal funcionamiento de la Institución,

Para realizarle su respectivo análisis donde se quedaron plasmadas las deficiencias a las cuales se les sugerirá o recomendará la implementación de estrategias para el mejoramiento de la calidad y lograr la habilitación de cada servicio.

El informe de la presente investigación está conformado por cuatro grandes partes implícitas en el texto a saber: En la primera parte o marco general, se consigna la información necesaria para que el lector se apropie de la situación presentada en el área, así como también la descripción, formulación, justificación, objetivos y antecedentes a tener en cuenta con el desarrollo de la investigación. La segunda parte o marco de referencia, contiene tanto los marcos teóricos, conceptuales y legales como las hipótesis y variables para darle una mejor y más productiva interpretación a los datos arrojados.

En la tercera parte, se hace una descripción más detallada del enfoque y la metodología que se aplicó, se describen con más detalle las características de la población y la muestra objeto de estudio y da cuenta de los instrumentos de investigación que se aplicaron, que en este caso consistió en la aplicación de cuestionarios, instrumentos y entrevistas. Finalmente, se realizó la sistematización, interpretación y análisis de la información junto con todas las conclusiones y recomendaciones pertinentes que plantea el autor para empezar a corregir lo encontrado.

1. DESCRIPCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La política de salud pública en Colombia ha avanzado poco a poco en los últimos años no sólo en cuanto a cobertura, calidad y eficiencia sino en el paso de la concepción de salud desde la asistencia y caridad pública hacia garantizar la salud como un derecho ciudadano. Sin embargo, los resultados obtenidos a través de los años no han sido muy bien documentados mediante los análisis e indicadores del estado de salud, algunos de los cuales reflejan avances y otros tantos retrasos en la calidad de vida de algunas poblaciones y regiones apartadas del país.

Los niveles de salud pública y bienestar social al parecer están siendo más efectivos en Colombia, a pesar de que el número de médicos es aún insuficiente (uno por cada 1.090 habitantes). La mayor parte de los médicos del país trabaja en las grandes ciudades. Colombia cuenta con casi 750 hospitales y 860 centros de salud. La esperanza de vida es de 67,6 años para los hombres y de 75,4 años para las mujeres (según estimaciones para 2005)¹.

La malaria y la fiebre amarilla por ejemplo, son aún enfermedades endémicas en algunas zonas del país. La mayor parte de los trabajadores industriales cuenta con un sistema de Seguridad Social que provee servicios de asistencia a las mujeres embarazadas y lactantes, odontología, seguros contra accidentes, pagos por compensación y discapacidad a los trabajadores y pensiones de jubilación. El sistema de la salud, se financia por medio de las contribuciones de patronos, trabajadores y gobierno.

Una vez creada la Ley 100 de 1993, se planteó que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), debían brindar con Calidad, Oportunidad, Eficacia y Eficiencia los Servicios de Salud ofrecidos a toda la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social (SGSS) en Colombia. Estas exigencias parecían una utopía pero se fue trabajando en este proceso y tres años más tarde mediante el Decreto N° 2174 de Noviembre de 1996, se adoptó como principio fundamental que las IPS tanto públicas como privadas debían cumplir con una Verificación de Requisitos Esenciales de todos los servicios prestados a la población. En el año 2002, este precepto se perfeccionó a través del Decreto 2309 expedido en el mes de Octubre, cuando se implementó el Sistema Obligatorio de Calidad, iniciándose así una transformación en el logro de brindar mejor prestación de servicios de salud. A través del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, se derogaron el Decreto

2309 del 15 de Octubre de 2002 y el Decreto 2174 y se definió el nuevo Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SOGCS.

¹ Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, Corporation Microsoft, versión 2006. sin paginar.

Con este nuevo Sistema, se establecen disposiciones de obligatorio cumplimiento para los diferentes Prestadores de Servicios de Salud, sin embargo, en el Departamento del Caquetá no se ha implementado como tal, no se le hace seguimiento al Sistema en los municipios a través de visitas, evaluaciones o sanciones y por lo tanto, no se conoce su efectividad y resultados en la región. A la fecha no se ha realizado socialización alguna del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y/o de la Resolución 1043 del mismo año.

En lo referente al Hospital Local San José del Municipio de Puerto Rico, la intervención por parte del Gerente frente a este nuevo Sistema es muy poca, no se ha realizado la auto evaluación para identificar el cumplimiento de los Estándares de Calidad contenidos en el Anexo Técnico de la Resolución 1043 de 2006. El Ente Territorial no hace exigencias, no se realiza seguimiento, ni hay sanciones por estas faltas presentadas, esto contribuye a que se siga brindando un servicio ineficaz, sin calidad y lo que es peor expuestos a ser intervenidos por el Estado o a quedar sin contratos con las diferentes administradoras del régimen subsidiado por incumplimiento de la normatividad vigente. Con la expedición de el Decreto 1011 del 3 de Abril del 2006, han transcurrido más de seis (6) meses de expedido y aún no se han iniciado las acciones pertinentes para cumplir con los estándares incluidos en el Anexo Técnico “Manual Único de Estándares y de Verificación” el cual hace parte de la Resolución 1043 de Abril 3 de 2006.

En la actualidad, muchas IPS aún no han iniciado la implementación del Sistema y ya tienen dificultades por no darle cumplimiento a la norma, las A.R.S han enviado auditores de la calidad y se han encontrado múltiples deficiencias en la organización, cumplimiento de procesos, inexistencia de protocolos, plantas físicas no adecuadas y otras, que de forma importante exponen a la entidad a la no consecución de contratos y más cuando están surgiendo nuevas IPS privadas en el Municipio que se podrían convertir en competidores del mercado de la salud.

Es por estas razones, que el Hospital Local San José de Puerto Rico, debe iniciar el proceso de Habilitación mediante la auto evaluación de sus servicios para así determinar el nivel de cumplimiento de los Estándares de Calidad que establece la norma, tomar las medidas necesarias en procura de mejorarlos y garantizar un primer nivel de complejidad con Calidad.

Esta razón incentiva la aplicación del instrumento de auto evaluación en la IPS, especialmente porque podría traer múltiples beneficios y ventajas, por cuanto se considera, será una herramienta valiosa para lograr las condiciones para la habilitación y dar cumpliendo a la normatividad vigente.

Debido a la cantidad de servicios ofertados por el Hospital y con el objetivo de agilizar el proceso de este estudio, sólo se seleccionó y trabajó con tres de estos servicios que son Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias, considerados

representativos por ser servicios prioritarios de acuerdo a la demanda que tienen, de igual forma por que representan la mejor fuente de ingresos a la entidad.

La aplicación se realizó debido inicialmente a tres razones, primero porque no se conoce el grado de cumplimiento de esta norma, segundo porque no se le ha prestado la importancia que merece, y tercero, debido a que nunca se ha realizado un estudio para auto evaluar la calidad del servicio que ofrece la Institución.

La implementación de este estudio, permitirá conocer deficiencias, causas del no cumplimiento e igualmente proponer las soluciones respectivas creando herramientas para fortalecer los recursos existentes, además influirá en la creación de una cultura de calidad dentro de la entidad, para garantizar una excelente prestación de servicios a los usuarios del Municipio abriendo paso así hacia una mejor competencia en el mercado.

Dada a conocer a grandes rasgos la situación, se considera necesario realizar una investigación cuya formulación central de estudio está encaminada a establecer específicamente y dar respuesta al siguiente problema:

“¿Cuál es el nivel actual de cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de los servicios de salud en lo correspondiente al Recurso Humano, Infraestructura – Instalaciones Físicas - Mantenimiento, Dotación, Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos, Procesos Prioritarios Asistenciales, Historia Clínica y Registros Asistenciales, Interdependencia de Servicios, Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios y Ambulancia, en Áreas de Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias en el Hospital Local San José del Municipio de Puerto Rico, Departamento del Caquetá?

2. JUSTIFICACIÓN

Debido a que no se ha adelantado una auto evaluación de la calidad de los servicios que ofrece el Hospital Local San José a la comunidad de Puerto Rico, ni se le ha dado la importancia que merece a el tema de la Habilitación, se tomó la iniciativa de realizar esta investigación orientada al Análisis de los resultados obtenidos de la evaluación del cumplimiento del Decreto 1011 del 3 de Abril del 2006, así como también la aplicabilidad que se le ha dado a la Resolución 1043 del 3 de Abril del 2006 dentro de la institución.

Es importante y necesario realizar esta investigación porque al identificar el grado de cumplimiento de los estándares establecidos a través de la mencionada resolución en los Servicios de Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias desde el punto de vista del Recurso Humano, Infraestructura, Dotación, Insumos, Procesos Prioritarios Asistenciales, Historia Clínica y Registros Asistenciales, Interdependencia de Servicios, Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos, se puede obtener un diagnostico actual de las condiciones Tecnológicas y Científicas con las que cuenta la Entidad para la habilitación de sus servicios.

Mediante este análisis se puede cuantificar y/o calificar la verdadera calidad con que se prestan los servicios de salud por parte del Hospital, de igual forma, se puede obtener un diagnóstico que permita sacar las conclusiones del estudio y que estas a su vez sirvan a las directivas de la Institución para crear estrategias de mejoramiento con el propósito de dar cumplimiento a las normas y lograr la habilitación de los servicios.

El Sistema de Garantía de la Calidad tiene una función positiva de gestión administrativa que va más allá de la simple contención de costos. Dentro de este sistema, es importante verificar el estado de la infraestructura existente para la prestación de los servicios ofertados, se debe conocer con qué recurso humano se cuenta, igualmente verificar la dotación de equipos e insumos que permitan a los profesionales garantizar la realización de procesos y procedimientos médico-quirúrgicos de óptima calidad a sus pacientes; igualmente es necesario tener documentados algunos procedimientos técnico administrativos como son los manuales de funciones y las, guías técnicas para el manejo de las principales patologías. Para el traslado de pacientes por ejemplo, es necesario disponer de medios de transporte adecuado y oportuno, como también de un buen sistema de comunicación.

El análisis de los procesos que se llevan a cabo actualmente en la Institución permite conocer los servicios que presentan incumplimiento de estándares, muestra las necesidades prioritarias existentes en los servicios evaluados y permitirles a las directivas de la institución con base en el estudio, conocer el grado de cumplimiento frente al Decreto normativo, de esta manera se facilitará buscar soluciones y establecer métodos de control que permitan en forma sistemática, permanente y continua la evaluación de la calidad de los servicios ofertados, establecer medidas para evitar problemas tales como sobrecostos, incremento de la incidencia de usuarios insatisfechos, incumplimientos contractuales y principalmente establecer metas para lograr responder con los estándares de calidad exigidos en la norma.

Con los resultados de esta investigación, serán beneficiadas todas las entidades prestadoras de servicios de salud que estén en igualdad de condiciones, contribuyendo a incentivarlas a autoevaluarse, para obtener información sobre sus condiciones Tecnológicas y Científicas para la implementación del Sistema Único de Habilitación.

Es factible tener éxito con este estudio, porque se cuenta con el acceso a la información en forma permanente por ser funcionario activo de la Institución, igualmente se cuenta con el recurso económico y el tiempo necesario para su ejecución. Se pretende igualmente, responder a las expectativas de los usuarios para recibir servicios con una óptima calidad y facilitar al Hospital abrirse paso hacia una mejor competencia en el mercado.

Con la realización de esta investigación, los directivos tendrán la oportunidad de viabilizar la habilitación, conseguir mayor productividad y racionalización en los gastos y lograr mayor calidad de los servicios ofrecidos con el fin de atraer y mantener un número importante de usuarios satisfechos. De igual manera, se servirá de ejemplo en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad a las otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Departamento del Caquetá.

En términos generales, en la actualidad, las investigaciones descriptivas y analíticas sobre las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación en las distintas áreas de las entidades de salud de primer nivel, son muy importantes y necesarias, porque el concepto está emergiendo como un principio organizador que puede ser aplicable para la mejora de cualquier entidad del sector salud de la población Colombiana, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. No obstante, la verdadera utilidad del concepto de “habilitación de áreas” se percibe sobre todo en los servicios humanos, inmersos

en una revolución de la calidad que defiende la planificación centrada en la persona y la adopción de un modelo de apoyos y de técnicas de mejora de la calidad de la salud.

Una de las razones por la cual fue de importancia llevar a cabo esta investigación, radica en que no se encontró en los centros de educación superior o de investigación algún material semejante, por otro lado, con la aplicación de esta investigación se obtendrán unas pautas y herramientas muy útiles en lo que podría significar la creación de un material informativo, en donde se descubran allí los elementos o los puntos claves para despertar una mayor conciencia del tema para los compañeros de aventura y demás lectores, para que decidan apropiarse de estos elementos e investigar más al respecto.

Desde el punto de vista de investigación o estudio, es igualmente valedero afirmar que en la actualidad no se conocen o describen otros análisis por el estilo realizados a entidades de primer nivel de atención en la región por lo menos, es decir, lo novedoso de esta investigación consiste en que no se encuentran o ubican antecedentes directos.

Quien realiza esta investigación, por haber tenido desde hace algunos años un vínculo laboral con la Institución objeto de estudio, descubre una óptima oportunidad para conocer o determinar este aspecto por ser precisamente el tema de la calidad de la salud, un tema de mucho interés de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social. Igualmente, la importancia de esta investigación a nivel de estudiante de postgrado radica en que se estará trabajando en un pequeño y apartado municipio del país, lo cual además de convertirse en otra novedad, se ha convertido en un interés como profesional porque es una forma muy apropiada de demostrar lo aprendido en la Especialización y significa un valor agregado que puede producir mejores resultados a la investigación.

Esta investigación y el tema aquí tratado, es importante para la Universidad Sur colombiana y en especial para su Facultad de Salud, entre otras razones porque quiere aportar una herramienta útil y eficaz tanto a los asesores como estudiantes, para que desde su práctica investigativa y social, tengan un elemento o documento base para que se pueda forjar acciones e investigaciones más eficaces y críticas que genere la capacidad de intercambiar ideas con personas de otras universidades y contextos, de otros ideales o formas de pensar distinto sin que por esto se ponga en peligro o en duda lo aprendido desde la teoría y/o práctica social. Hasta aquí, se ha delimitado un vacío de conocimiento que se ha de convertir en un problema de investigación claro, concreto, pertinente y relevante para la Institución y el sector salud en general y por lo tanto, pertinente para los intereses y objetivos investigativos de los servicios de salud.

3. ANTECEDENTES

3.1 DEPARTAMENTO DEL CAQUETÁ

Está situado en el sur de Colombia, más exactamente en el noroeste de la región de la amazonia. Cuenta con una superficie de 88.965 km² y una temperatura cuyo promedio anual es de 26° C. Limita por el Norte con los departamentos del Huila y Meta, por el Este con los departamentos del Guaviare y Vaupés, por el Sur con el río Caquetá que lo separa de los departamentos del Amazonas y Putumayo, y por el Oeste con los departamentos del Cauca y Huila. Fue creado mediante la Ley 78 de 1981.²

Las actividades económicas más sobresalientes son la agricultura, la ganadería, la pesca y las actividades extractivas. Se cultiva arroz, plátano, yuca, maíz, cacao, sorgo, palma africana y caña en Albania, Belén de los Andaguíes, Doncello, Milán, Valparaíso y San Vicente del Caguán. La ganadería ocupa el primer lugar de las actividades económicas y ha crecido en detrimento de los bosques naturales; dedicada a la producción de carne y leche, ocupa un área de 2.400.000 hectáreas en pastos, en las localidades de Belén de los Andaguíes, Albania, Cartagena del Chaira, Currillo, Florencia, San José del Caguán y Milán.

Los principales productos que se extraen son las maderas en Solano, Cartagena del Chairá y San Vicente del Caguán, así como el caucho, cuya explotación se inició en el siglo XIX dirigidas por comerciantes peruanos y brasileños; esta actividad económica trajo a la región un número considerable de colonos. También se explota el petróleo.³

Antes de la conquista del territorio existían allí pueblos indígenas pertenecientes a las familias andaguí, koreguaje, tama y macaguaje. La primera incursión en el territorio la hizo Hernán Pérez de Quesada en 1542; desde ese periodo hasta finales del siglo XIX se hicieron intentos por colonizar la región, pero es con el auge de la quina y el caucho cuando llegaron hasta este lugar colonos de diversos lugares del país. En este proceso surgieron las poblaciones de Florencia, Belén de los Andaguíes y Guacamayas.

² Encarta, Biblioteca de Consulta Virtual, Microsoft Corporation. Versión 2006. sin paginar.

³ Ibid.

La segunda ola migratoria se dio con la guerra con Perú en 1933, cuando excombatientes de la guerra se instalaron en esos territorios. Para ese mismo

Periodo, se instaló la hacienda Larandía, la más grande explotación ganadera para la época, con más de 35.000 cabezas de ganado; esta actividad atrajo mano de obra, pero también provocó la marcha de muchos campesinos. En la década de 1950, debido a la violencia que vivió el país, llegaron más colonos, duplicando así su población. Posteriormente, el Estado intentó hacer una colonización dirigida y así surgieron poblados como Albania, Cartagena del Chairá y Currillo. En las últimas décadas el cultivo de coca ha atraído a nuevos colonos.

En 2005 Caquetá contaba con 461.998 habitantes entre colonos e indígenas, distribuidos en 15 municipios, incluida su capital Florencia, fundada en 1902 por Francisco Gutiérrez y erigida municipio en 1912. Localizada a 450 m, tiene una temperatura promedio de 26 °C. En 2005 contaba con 128.019 habitantes, que viven del comercio, la agricultura y la ganadería. Le siguen en importancia los municipios de San Vicente del Caguán, Puerto Rico, Albania y Cartagena del Chairá.⁴

3.2 HISTORIA DE LA SALUD EN EL DEPARTAMENTO DEL CAQUETA

Historiadores refieren para la época del siglo XVIII y XIX la existencia de asentamientos indígenas de los Andaki, Huaques (o Carijonas) y Quiyayas. Luego, vino la época de la Colonia y con ella las misiones quienes también encontraron tribus de los Koreguajes, los Karijonas, los Tamas, los Macaguajes y los Huitotos; se adelantaron acciones orientadas al desalojo, se perdió la oportunidad de haber conocido y aprovechado algunas de sus costumbres, especialmente las que tiene que ver con el manejo de las enfermedades.⁵

Estas comunidades vivieron de acuerdo a sus ritos y costumbres aplicando su medicina tradicional, aprovechando el poder curativo de determinadas plantas, perfumes y frutas. Los indígenas clasificaban las enfermedades en dos grandes tipos: Enfermedades calientes asociadas al sol y a las cabeceras de los ríos "Occidente", en ella el paciente experimenta síntomas de fiebre, escalofrío, asfixia es el sol el que transmite las enfermedades a través de rayos, el sarampión, la viruela, el paludismo, pueden pertenecer a éste género, las enfermedades frías provienen de la Bocana "Oriente", son afecciones propias de la época creciente. La gripa por ejemplo es propia de este espacio.

⁴ Ibid.

⁵ www.InstitutoDepartamentaldeSaluddelCaquetáIDESAC-historia/salud.htm.

El sarampión decían los brujos se puede fabricar mediante la quema de ciertas hierbas en la maloca, el humo es peligroso para la gente, ya que es un instrumento de brujería, por esta razón los indígenas evitaban vivir en comunidad con grupos diferentes. La manera de repeler las enfermedades consiste en untarse el cuerpo con ciertas plantas de brujería o con perfumes. El Tabaco el Achote, la mata manosi por ejemplo, son "plantas defensoras de la Tribu".⁶

Para mediados del siglo XIX ingresa la comunidad de los Jesuitas al Caquetá y se habla de un censo de 3.676 habitantes aproximadamente. Para la época el paludismo era un problema en el país, la quina había sido descubierta en el Virreinato del Perú y la experiencia había demostrado que el zumo de la corteza era el mejor brebaje contra los ataques del paludismo. Para finales del siglo XIX está la "era del caucho", en que llegaron gran cantidad de colonos, en su mayoría los caucheros al penetrar la selva fueron abrumados por las fiebres, el paludismo, los zancudos y la humedad selvática.

En el año 1921, el médico Aurelio Guzmán realiza los primeros estudios en la zona, relacionados con el alcoholismo, el paludismo y la sífilis. En 1926 el médico de la comisaría, asegura que el ciento por ciento de los pobladores estaba anémico; que el paludismo y el pian azotaban rudamente y que la tuberculosis era endémica, sobre todo en Florencia.

En el año 1931 se habla de la existencia de un centro de atención en Florencia de escasos recursos a cargo del Dr. Mario Arenas Archila nombrado por el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, probablemente se trataba del cuartel - hospital, porque no hay datos de la existencia de un hospital para esa época en la ciudad de Florencia. En 1933 se inicia la construcción del Hospital "La Primavera" con capacidad para sesenta enfermos, este hospital se encontraba ubicado a orillas del Río Orteguzza, en la vereda de Puerto Arango.

En 1936 en Florencia se creó el primer "Centro de Higiene " dependiente en ese entonces del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Este centro asistencial funcionó hasta 1943 y los servicios básicos eran consulta médica ambulatoria y a finales de 1943 con autorización directa del Ministerio se amplía la planta de personal que consistía en: un inspector de sanidad, una enfermera de asistencia social que era la encargada de los programas de vacunación contra fiebre amarilla y viruela, una enfermera de maternidad y el médico director.⁷

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

El 17 de diciembre de 1941, el Gobierno Nacional expide la ley 148, la cual fomenta la colonización en las regiones del sur del país y organiza la campaña sanitaria en las márgenes del río Orteguaza.

Mediante la resolución No. 87 del 11 de noviembre de 1945 se inaugura el Hospital María Inmaculada. Para la época se estima que el hospital cubría una población urbana de 3.611 habitantes y rural de 7.160, para una población total de Florencia de 10.771 habitantes. El Hospital María Inmaculada en el mes de enero de 1972 adquiere el número de identificación tributario NIT 91.180.098 y mediante la resolución 3471 del 27 de agosto de 1973 se le reconoce personería jurídica.⁸

La Regional Florencia, está compuesta por el Hospital Regional María Inmaculada, 2 Hospitales Locales San Roque de Belén, Tres Esquinas - Solano, 7 Centros de Salud en Valparaíso, Morelia, Curillo, Albania, San José, Montañita, Milán y Solano y 28 Puestos de Salud.

La Regional de Doncello comprende: El Hospital Regional El Buen Samaritano, 4 Centros de Salud en Puerto Rico, Puerto Manrique, Cartagena del Chairá, Paujil y 13 Puestos de Salud.

La Regional San Vicente comprende: El Hospital Regional San Rafael, 2 Centros de Salud en Guacamayas y Santa Rosa y 10 Puestos de Salud.

En 1979 la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, evaluó al Hospital María Inmaculada para la práctica de Internado rotatorio y mediante la resolución 4082 del 19 de mayo de 1980 del Ministerio de Salud le asigna a la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario como área de influencia para la práctica de Internado.

Al finalizar el siglo XX las cinco primeras causas de mortalidad fueron:

- 1° Agresión con disparo de otras armas de fuego y las no especificadas,
- 2° Infarto agudo del Miocardio,
- 3° Feto y Recién nacido. Complicaciones de placenta, cordón,
- 4° Neumonía, organismo no especificado y,
- 5° Accidente de vehículo de motor y otro.

⁸ Ibid.

El Ministerio de Salud mediante la resolución 14662 de octubre de 1990, clasificó al hospital Regional en Hospital de segundo nivel de atención, de acuerdo con el decreto reglamentario 1760 del 2 de agosto del mismo año.

Actualmente el Hospital María Inmaculada cuenta con una planta de personal correspondiente a 313 funcionarios entre los cuales prestan servicio de salud 22 Médicos especialistas, 19 médicos generales, 10 enfermeras profesionales, 6 bacteriólogas, 4 terapistas, 2 psicólogos, 1 trabajadora social, 1 nutricionista, 130 auxiliares de enfermería.⁹

El Hospital María Inmaculada mediante el decreto 486 de marzo de 1995 conforma la Junta directiva de la Empresa Social del Estado. Se implementa la carrera administrativa, de acuerdo a lo normado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, para todos los Empleados del Sector Salud del Departamento, y se crean los comités de participación comunitaria. En materia de Seguridad Social y conforme a la ley 100 de 1993 se dio inicio a la implantación del SISBEN en los diferentes municipios del departamento.

Actualmente el Director del Instituto Departamental de Salud es el Dr. Jesús María Lara, cuenta con 1.104 funcionarios de planta en todo el departamento; 22 médicos especialistas, 31 médicos generales, 38 médicos en servicio social obligatorio (s.s.o.), 11 odontólogos, 16 odontólogos en s.s.o, 15 bacteriólogas y 9 bacteriólogos en s.s.o, 16 enfermeras, 13 enfermeras en s.s.o, 12 auxiliares de laboratorio clínico, 343 auxiliares de enfermería, 52 auxiliares de salud familiar comunitario, 20 técnicos de saneamiento, 131 promotoras de salud rural otros profesionales de diversas disciplinas y los demás el personal administrativo.¹⁰

En general, la historia de la salud en el Caquetá ha estado muy ligada con las enfermedades transmitidas por vectores y entre ellas muy especialmente el paludismo, el dengue, la leishmaniasis y la fiebre amarilla.

3.3 GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE PUERTO RICO

Su creación data de 1882, cuando 20 familias al mando del señor Rafael Vargas se establecieron en la margen derecha del Río Guayas cerca al lugar de afluencia de la quebrada las Damas. A este pintoresco lugar llegaron los colonizadores,

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

para dedicarse a la explotación de quina o cinchona, caucho blanco, colorado, negro y la siringa.

Fernando Velasco, natural de Guayaquil (Ecuador), empleado de la Compañía cauchera Vargas y Cano, fue quien bautizó el Guayas. Disgustos originados al interior de la Compañía provocó su desilusión quedándose como único dueño Miguel Cuellar, quien días después se asoció con unos ingleses y Alemanes conformando así la poderosa compañía de Puerto Rico, capaz de competir con la compañía cauchera de Colón, conformada en San Jacinto (Hoy Algeciras Huila), por Augusto Buendía, quien en 1884 fundó Puerto Colón en la desembocadura de la quebrada el Cuervo.¹¹

La guerra de los mil días originada en 1899 desplazó hacia Puerto Rico gran cantidad de perseguidos políticos en busca de paz, la gran mayoría provenientes de! Huila, Cauca y Caldas. El 17 de Junio de 1912, mediante el acta No. 462 fue creada la comisaría del Caquetá y el caserío de Puerto Rico pasó a ser inspección de Policía, en 1915 fue elevado a la categoría de corregimiento. Poco después entró en decadencia y casi desaparece, pero en 1925 volvió a surgir desorganizadamente.¹²

Posteriormente en 1937 por iniciativa de los señores Germán Cardona, Octavio Saldaña, Lucas Zúñiga y Alfredo Calderón, se hizo el trazado urbanístico formal. En Septiembre 30 de 1967, fue elevado a la categoría de Municipio mediante el decreto No. 1.

- Posición astronómica: Latitud Norte: 01°54'51"
Longitud Oeste 75°08'42"

- Límites: Norte: Dpto. Huila, San Vicente
Sur: Cartagena, El Doncello
Oriente: San Vicente
Occidente: El Doncello (ver ubicación en anexo A)

- Extensión: 2.924 km²

- Población aproximada: 36.010 Habitantes

¹¹ [www.micaqueta_com\[NuestroFlorenciayCaquetáenlaRed\]/PuertoRico.htm](http://www.micaqueta_com[NuestroFlorenciayCaquetáenlaRed]/PuertoRico.htm), sin paginar

¹² Ibid.

El municipio es un gran productor de ganados Bovinos, Porcinos y Equinos. La dinámica agropecuaria está representada por la producción de plátano, yuca, arroz, maíz, café y caña de azúcar. La variedad de pastos favorecen la producción de ganado. Existen algunas especies menores que contribuyen con la economía como la piscicultura que ha tomado impulso con el establecimiento de unidades (estanques) comerciales y de auto consumo.

La avicultura y porcino cultura son explotaciones complementarias y de subsistencia en las fincas de pequeños productores, carentes de tecnología en materia de selección, sanidad y nutrición. Esta última es básicamente con productos de la región.

El sector industrial y comercial se halla representado en pequeñas industrias de bloques de cemento, machihembradoras, modisterías y panaderías; el movimiento comercial se realizará en 536 establecimientos aproximados que consisten, especialmente en épocas de festividades, ferias y eventos culturales (ver imágenes del casco urbano del municipio en el anexo B). El sector minero se ve favorecido por el asfalto, el carbón de piedra y el granito.¹³

3.4 HOSPITAL LOCAL SAN JOSÉ DE PUERTO RICO

Su historia comienza hacia el año 1959, cuando se comenzó a construir una sede que comprendía un salón de espera, una habitación donde se prestaban servicios de enfermería; y un consultorio rudimentario, donde se atendía consulta médica cuando llegaban brigadas de salud, realizadas por personal de Florencia.¹⁴

Con los años y ante el crecimiento de la población, ésta sede se amplió y se promovió como Puesto de Salud. Se nombró el primer médico en Servicio Social Obligatorio y la primera auxiliar de enfermería al Municipio de Puerto Rico. Financieramente se dependía del Centro de Salud del Municipio del Doncello - Caquetá. Así se comienza con un proceso para tratar de brindar mejores servicios en salud, se iniciaron las primeras hospitalizaciones, las primeras visitas domiciliarias, acciones de Saneamiento Ambiental y otras.

En el año 1978 el Puesto de Salud de Puerto Rico se descentralizó del Centro de Salud del Doncello, empieza a manejar sus propios recursos y a funcionar como Centro de Salud. En los años 1980 -1982, se incrementó la planta de personal, se

¹³ Ibid.

¹⁴ Historia de Puerto Rico – Caquetá., (2005), Cartilla, Alcaldía de Puerto Rico, Editorial Cacique, Florencia, 2004, 26 p.

mejoró la infraestructura y se comenzaron a brindar mejores servicios de salud. En el año 1985 existían 6 camas hospitalarias, se realizaban pequeñas cirugías, consulta externa, odontología y se brindaba atención en el área rural, donde se crearon tres Puestos de Salud.

A inicios de la década de los noventa, se fortaleció la prestación de los servicios médicos y odontológicos porque era la demanda más prioritaria. En el año 1992, se llevó a cabo la remodelación de la planta física, y es la infraestructura que existe actualmente.

En 1995, el Centro de Salud contaba con un Grupo de Médicos, odontólogos, auxiliares, y promotoras de salud. Se atendían 50 personas por día. Por parte de la administración Municipal, en ese entonces, se dotó al Centro de Salud con una ambulancia e igualmente se destinó otra para el Puesto de Salud del Corregimiento de Río Negro. Se edificaron otros puestos de salud en el área rural para completar un total de nueve, dependientes todos del Centro de Salud de Puerto Rico.¹⁵

Mediante el registro especial N° 101, se dio la autorización sanitaria y a través de la Resolución 2364 del 27 de agosto de 1997, el Centro de Salud es convertido en Hospital Local San José de Puerto Rico. Se prestaban servicios de Promoción y Prevención de la Salud, actividades de Protección Específica, Consulta Externa, Consulta de Urgencias, Hospitalización, Sala de Partos, Laboratorio Clínico y Odontología. Durante estos últimos años, los administradores que han dirigido la entidad, han conseguido herramientas tecnológicas y se ha tratado de mejorar la planta física que garantice la comodidad en la prestación de un servicio oportuno y eficiente.¹⁶

Actualmente el Hospital Local San José de Puerto Rico, es un Hospital de baja complejidad que no se ha descentralizado, depende del Instituto Departamental de salud del Caquetá, cuenta con un buen recurso tanto humano como tecnológico para atender los servicios contemplados y no contemplados en el POS de Primer Nivel de Complejidad.

Es un Hospital que actualmente presta servicios de hospitalización con 14 camas y 3 camas para observación; consulta externa tiene 5 consultorios para consulta de medicina general, 3 consultorios de odontología, programa de crecimiento y Desarrollo, Control Prenatal, Planificación Familiar, Programas Especiales, Urgencias 24 horas, laboratorio Clínico, Electrocardiografía, Servicio de Rayos X,

¹⁵ Ibid., p. 27.

¹⁶ Ibid., p. 28.

Servicios de ambulancia para transporte terrestre, Saneamiento Ambiental, Equipo de esterilización (Autoclave) y equipo de radio-comunicación. En la institución no se realizan cirugías complejas, razón por la cual se remite a II Nivel al Hospital de Referencia. Para las remisiones terrestres se cuenta con dos ambulancias que cumplen con la resolución 009279 de 1993.¹⁷

- **Red de referencia y contrarreferencia.** El hospital Local San José de Puerto Rico es centro de referencia de I nivel para Promotoras y Auxiliares de área rural, Clínica de urgencias Puerto Rico y Clínica Santa Sofía. Desde el hospital se remiten pacientes al hospital María Inmaculada en Florencia (II nivel) por carretera asfaltada en regulares condiciones.

- En caso de emergencia o desastre se pueden remitir pacientes como mecanismo de apoyo a los siguientes hospitales de I Nivel: Hospital El Buen Samaritano en el Doncello y Hospital Local del Paujil.

En la actualidad, el recurso humano con que cuenta el Hospital de planta en sus distintas áreas, se describe a continuación

Cuadro 1.Recurso humano del Hospital Local San José de Puerto Rico.

PROFESIONALES DE SALUD	DE	CANT.	TÉCNICOS EN SALUD	CANT.
Director		1	Técnico de Saneamiento.	1
Médico general de planta.		1	Auxiliares de Enfermería en Hospitalización y Urgencias.	12
Médico general por evento.		1	Auxiliares de Enfermería en Paciente Sano.	4
Médico S.S.O.		4	Promotora de Salud en consulta externa	1
Odontólogo general de planta.		1	Auxiliar de Laboratorio Clínico.	1
Odontólogo general por evento.		1	Auxiliar de Odontología por contrato.	1
Odontólogo S.S.O.		1	Higienista Oral.	1

¹⁷ Ministerio de Salud, Red Nacional de Urgencias, Resolución 009279 de 1993. .Manual de requisitos Técnicos y Sanitarios, Componente Traslado, Normas para Ambulancias. Bogotá, P. 45.

Bacterióloga de planta.	1	Técnico en Rx.	1
Bacteriólogo SSO.	1		
Enfermera jefe de planta	1		
Enfermera jefe S.S.O.	1		
ÁREA ADMINISTRATIVA			
Conductores.	2	Técnico Administrativo.	1
Auxiliares Administrativos de planta.	4	Auxiliares Administrativos por contrato.	3
Auxiliar de Droguería.	1	Auxiliar de Informática.	1
Auxiliar de servicios generales por contrato.	2	Auxiliar de servicios generales de planta.	2
Almacenista Auxiliar.	1	Secretaria por contrato.	1
Cuerpo de seguridad	3		

- **Red pública rural.** En el área rural se encuentran un centro de salud (Cs) y diez puestos de salud (Ps), dotados acorde con los recursos del hospital y el municipio, los cuales se relacionan a continuación:
 - Centro de salud de de Río Negro.
 - Puesto de salud Corregimiento la Esmeralda
 - Puesto de salud del corregimiento Santana Ramos
 - Puesto de salud del corregimiento la Aguililla.
 - Puesto de salud del corregimiento de Lucitania.
 - Puesto de salud del corregimiento la Paz.
 - Puesto de salud de la vereda Los Alpes.
 - **Puesto de salud de la vereda La Chipa.**

Existen puestos de salud que tiene infraestructura completa y dotación pero falta el talento humano debido a la falta de presupuesto. Tenemos en la actualidad .

- Puesto de salud de la vereda Las Brisas.
- Puesto de salud de la vereda Altas Acacias.
- Puesto de salud de la vereda la esperanza N° 2.
-

ARTICULO 1. En el 18% de las veredas que tiene el Municipio, se cuenta con Promotora de Salud que presta Servicios de Salud básicos. El Hospital realiza periódicamente brigadas de salud con Médico, Odontólogo, Jefe de Enfermería, Higienista Oral, Saneamiento Básico y Bacterióloga. Durante estas, se realizan consultas médicas y odontológicas, jornadas de vacunación y actividades encaminadas a informar y educar a la población, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas. 18

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar la evaluación de las condiciones tecnológicas y científicas en los servicios de Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias del Hospital San José, del Municipio de Puerto Rico, Caquetá, con el fin de determinar el grado de cumplimiento de los estándares mínimos para la habilitación de los servicios de salud, en condiciones de eficiencia, eficacia y calidad.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar el nivel de cumplimiento de los estándares de Habilidad establecidos para una IPS de baja complejidad según la Resolución 1043 de 2006 en cuanto al Recurso Humano, Infraestructura, Dotación, Insumos, Procesos Prioritarios Asistenciales, Historia Clínica y Registros Asistenciales, Interdependencia de Servicios, Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en el servicio de Hospitalización, Sala de partos y Urgencias del Hospital Local San José.
- Identificar el porcentaje de cumplimiento de los Estándares de Calidad en los servicios de Esterilización, Radiología, Archivos, Laboratorio Clínico, Farmacia y Transporte durante los meses de Octubre y Noviembre de 2006 en el Hospital Local de Puerto Rico.
- Identificar las causas del no-cumplimiento de estándares de Habilidad en los meses de octubre y noviembre de 2006 en los servicios de Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias de la Institución.
- Aportar herramientas útiles que permitan a la Institución la implementación del Sistema de Garantía de la Calidad y a la vez, iniciar acciones en procura de lograr calidad en aquellos servicios del Hospital Local que no cumplen con los estándares establecidos en la Resolución 1043 de 2006.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEÓRICO

5.1.1 Calidad en salud. Con el fin de evaluar la calidad de la atención en salud, es necesario realizar procesos por medio de los cuales se pueda describir, medir, comparar, analizar y expresar una situación, para tomar decisiones con el propósito de mejorar. Estos procesos se basan en el continuo “malo – bueno” en el cual los resultados del lado “malo” son problemas que requieren soluciones.¹⁸

La calidad depende de un juicio que realiza el cliente, y este puede ser un juicio del producto o del servicio. Por lo tanto, la calidad de la atención en salud debe definirse como “el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud”.¹⁸

Por otro lado, la tendencia actual según otros autores como los doctores Pardo, Galán y Gómez, es la de “considerar la calidad de la atención como una propiedad compleja, que puede ser sometida a un análisis sistemático y a una evaluación aceptable, que lejos de ser perfecta, es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios de los sistemas de seguridad social en salud”.¹⁸

Revisados los conceptos anteriores, Calidad en salud se puede definir como el proceso técnico – científico, administrativo y financiero, que busca asegurar una adecuada prestación de servicios de salud, con un alto grado de utilización de los mismos, por parte de los usuarios del sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen.

Por lo tanto, dentro de las características que debe tener un servicio de salud tenemos :

- Accesibilidad,
- Oportunidad,
- Seguridad,
- Pertinencia, y
- Continuidad.

5.1.2 Auditoria en salud. Es el enfoque aplicado al proceso de atención en salud y de quienes participan en él, es una evaluación sistémica de la calidad y la

racionalización del recurso enfocada principalmente en su proceso y resultado, con el objeto fundamental de mejorar la calidad de los servicios de salud, la cual hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las EPS y aquellas que prestan servicios de salud o I S.

Para tal fin, se podrán utilizar diferentes procedimientos de seguimiento, evaluación e identificación de problemas y soluciones en la prestación de los servicios, no obstante el sistema plantea la necesidad de desarrollar, la auditoria sobre todo al proceso de la atención.

La auditoria en salud debe aplicarse al proceso y no a la persona, para llegar a su objetivo principal que es el mejoramiento de la calidad de la atención en salud ofrecida a los usuarios.

Algunos investigadores, contemplan los indicadores de disponibilidad y accesibilidad como elementos principales; y los define como los recursos existentes en función de la población a servir (disponibilidad), y su análisis debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio¹⁸.

Los indicadores de disponibilidad señalan el número de recursos (hora médico, camas) por un número determinado de personas en la población objeto; además de la disponibilidad de recursos se requiere que estos sean accesibles a la población a la cual están dirigidos. La definición de accesibilidad, esta entonces íntimamente ligada con la disponibilidad, a pesar de ser conceptos distintos, en el estudio de accesibilidad de servicios, se deben considerar las diversas barreras que pueden impedir y dificultar el uso de los servicios por parte de la población, como obstáculos de tipo económico, determinados por la capacidad adquisitiva de la población frente a las tarifas establecidas.

La capacidad de las agencias para prestar los servicios está representada por la disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros y por su accesibilidad a la población. Tanto la disponibilidad como la accesibilidad configuran la oferta de servicios, la cual determina que la demanda se traduzca finalmente en uso. Así

¹⁸ PABÓN. Op. cit, p. 32.

toda una serie de factores que influyen en la demanda de servicios, la oferta de la agencia y la capacidad de los individuos, son los que determinan el uso de los servicios por la población; dentro de la variable de proceso según H. Pabón.

La evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación de sus resultados o de su impacto sobre las personas que son el objetivo final o la razón de ser de los servicios. El resultado último de las acciones de los servicios de salud sobre la población objeto se define como efectividad; que es el flujo operacional, se inicia en la población donde algunos individuos perciben cierta necesidad, hacen contacto con los servicios diseñados para resolver problemas (preventivos, de rehabilitación) y regresan a la población con una necesidad resuelta o con la misma y otras necesidades. Otros indicadores son: tasa de mortalidad, porcentaje días de estancia, productividad, índice de insatisfacción del usuario entre otros.

Continuando con los planteamientos de H. Pabón, dentro de esta variable de resultados se tienen: los indicadores de efectividad, cobertura, eficacia y eficiencia; los cuales se definen como:

- Efectividad: Diferencia entre la situación de salud existente y la que existiría de no haberse prestado el servicio, sin embargo no es fácil de establecer, se utiliza en su lugar, el grado en el cual las condiciones de salud hayan variado para medir la efectividad de las acciones.
- Cobertura. La define Pabón, como la proporción de personas con la necesidad de servicios y que han recibido atención para la misma, en otras palabras, si los servicios de salud están llegando a la población que realmente los necesita.
- Eficacia. Es el segundo gran factor que condiciona la efectividad de los servicios, en el resultado en los usuarios. Si por ejemplo, la efectividad de un programa de salud es baja a pesar de los esfuerzos para incrementar la cobertura, hay razones para sospechar que no es buena la eficacia de los servicios. La eficacia de los servicios esta determinada por dos factores principales: uno por la calidad, que depende fundamentalmente de factores internos de la agencia y en segundo lugar por los factores externos relacionados con la constitución y capacidad de los pacientes, sus condiciones de vida, sus actitudes frente a la enfermedad y los servicios.

- Eficiencia. Es la relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados.

De todos estos conceptos de evaluación de los servicios de salud, establecidos por Pabón, se utilizaron en este trabajo, los siguientes indicadores:

- Estructura: Disponibilidad, accesibilidad, acreditación profesional o técnica.
- Proceso: Utilización, oportunidad, evaluación H. Clínicas, pertinencia técnico científica.
- Resultado: Efectividad, productividad, rendimiento, eficacia y eficiencia, quejas, índice de insatisfacción al usuario.

5.1.3 Hospitalización. La hospitalización o estancia en un hospital o clínica empieza en la Unidad de Admisión, donde el paciente tendrá la orden de ingreso de su médico. Esta unidad se encargará de tramitar toda la documentación necesaria para el ingreso y dirigirá al paciente a la unidad de hospitalización que le ha sido asignada.

En la hospitalización, es conveniente que el paciente conozca el personal que está a su servicio, sobre todo el médico y la enfermera. Cuando se llega a la unidad de hospitalización el paciente será atendido por el personal de enfermería, que le atenderá y le informará durante toda la estancia en el centro o institución médica. Además, allí se le hará una primera valoración del estado de salud en el momento del ingreso. Si el paciente necesita ayuda, en muchas camas se tiene la posibilidad de pulsar un timbre que hay en la cabecera de la cama.

Aunque en el hospital quizás el paciente no comerá como en su casa, se busca que en las instituciones medicas la comida que sirven sea del agrado de todos los pacientes. Dada la importancia de la alimentación en muchos enfermos, es necesario que estos sigan la dieta que le han fijado los médicos y que le ha servido la cocina del hospital. En caso de que por algún motivo el paciente tenga problemas con la alimentación, lo deberá comunicar a la enfermera, quien procurará solucionar el problema.¹⁹

Durante la hospitalización, el médico le informará al paciente sobre su estado de salud. Como norma general, también informará a sus acompañantes. En caso de ser necesaria la realización de un procedimiento quirúrgico al paciente o le tengan que realizar una prueba diagnóstica importante, el médico hablará con el

¹⁹ *Ibíd.*, p. 36.

directamente interesado y con su familia. Para que quede constancia, deberá dar su autorización firmando la hoja de Consentimiento Informado.

Mientras se practica al paciente la intervención quirúrgica o la prueba diagnóstica, es aconsejable que los familiares esperen en la habitación o en la sala de estar de la institución médica. Una vez haya acabado el respectivo procedimiento, el médico responsable informará los resultados al paciente y demás interesados.

Solo en casos extremos o complicados, el paciente puede disponer de la compañía de un familiar, de forma permanente, durante el tiempo que esté hospitalizado o ingresado. Por lo general, los días laborables, durante la mañana se realizan las visitas asistenciales.

Para garantizar el descanso al paciente y el del resto de personas ingresadas u hospitalizadas, por lo general sólo está permitida la visita simultánea de dos personas por paciente. En caso de coincidir más visitas, se tiene a disposición las salas de estar de cada planta. El ambiente hospitalario no es aconsejable para los niños, por lo tanto, se recomienda que no se traigan al hospital niños menores de catorce años.

El médico responsable informa a cada uno de sus pacientes sobre la evolución del estado de salud y le anuncia con antelación la fecha de la salida o dada de alta de su hospitalización. Llegado este momento, le entregará un informe clínico de alta hospitalaria.

Llegado el caso de que el paciente quiera irse del hospital antes de que el médico responsable lo autorice, el paciente deberá firmar un documento denominado Alta voluntaria, que le hará responsable de las posibles consecuencias que se puedan derivar de su decisión.

Cuando se lleva a cabo una hospitalización, como recomendaciones se plantea que es conveniente que se traiga al hospital los objetos de higiene personal, bata y zapatillas. Si el paciente trae joyas, dinero y objetos de valor, estos no se deben dejar en la habitación, para esto por lo general el hospital tiene una caja de seguridad a disposición de sus pacientes. Si el paciente toma algún tipo de medicamento o hace uso de prótesis dental extraíble, es pertinente comunicárselo al equipo asistencial. Para concluir, el silencio y el descanso son necesarios para la recuperación y una buena hospitalización, por eso se deben a toda costa evitar los ruidos²⁰.

5.1.4 Esterilización. Hace referencia a la destrucción de todo organismo vivo en cualquier objeto o material por medios físicos o por procedimientos químicos.

²⁰ *Ibíd.*, p. 38.

También se define, en biología, la esterilización como la anulación de la capacidad de reproducción biológica de un ser vivo. 21

Por su parte, la esterilización se logra mediante la asepsia, que es el conjunto de procedimientos para conseguir la ausencia de microorganismos. La antisepsia incluye los procedimientos destinados a eliminar los microorganismos. Indisolublemente unida a la asepsia, su desarrollo ha sido conjunto.

Empleada principalmente en medicina y veterinaria, sobre todo en cirugía, también se aplica en farmacia, industria alimentaria e industria basada en técnicas microbiológicas. La asepsia se consigue en el hospital en general, al entrar en quirófano y dentro de él. En el hospital se deben desinfectar las habitaciones, las camas, los pasillos, los medios de transporte y al personal. La entrada al quirófano debe hacerse mediante esclusas de personal (desinfección de manos mediante lavado, cambio de ropa, cobertura del cabello), de pacientes (cambio de cama) y de instrumentos.

Dentro del quirófano deben aplicarse medidas de esterilización (antisepsia), supresión de gérmenes transmitidos por el aire (lámparas de ultravioleta) y acondicionamiento del aire (quirófanos de flujo laminar, filtros de retención de bacterias y esporas). 21

La antisepsia o esterilización mecánica incluye lavado, cepillado y arrastre de gérmenes por irrigación. La antisepsia física emplea el calor seco (esterilización a la llama, estufa de Poupinel para instrumental quirúrgico), el calor húmedo (chorros de vapor desinfectante para sábanas y colchones, autoclaves para instrumental quirúrgico) y las radiaciones ionizantes para material desechable (jeringas, catéteres, sondas, implantes). La esterilización química se consigue con el yodo y sus derivados (povidona yodada), los derivados mercuriales (mercurocromo), el formol (uso en anatomía patológica), la clorhexidina y los desinfectantes gaseosos (óxido de etileno) para material sensible al calor.

5.1.5 Obstetricia. Rama de la medicina que se ocupa del embarazo, parto, y del periodo inmediatamente posterior al nacimiento. También comprende los aspectos psicológicos y sociales de la maternidad. 21

Sin embargo, su definición no ha sido siempre tan amplia. Hasta hace poco tiempo sólo comprendía los mecanismos del parto y las primeras personas que ejercieron la profesión carecían de preparación médica. Ya en el año 1303, el término comadrona se utilizó para referirse a aquellas mujeres que asistían los partos en el hogar y, con el tiempo, el término comadrona evolucionó en relación a su práctica.

Las mejoras en la práctica de la obstetricia se pueden demostrar con el descenso en las tasas de mortalidad materna y de los lactantes. A lo largo de la historia estas tasas han sido muy elevadas. Sin embargo, en las últimas décadas, se ha prestado una atención creciente a la nutrición y la higiene. La atención médica

también ha mejorado a raíz del descubrimiento de los antibióticos que combaten las infecciones, al empleo de transfusiones de sangre para tratar la hemorragia, y al desarrollo de técnicas quirúrgicas necesarias para los partos en los que la vida del niño o de la madre está en peligro. Además, se impuso la tendencia a dar a luz en los hospitales en lugar de en las casas, junto a un perfeccionamiento de la técnica y preparación de los médicos especializados en el embarazo y el parto²¹.

Por todo ello, los avances médicos han reducido de forma drástica el número de mujeres y lactantes que fallecían como consecuencia del parto. El número de mortinatos (nacidos muertos después de 20 semanas de gestación) o de lactantes que fallecen durante los primeros 28 días después del parto, también ha descendido. En todo caso, no todas estas muertes eran evitables, ya que las anomalías congénitas son la causa más importante de muerte del lactante²².

La obstetricia está estrechamente relacionada con otras especialidades médicas, en particular con la ginecología. Con frecuencia las dos se consideran similares; sin embargo, la ginecología se ocupa de los órganos reproductores de la mujer cuando no existe un embarazo, mientras que la obstetricia se ocupa sólo de este estado.

5.1.6 Servicio Farmacéutico. Por lo general, las leyes relacionadas con los medicamentos, establecen lo siguiente: Para lograr el uso racional de los medicamentos las unidades o servicios de farmacia hospitalaria realizarán las siguientes funciones:

- Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficinales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros, para tratamientos extrahospitalarios, que requieran una particular vigilancia, supervisión y control.
- Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos, tomar las medidas para garantizar su correcta administración, custodiar y dispensar los productos en fase de investigación clínica y velar por el cumplimiento de la legislación sobre estupefacientes y psicótopos o de cualquier otro medicamento que requiera un control especial.
- Formar parte de las comisiones hospitalarias en que puedan ser útiles sus conocimientos para la selección y evaluación científica de los medicamentos y de su empleo.

²¹ Ibid., p. 427.

²² Ibid., 428.

- Establecer un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital, un sistema de farmacovigilancia intrahospitalario, estudios sistemáticos de utilización de medicamentos y actividades de farmacocinética clínica.
- Llevar a cabo las actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas al personal sanitario del hospital y a los pacientes.
- Efectuar trabajos de investigación propios o en colaboración con otras unidades o servicios y participar en los ensayos clínicos con medicamentos.
- Colaborar con las estructuras de atención primaria y especializada de la zona en el desarrollo de las funciones señaladas en las normas y leyes respectivas.
- Realizar cuantas funciones puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos. 23

Las funciones definidas del punto anterior, serán desarrolladas en colaboración con las demás unidades y servicios del hospital. Los servicios de farmacia de los hospitales han cambiado su enfoque clásico de dispensadores de medicamentos, orientándose hacia la dispensación de servicios.

El concepto de servicio, se refiere, al conjunto de ventajas o facilidades que la organización puede ofrecer al cliente. En este caso, un Servicio de Farmacia debe aportar al paciente en particular y al Hospital en general, las máximas garantías de seguridad, eficacia y control en la terapéutica aplicada y esto a su vez con una buena relación costo/eficacia.

Algunos de estos servicios son claramente predominantes, así los de dispensación de medicamentos, custodia y control de los mismos, información y educación sobre medicamentos.

La prescripción de los medicamentos en el hospital se debe ajustar al contenido de la Guía Farmacoterapéutica. El Servicio de Farmacia está autorizado a comprar de forma programada los medicamentos incluidos en dicha Guía. La selección de los medicamentos contribuye a incrementar la experiencia de los proscriptores en un número reducido de fármacos, facilitando así un uso más racional de los mismos. 23

5.1.7 Toma de Muestras. Uno de los objetivos de la atención en los servicios de urgencias es diferenciar aquellos procesos graves que requieren tratamiento hospitalario inmediato, de otros más leves que pueden ser estudiados o tratados en forma ambulatoria. Los especímenes obtenidos en urgencias son usados para el diagnóstico y la determinación del tratamiento que allí se va a emprender, o para referir el paciente a otro servicio o a otra institución.23

Son el examen físico y una historia clínica completa los que determinan el número y tipo de las pruebas analíticas que se deben solicitar. No se justifica el uso de un perfil analítico amplio para el diagnóstico o valoración global, sino que los exámenes deben ser ordenados en forma lógica y racional según las condiciones individuales de cada paciente. Con ello se logra una reducción de los costos de la atención médica y se aumenta la eficiencia y la efectividad del servicio de urgencias.

Recomendaciones generales para la toma de muestras:

- Aplicar las normas de bioseguridad para los trabajadores de la salud:
 - Lavado de manos y uso de guantes en todos los casos de manipulación de líquidos corporales.
 - Uso de gafas o tapabocas con visera durante la recolección de muestras con riesgo de salpicaduras.
 - No re-enfundar agujas y desecharlas en el recipiente adecuado (Guardián® BD) o desechar la aguja y la jeringa en un galón destinado para tal fin, evitando la manipulación.
- Preservar la técnica aséptica en la obtención de muestras mediante procedimientos invasivos (venopunción periférica, catéter central, punción lumbar, etc.)
- Informar al paciente sobre el procedimiento. Los procedimientos de recolección de muestras pueden ser molestos y ocasionar dolor.
- El paciente debe estar en una posición cómoda.
- Verificar rigurosamente con la orden médica el nombre del paciente y los exámenes a tomar.
- Verificar el tipo de tubos a utilizar antes de tomar la muestra. Las técnicas de análisis varían en cada institución, por lo tanto, es importante confirmar con el laboratorio el tipo de tubo, cantidad de muestra y condiciones específicas de manejo de las muestras.
- Rotular los frascos y tubos con los datos del paciente antes de tomar la muestra.
- Enviar la muestra al laboratorio en el menor tiempo posible.²³

Procedimientos para la toma de muestras

Con frecuencia, en los hospitales con muchos pacientes la recolección de las muestras se relega a personas que no comprenden los requisitos ni las consecuencias de tales procedimientos. En ocasiones también el microbiólogo merece crítica por no proporcionar los materiales necesarios ni las instrucciones adecuadas, lo que conducirá a una mala toma de muestras.²³

Deben emplearse procedimientos especiales que permitan distinguir entre microorganismos implicados en un proceso infeccioso y aquellos provenientes de la flora normal o que son colonizadores "anormales" pero que no están causando ninguna infección. Para resolver este problema se emplean cuatro metodologías principales:

- Limpiar el área con un germicida con la fricción suficiente como para realizar también una limpieza mecánica. Comenzar en el centro y extenderse en círculos crecientes. Repetir varias veces empleando un nuevo hisopo cada vez.
- El alcohol (70%) es satisfactorio para la piel pero se necesitan 2 min de contacto. El yodo (2%) y povidona-yodo actúan más rápidamente (1 min) y son efectivos contra los microorganismos formadores de esporas. La obtención de líquidos normalmente estériles (como líquido sinovial, pleural o LCR) por aspiración con aguja percutánea debe ser precedida siempre por la cuidadosa descontaminación de la piel como se ha descrito aquí.
- Evitar totalmente las áreas con flora normal (p. ej., aspiración transtraqueal percutánea en lugar de esputo expectorado).
- Cultivar sólo para un patógeno específico (p. ej., estreptococo grupo A en la garganta).
- Los cultivos cuantitativos constituyen un medio para determinar la posibilidad de que los organismos aislados estén implicados en una infección (p. ej., urocultivos cuantitativos). Una cuantificación menos rigurosa también puede ser útil y debe ser empleada en la rutina diaria; esto puede realizarse sobre la base de una escala entre 4 + a 1 + o simplemente expresada como crecimiento abundante, moderado, escaso, cuatro colonias, etc.²³.

5.1.8 Laboratorio Clínico. A principios de los años 60, se crean los primeros laboratorios centralizados dentro de las instituciones sanitarias y se ligan a cátedras y departamentos de las facultades de Medicina y Farmacia. Luego a la mitad de los 80, surgen sistemas automáticos de análisis bioquímicos y auto-analizadores hematológicos. En esta etapa, se implantan los primeros sistemas de

²³ Ibid., p. 101

calidad e introducción del campo de la informática en el laboratorio, encontrándose los departamentos de Bioquímica, Hematología y Microbiología.²⁴

Hacia 1990, se inicia la reorganización del sector, aparecen auto-analizadores de inmuno-análisis y se instauran las diversas técnicas de Biología Molecular.

Comienza la búsqueda de nuevas formas de gestión del laboratorio, queda dividido en secciones. En los 90, se produce la convivencia entre los laboratorios divididos en secciones y los automatizados, los cuales se orientan a las patologías concretas y sub-especialidades.

A principios del siglo XXI, las nuevas tendencias organizativas dentro del laboratorio, se agrupan especialidades y comparten recursos, tanto tecnológicos como humanos. Esto conlleva a la fusión de las tres etapas de un laboratorio: pre-analítica, analítica y post-analítica, e incide tanto sobre muestras como los sistemas de información del laboratorio. Llegan a convivir los laboratorios satélites (LS) -que dan respuesta a las necesidades básicas de la clínica y realizan pruebas analíticas a la cabecera del paciente (PCP) -, las unidades de soporte para crear nuevos cultivos y los llamados Core Lab, que son los laboratorios automatizados modulares como, por ejemplo, las áreas de diagnóstico prenatal o las unidades funcionales²⁴.

En la actualidad, desde la forma organizativa, los laboratorios forman parte de los hospitales, dentro de los cuales se pueden encontrar los siguientes departamentos o servicios, en función del tipo y características que tenga el mismo:

- Radiología,
- Farmacia Hospitalaria,
- Urgencias,
- Unidad de Cuidados Intensivos (UCI),
- Traumatología, etc.

Dentro del servicio de urgencias, en algunos casos, se encuentra un laboratorio para atender a los pacientes que vayan a urgencias aunque la tendencia actual es suprimir tanto el laboratorio de urgencias como los centralizados o automatizados.

Normalmente, las peticiones clínicas son realizadas por los facultativos o médicos de los hospitales, ya sea para personas ingresadas o no. Éstos son, principalmente, los que fueron atendidos en consultas externas, en el servicio de urgencias o, incluso, los donantes tanto de sangre como de órganos.

²⁴ Ibid., p. 144.

El organigrama puede diferir de un hospital a otro aunque, generalmente, hay un “jefe de servicios” ya sea para todos los laboratorios o para los Servicios Centrales. A su vez, cada una de las secciones tendrá un jefe o coordinador de sección responsable de la unidad que se trate. Para atender las peticiones analíticas de las consultas externas existe un área llamada de extracciones centrales, donde se extraen o se reciben las muestras biológicas que trae el paciente²⁵.

- El Laboratorio en Atención Primaria: Los servicios de laboratorio, existentes también en atención primaria o de primer nivel, son supervisados por médicos especialistas. Están adscritos al hospital y funcionan coordinados con los propios del hospital. Estos laboratorios atienden peticiones de pediatras, obstetricia, ginecología y médicos de familia.

Se tiende a la unificación y centralización de los laboratorios para reducir costos y poder apoyarse en una mejora de calidad; lo que daría lugar a locales periféricos y a garantizar, a los médicos, la recepción de los informes en tiempos establecidos o, incluso, en el día. Pero la forma de extracción es objeto de controversia puesto que, rara vez, no se obtienen bien las muestras y se conservan de modo inadecuado. De esta forma, se está obligando a crear una legislación por parte de las comunidades autónomas para regularizarlo.

En el ámbito privado, se puede implantar dicho sistema de extracción porque se crean mega-laboratorios; con lo que, se tiende a la desaparición de los pequeños laboratorios y, al agrupar las pruebas especiales, se reducen costos. Aunque un laboratorio de atención primaria puede asegurar la calidad de los resultados como uno de atención especializada²⁶.

- Tipos de Laboratorios Clínicos.

Dependiendo de los procedimientos y su complejidad, se pueden dividir en:

- Microbiología. Se dedica a la detección e investigación de las características de los microorganismos. Dentro de ella, se tienen las siguientes secciones: Bacteriología: Bacterias, Micología: Hongos, Parasitología: Parásitos, Virología: Virus.
- Hematología. Estudia la sangre, sus elementos, formas, la hemoglobina, el hematocrito y los fenómenos de coagulación.
- Bioquímica. Su objeto es el estudio de los elementos químicos de la fracción líquida de la sangre (electrolitos, enzimas, etc.), pruebas funcionales y metabólicas (glucosa, ácido úrico, etc.) y detección del nivel de yodo en

²⁵ Ibid., p. 145

²⁶ Ibid., p. 149

sangre, el pH, la presencia de isótopos radiactivos de sustancias tóxicas y venenosas.

- Inmunología. Comprende el estudio de las reacciones serológicas (propiedad que presentan anticuerpos - Ac - para unirse específicamente a los antígenos - Ag - correspondientes). Dichas reacciones pueden ser: 1) Pruebas de Precipitación, 2) Pruebas de Aglutinación y 3) Antiglobulina o reacciones de Combs.
- Banco de Sangre. Estudia los grupos sanguíneos, separación de elementos de sangre e investigación de la similitud sanguínea y de la ausencia de riesgos biológicos para el receptor. El responsable, tanto en el ámbito público como privado, debe ser un médico especialista en Hematología.”
- Anatomía Patológica (Histología y Citología). Su estudio se centra en la presencia de células tumorales y otras alteraciones en tejidos y en células exfoliadas o recolectadas.
- Genética. Estudia los cromosomas humanos y la correlación entre sus anomalías y las del paciente. También, se puede definir como la transferencia de nuevo material genético a las células de un individuo con el objeto de producir beneficios terapéuticos en el mismo. La terapia génica se puede emplear para luchar contra las enfermedades genéticas hereditarias, cáncer, VIH y enfermedades cardiovasculares. Los métodos de transferencia génica implican la utilización de virus, los tres más usados son: Adenovirus, Virus asociados a los adenovirus (AAA) y los retrovirus²⁷.

5.1.9 Radiología e Imágenes Diagnósticas. Es una especialidad médica que utiliza la radiación para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Los rayos X y los restantes tipos de radiación son formas de energía producidas durante la desintegración de los átomos. La radiología, en sus vertientes diagnóstica y terapéutica, emplea radiaciones ionizantes como los rayos alfa, beta, gamma y rayos X²⁸.

La radiología pudo desarrollarse gracias al descubrimiento de los rayos X por el físico alemán Wilhelm Conrad Roentgen en 1895. Roentgen fue galardonado con el Premio Nobel de Física por su trabajo. Hay otras formas de energía radiante que también permiten la obtención de imágenes médicas: los ultrasonidos son un ejemplo de ello. En la técnica denominada resonancia nuclear magnética, las diferencias en los tiempos de relajación de los núcleos de hidrógeno de los tejidos en un campo magnético artificial permiten la obtención de imágenes. Quizá sea

²⁷ Ibid., p. 53

²⁸ Encarta, op. Cit, p. 16.

más adecuada, por tanto, la denominación técnicas de imagen en medicina que el concepto de radiología diagnóstica para definir esta especialidad.

Las imágenes diagnósticas o radiología diagnóstica estudian la estructura anatómica y la fisiología de los tejidos normales y de los tejidos alterados por distintas enfermedades a través de imágenes estáticas o dinámicas. La gran mayoría de las imágenes se obtienen exponiendo la región corporal que se quiere analizar a un haz de rayos X: éstos inciden luego sobre una película sensible (placa), y producen una imagen estática.²⁹

La imagen obtenida se denomina radiografía o placa de rayos X y puede ser de varios tipos: una radiografía simple, como la habitual placa de tórax; una tomografía (del griego, tomes, 'sección'), radiografía obtenida de manera que, a través del cálculo del momento de la exposición y el movimiento de la placa de rayos, se obtiene la representación de un plano predeterminado de la región corporal atravesada por el haz; o una tomografía axial computarizada (escáner, o TAC): un fino haz de rayos se proyecta desde todos los puntos de un área circular alrededor de la región a estudiar, y el análisis computarizado de la información obtenida permite obtener una imagen que representa un corte de esa región.

Otras imágenes médicas no emplean rayos X sino ultrasonidos, resonancia magnética nuclear (RMN), o el registro de la radiactividad emitida por isótopos que se administran al paciente y se acumulan en ciertos órganos o sistemas orgánicos específicos: estas técnicas se incluyen en el ámbito de la radiología nuclear o medicina nuclear; también pertenece a esta subespecialidad la técnica denominada tomografía de emisión de positrones (TEP), que utiliza las pautas de retraso de los positrones para estudiar diferentes reacciones metabólicas corporales. Cada técnica tiene sus particularidades, y por tanto en cada situación clínica habrá una técnica de imagen idónea para poner de manifiesto el proceso patológico que afecta a esa región corporal. El radiólogo puede así elegir, de acuerdo con el médico que atiende al paciente, la modalidad diagnóstica o técnica de imagen que mejor se adapte a la enfermedad en estudio³⁰.

En la ecografía, los ultrasonidos que son ondas sonoras con una frecuencia superior a la detectable por el oído humano, se utilizan con frecuencia en obstetricia para diagnosticar la edad y el crecimiento normal del feto. El dispositivo emisor de ultrasonidos, llamado transductor, se coloca contra la piel del abdomen de la mujer embarazada. Las ondas de sonido se reflejan de forma distinta según entren en contacto con tejidos de densidad y elasticidad diferentes. El patrón de los ecos es detectado por el transductor y convertido en una imagen móvil que se visualiza en un monitor. Los ultrasonidos se emplean también para detectar

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

tumores, lesiones y otras anomalías en el hígado, los riñones, los ovarios, los ojos y otros órganos.³¹

Para obtener imágenes dinámicas se puede registrar la imagen en una pantalla móvil sensible a la radiación (fluoroscopia), o se pueden grabar las imágenes en una película (cinerradiografía) o cinta de vídeo. La cinta, o la película, permiten almacenar la información de manera permanente; con la fluoroscopia (similar a las imágenes de televisión), esta información se pierde, aunque durante la exploración fluoroscópica siempre existe la posibilidad de guardar imágenes radiográficas (placas) para utilizarlas más adelante.

5.1.10 Urgencias. Sección médica relacionada con la atención a pacientes que sufren heridas o enfermedades agudas y que a menudo requieren una actuación inmediata, que funciona las 24 horas del día. Los médicos que se ocupan de las urgencias son especialistas preparados para tratar un amplio número de afecciones, desde cortes menores e infecciones a paradas cardíacas y otros estados graves. En muchos casos, los médicos de urgencias proporcionan a los pacientes una asistencia rápida para estabilizar su estado antes de ser enviados a una unidad específica del hospital, donde recibirán una asistencia especializada³².

Además de los médicos, otros profesionales de la salud desempeñan un papel vital en la sección de urgencias; son sanitarios preparados para proporcionar un tratamiento de urgencia en cualquier lugar, transportar pacientes al hospital en ambulancia o helicóptero y realizar una cura de urgencia por el camino si es necesario. Las unidades de urgencias de los hospitales también disponen de enfermeras que han sido especialmente entrenadas para proporcionar este tipo de cuidados.

En la actualidad, los profesionales de la medicina de urgencias utilizan principios semejantes para dar prioridad a algunos de los innumerables casos que llegan a las unidades de urgencias, desde procesos agudos (como episodios convulsivos, accidentes cerebro vasculares, traumatismos, ataques cardíacos, heridas a causa de accidentes de coche, envenenamientos, sobredosis de drogas y crisis asmáticas) hasta cortes menores y fracturas de huesos. En muchas ocasiones, los pacientes entran en la unidad de urgencias quejándose de síntomas inusuales o dolorosos, como dolor en el pecho o dificultad para respirar, y los médicos tienen

³¹ Ibid.

³² Enciclopedia Médica Básica... op. cit., p. 36.

que diagnosticar con rapidez las causas de esos síntomas y empezar el tratamiento de manera inmediata³³.

La rapidez y la tecnología son componentes indispensables de esta especialidad. Cuando un paciente se queja de dolor en el pecho, por ejemplo, los médicos deben monitorizarle la función cardíaca y respiratoria, tomar una radiografía del tórax, determinar la actividad eléctrica del corazón utilizando un sistema llamado electrocardiografía y realizar una serie de análisis de sangre, todo eso en el plazo de unos minutos.

5.1.11 Transporte Especial de Pacientes. El transporte sanitario tradicionalmente se suele clasificar como primario o secundario. El primario, suele ser el que se realiza a nivel extrahospitalario, desde el lugar donde se produce la emergencia, causada por accidente o proceso médico agudo, hasta el centro sanitario. El secundario o transporte ínter hospitalario, es el que se realiza desde un hospital o centro sanitario hasta otro, habitualmente para proporcionar a los pacientes un mayor nivel de servicios que en el hospital remitente, ya sea en medios terapéuticos o diagnósticos.

El transporte ínter hospitalario de cuidados críticos (TICC), tiene como objetivo extender las capacidades de las unidades de cuidados intensivos (UCI) de los hospitales regionales, a aquellos pacientes ingresados en hospitales comarcales que no disponen de UCI, o que requieren mayor nivel asistencial del que disponen en su hospital. Un tercer tipo de transporte sanitario sería el transporte intrahospitalario, o movimiento de pacientes dentro del propio hospital, de gran importancia en los pacientes en estado crítico.³⁴

En los últimos años se han desarrollado de manera extraordinaria todas las formas de TICC, tanto en medio terrestre como aéreo o marítimo. La regionalización de la asistencia, la disponibilidad de determinados servicios especializados, entre ellos cuidados intensivos, o factores geográficos como dispersión de la población, han determinado la necesidad de contar con equipos o sistemas de transporte ínter hospitalarios que permitan trasladar a pacientes en estado crítico con las mayores garantías posibles de seguridad.

Las indicaciones o motivos de traslado ínter hospitalario variarán en función de los recursos de que dispone cada hospital y de la organización del sistema sanitario al que pertenecen. A causa del alto costo de algunos servicios médicos, éstos son concentrados en la mayoría de los países, en determinados hospitales que dan cobertura a un área o región geográfica. Estos servicios especializados suelen ser

³³ Ibid., p. 340.

³⁴ UNINET, Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos, Capítulo: Transporte de Pacientes en Estado Crítico, Barcelona: 2005, p. 326.

referencia para pacientes con patologías como traumatismos craneoencefálicos, quemados, cirugía cardiovascular, neonatología y son los hospitales generales quienes transfieren a sus pacientes hasta estos centros con el objetivo de que se beneficien de los recursos de que disponen.

Desde el punto de vista médico, los resultados de un sistema de transporte íter hospitalario de pacientes en estado crítico, habría que analizarlos desde la perspectiva del beneficio que este sistema aporta a los pacientes trasladados.

Son numerosas las publicaciones en la literatura médica que refieren los beneficios del transporte de pacientes críticos en determinados tipos de patologías. Como hemos comentado anteriormente, cada hospital dependiendo de los recursos de que disponga, necesitará trasladar por distintos motivos a sus pacientes a hospitales de referencia.

Es claro el beneficio que obtendrán con el traslado a centros de mayor nivel los pacientes con, quemaduras, infarto de miocardio complicado, lesiones neuroquirúrgicas, traumatismos medulares, problemas cardiovasculares, etc., y aquellos con patologías crónicas que necesiten medios diagnósticos más sofisticados. En la bibliografía, son numerosos los trabajos que avalan el mejor pronóstico de los pacientes en estado crítico con determinadas patologías, que son tratados en centros regionales comparado con su tratamiento en hospitales generales. De igual forma es unánime la opinión de que este tipo de enfermos pueden ser trasladados por largas distancias sin que su pronóstico empeore³⁵.

Se puede dividir el transporte secundario o de primer nivel de atención en varias fases, a saber:

- La Activación comprende desde que se recibe la comunicación formal del traslado hasta que se contacta físicamente con el paciente y el personal responsable del mismo. El objetivo en esta primera fase es dar una respuesta organizada y en el menor tiempo posible, ante la necesidad de transferir un paciente crítico a un centro de referencia.
- Por Estabilización se entiende todas aquellas actuaciones protocolizadas de soporte que se consideran necesarias realizar antes de iniciar el traslado. Estas medidas deben efectuarse de forma rápida y eficaz.
- El Traslado comienza cuando se instala al enfermo en el vehículo, y termina con la Transferencia al personal responsable en el hospital de destino. Una vez completada la intervención se procede al regreso al hospital y preparación del material y vehículo para una nueva activación (Reactivación)³⁶.

³⁵ Ibid., pág. 328

³⁶ Ibid. 330 p.

Una de las tareas más importantes es la de mantener el vehículo en óptimas condiciones de funcionamiento, dotación y limpieza. La revisión previa al traslado, realizada conjuntamente por el equipo responsable (médico, enfermera y conductor), familiariza a éste con el equipamiento y evita la improvisación durante el trayecto. La revisión debe ser rigurosa, e incluir tanto los aspectos asistenciales como los del propio funcionamiento del vehículo.

Para realizarla es conveniente disponer de hojas de revisión. Una de ellas, debe ser cumplimentada por el conductor-camillero, y recogerá aspectos tales como los niveles de líquidos y gases (carburante, aceite, baterías, frenos, dirección, oxígeno, etc.), funcionamiento de los sistemas de iluminación (gálambos, interior, antiniebla, etc.), comunicaciones (emisora, teléfono móvil, sirena, megafonía, etc.), estado de los neumáticos, aire acondicionado, calefacción, kilometraje y limpieza (interior y exterior).

Cada hospital en función de sus necesidades determinará el tipo de vehículo (ambulancia terrestre, helicóptero, avión) que utilizará para el transporte de sus pacientes. Se recomienda disponer en zonas rurales alejadas de los hospitales regionales de transporte terrestre y aéreo, mientras que en áreas urbanas tanto en el transporte terrestre como el aéreo suelen estar más fácilmente disponibles³⁷.

5.1.12 Sala de Reanimación. Para empezar, se debe tener claro que la reanimación es el conjunto de maniobras que se realizan para asegurar el aporte de sangre oxigenada al cerebro cuando fallan los mecanismos naturales. Estas maniobras se ejecutan según se detecte la ausencia de una constante vital (la respiración o el pulso) o ambas. Es fundamental que se realicen de una manera rápida, exacta y ordenada, pues la ejecución de maniobras de reanimación sobre una persona que respire o tenga pulso puede ser fatal, acarreando lesiones internas graves e incluso la muerte³⁸.

Se ha de recordar que según la gran mayoría de la legislación existente en los países, sólo un médico puede certificar el fallecimiento por lo cual, una persona no profesional de la medicina, ante la ausencia de pulso en la víctima, siempre realizará la reanimación.

En la sala de reanimación, se realiza una evaluación inicial, con este proceso de exploración se buscan identificar perfectamente lo que le ha ocurrido a una víctima de cualquier incidente. Siempre se divide la evaluación en dos fases: valoración primaria y valoración secundaria. No obstante, también es muy importante la previa evaluación del entorno y el primer contacto con la víctima.

³⁷ Ibid. 331 p.

³⁸ SOS Emergencias. Sala de Reanimación y Evaluación Inicial, Ediciones Azteca, México D.F: 2004. 98 p.

A la llegada al lugar del incidente o el ingreso del paciente a la sala de reanimación, antes de acceder a las posibles víctimas, es conveniente emplear unos instantes en realizar una inspección visual del accidente y de los alrededores en busca de otros riesgos que puedan poner en peligro nuestra propia vida. Es fundamental establecer las medidas de autoprotección necesarias, incluido el uso de guantes para la prevención de posibles contagios. Sin entretenerse excesivamente preguntar a testigos, acompañantes, familiares y a la propia víctima sobre lo ocurrido³⁹.

Además de esto, al conocer el tipo de accidente sufrido, se podrá saber con bastante aproximación el tipo de lesiones que se han podido producir en la víctima. Si se trata de un accidente de tráfico, se preguntará a las víctimas conscientes sobre el número de acompañantes y sus nombres para conocer el estado de orientación o conmoción en que se encuentran y, además, establecer una relación y, si procede, se buscarán otras posibles víctimas en el interior del maletero del vehículo o por los alrededores.

Observar si existe derrame de líquidos inflamables, materias tóxicas o corrosivas en las ropas de la víctima, objetos cortantes o punzantes que pueden herirnos. Todo ello servirá para dar una asistencia eficaz. A menudo se comete un error al iniciar el contacto con la víctima y es que el médico se pone a evaluar y se olvida de hablar a la víctima y preguntarla por sus lesiones. Si al acercarse a ella el personal médico se presenta como miembro de alguna Entidad y se mantiene un tono cordial y afable durante la evaluación, informándola de lo que se va a ir haciendo, se conseguirá no sólo colaboración por su parte sino que se le inspirará confianza al establecer una relación de trato profesional con ella.

No olvidar que existen personas que no pueden ver al personal médico, oír o hablar (ciegos, sordos, mudos, disminuidos, etc.) o, simplemente, que no entienden el idioma. En estos casos tratar de expresar lo necesario mediante gestos con las manos.

En la sala de reanimación, al finalizar cada secuencia se volverá a valorar si el pulso está presente. Si no hay pulso se seguirá realizando secuencias hasta que retorne. Cuando el pulso retorne se volverá a valorar la respiración.

Se dará por finalizada la resucitación en una sala destinada para tal fin:

- Cuando otra persona sustituya en la labor realizada (otro socorrista, personal de ambulancia asistencial, médico, etc.)
- Cuando un médico certifique el fallecimiento de la víctima
- Cuando recupere las constantes vitales o

³⁹ Ibid., p. 101

- Cuando se esté agotado y no se pueda continuar con la reanimación.⁴⁰

En la sala de reanimación, la valoración secundaria consiste en determinar el estado de la víctima mediante la localización de todas sus lesiones. Para ello se reevaluará y cuantificará su consciencia, respiración y pulso y se realizará una exploración rápida pero ordenada y concienzuda de todo su cuerpo en busca de sangre, deformidades (bultos o huecos), secreciones (sudor, heces, orina o vómitos), anormalidades en el color, temperatura y aspectos de la piel, etc. A ser posible siempre se utilizan guantes para tocar a una víctima para evitar contagios hacia ella o a la inversa, aunque su aspecto parezca saludable.

Si la víctima puede colaborar, se le preguntará por sus molestias, dolores, etc., detectando cualquier problema de orientación o memoria antes de la exploración y mantendrá una ligera conversación informativa de las maniobras que se van a hacer. No es conveniente informar de las lesiones sufridas para evitar choques emocionales.

Para la exploración se utilizan las dos manos y a la vez se observará visualmente la zona explorada. Las manos se moverán simultáneamente, a ambos lados del cuerpo aprovechando la simetría de este.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

En el presente aparte del marco referencial, se consignan los términos y siglas que pueden tener una definición particular para este tipo de investigación, con el objetivo de dejar claro a todos los posibles lectores su significado, contexto particular y utilidad prestada.

- **AFILIACIÓN.** Es el acto mediante el cual los trabajadores quedan afiliados a una entidad que administra pensiones, salud o riesgos profesionales y a través de la cual los patronos aportan un porcentaje de dinero para garantizar en el futuro una pensión y la salud de sus trabajadores.
- **AFILIADO.** Es el estatus que adquiere un trabajador al vincularse a una E.P.S.
- **ÁREA.** Es la división funcional de las actividades al interior de un prestador de servicios de salud. Se señalan dos áreas:

⁴⁰ Ibid., p. 102

- Asistencial: desarrollo de las actividades relacionadas con la asignación y gestión de los recursos humanos, materiales, tecnológicos para la organización y prestación de los servicios de salud.
 - Administrativa: desarrollo de las actividades relacionadas con la asignación y gestión de los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.⁴¹
- ATENCIÓN EN SALUD. Se entiende como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.⁴²
- AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.⁴³.
- CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.⁴⁴.
- CALIDAD EN SALUD: La doctora Palmer R.H. de la universidad de Harvard propone que es la provisión de servicios accesibles y equitativos, ofrecidos con un nivel profesional óptimo, y teniendo en cuenta los recursos disponibles, y que logra la satisfacción del usuario⁴⁵.
- CLIENTE o USUARIO. Es una persona, empresa o entidad que compra y/o utiliza productos y servicios, que lo necesita y está dispuesta a pagar por ellos, lo que realmente vale. Es la persona que busca asesoría, conocimiento, confianza y un mejor uso de lo que compra. Un usuario, es alguien que busca un producto o servicio en quien confiar y al cual confiarle sus necesidades. Es un buscador de soluciones y satisfacciones

⁴¹ SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Instructivo de verificación de la Resolución No 04252 de Noviembre 12 de 1997. Bogotá. 1997, 15 p.

⁴² DECRETO N° 1011 DE 2006 DE 3 DE ABRIL 2006. 2 p.

⁴³ Ibid. p. 4.

⁴⁴ Ibid. P. 5.

⁴⁵ MALAGÓN Londoño, Galán Morera, y Ponto Laverde., (2002), Auditoria en Salud Para Una Gestión Eficiente, Capitulo XXX, Segunda reimpresión. Editorial Médica Internacional. México, P. 490,

- COPAGOS. Es el aporte en dinero que hace el beneficiario al utilizar un servicio equivalente a una parte de su valor total. Su finalidad es contribuir a la financiación del sistema general de seguridad social en salud.
- DOTACIÓN. La dotación hospitalaria comprende: el equipo de uso hospitalario, el equipo biomédico, tanto como los muebles para uso administrativo y usos asistenciales y equipos de comunicaciones e informática.⁴⁶
- EMPRESAS ADMINISTRATIVAS DE PLANES DE BENEFICIOS. –EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.
- E.P.S. Entidad o Empresa Promotora de Salud. Entidades creadas con la ley 100/93, encargadas de la afiliación de personas con capacidad de pago en el régimen contributivo y algunas también con autorización para administrar recursos del régimen subsidiado.
- E.S.E. Empresa Social del Estado. Son los hospitales y centros de salud del Estado que se transforman en empresas con autonomía administrativa.
- E.S.S. Empresa Solidaria de Salud. Entidad promotora de salud de tipo cooperativo específicamente organizada para la administración del régimen subsidiado.
- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL PROCESO. Reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero. Evalúa la calidad de los métodos⁴⁷.
- EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS RESULTADOS. Se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficio para el usuario. Su aplicación individual es más difícil que la de estructura y proceso. El resultado se evalúa mediante indicadores.⁴⁸
- FOSYGA. Fondo de solidaridad y garantía establecida por la Ley 100 de 1993 como ente operacional para cumplir con los principios de solidaridad y como mecanismo de compensación para garantizar el equilibrio financiero del sistema.

⁴⁶ SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Op. Cit., p. 51.

⁴⁷ MALAGÓN, Op. Cit., p. 51.

⁴⁸ Ibid., p. 418.

- **CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTIFICA.** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.⁴⁹
- **INDICADORES DE CALIDAD HOSPITALARIA.** Miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios⁵⁰.
- **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Se consideran como tales, las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
- **MEJORAMIENTO CONTINUO.** Las definiciones de este concepto pueden ser varias pero a la vez muy relacionadas, a continuación de ubican algunos términos dados por especialistas en la materia:
 - James Harrington, significa cambiar para hacer algo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.
 - Fadi Kabboul, una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las empresas de los países en vías de desarrollo cierran la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo desarrollado.
 - Abell, D., una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado.
 - L.P. Sullivan, un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de las organización a lo que se entrega a clientes, y,
 - Eduardo Deming, según la óptica de este autor, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.⁵¹
- **PAB - PLAN DE ATENCIÓN BASICA:** Este plan esta constituido por las intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son

⁴⁹ DECRETO N° 1011 DE 2006 P. 2.

⁵⁰ MALAGÓN, Op. Cit, p. 51.

⁵¹ *Ibíd.*, p. 54.

dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud pública, el control del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.⁵²

- POS. Plan obligatorio de salud. Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el POS. El SGSSS crea las condiciones de acceso a un POS para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del POS que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el POS será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención. Los servicios de salud incluidos en el POS serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.⁵³

- PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS. Se refiere tanto a las tareas básicas del servicio como a las normas técnicas y guías procedimentales debidamente documentadas con las cuales deben contar sus diferentes áreas para garantizar una atención con calidad, su verificación es sobre todo a su aplicación⁵⁴.
- RECURSO HUMANO. Son las condiciones mínimas requeridas desde el personal médico, paramédico, de enfermería, farmacéutico y administrativo para

⁵² Ley 100 de 1993., Artículo 165, Bogotá, versión magnética, sin paginar.

⁵³ Ley 100 de 1993., Artículo 162, Bogotá, versión magnética, sin paginar.

⁵⁴ MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., p. 42.

el ejercicio profesional de tipo asistencial y la suficiencia de este recurso para determinado volumen de atención⁵⁵.

- REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN. Establece una serie de instrumentos de captura de datos, los cuales deben aplicarse en forma permanente. Estos registros son útiles porque facilitan la administración del servicio y la realización de investigaciones retrospectivas tanto internas como externas.⁵⁶
- SEGURIDAD SOCIAL. Significa la protección que la sociedad provee a sus miembros, a través de una serie de mecanismos públicos, contra la aflicción económica y social que puede ser causada por el detenimiento o reducción sustancial del ingreso como resultado de una enfermedad, maternidad, accidente laboral, desempleo, invalidez, envejecimiento y muerte; la provisión de cuidados médicos; y la provisión de subsidios para familias con niños.
- SERVICIO. Es el conjunto de recursos humanos, tecnológicos y materiales organizados para solucionar problemas de salud y apoyar o complementar dicha solución, en materia de fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad⁵⁷.
- SISBEN. Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales.
- SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, (SOGCS). Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del SOGCS, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que este defina.

⁵⁵ Resolución 1439 del 1° de Noviembre del 2002, 7 p.

⁵⁶ MINISTERIO DE SALUD, Op. Cit., p. 42.

⁵⁷ SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Op. Cit. p. 38.

5.3 MARCO LEGAL

5.3.1 Antecedentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

5.3.1.1 Resolución 4445 de 1996. En esta Resolución, se dictan normas para regular la calidad de los servicios en lo referente a condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios. Expide requisitos para construcción y ubicación de instituciones prestadoras de servicios de salud, diseño y construcción de instalaciones interiores para suministro de agua y evacuación de residuos líquidos, disposición de residuos sólidos, suministro de agua potable, control de emisiones atmosféricas, condiciones generales de la infraestructura.

5.3.1.2 Decreto 2174 del 28 de Noviembre de 1996. Por medio de este Decreto, el Ministerio de Salud organizó el Sistema Obligatorio de Calidad del sistema General de Seguridad Social, (S.O.G.C). Con este Decreto, normatizado por el Ministerio de Salud, se adopta como requisito principal del Sistema, que todos los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados debían cumplir con una verificación de requisitos esenciales, refiriéndose esto, a las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico administrativos, sistemas de información, transporte y comunicaciones y auditoría de servicios.

Lo anterior para garantizar que la atención de los usuarios fuera prestada en condiciones de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad y Racionalidad técnica y científica. El Artículo 10 de este Decreto le da una vigencia de dos (2) años⁵⁸.

5.3.1.3 Resolución 4252 del 14 de Noviembre de 1997. Con esta Resolución expedida por el Ministerio de Salud, se establecen las Normas Técnicas, Científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud, se fija el procedimiento de registro de la Declaración de Requisitos Esenciales y otras disposiciones.

- Artículo 2°. La Declaración de los Requisitos Esenciales era la manifestación mediante la cual los prestadores de servicios de Salud, afirmaban ante la autoridad competente que los servicios ofrecidos cumplían con los requisitos esenciales establecidos por el Ministerio de Salud⁵⁹.

⁵⁸ Decreto 2174 del 28 de Noviembre de 1996, Ministerio de Salud, versión magnética, Bogotá, 1996, sin paginar.

⁵⁹ Resolución 4252 del 14 de Noviembre de 1997, Ministerio de Salud, versión magnética, Bogotá, 1996, sin paginar.

- Artículo 3°. Se adoptó para realizar esta declaración el formato respectivo que hacía parte de esta Resolución, el cual permitía tener actualizado el Registro Especial de Instituciones de Salud según lo establecido en la Ley 10 de 1990.

- Artículo 6°. Para iniciar o ampliar la prestación de los servicios de Salud era necesaria la Declaración de Requisitos esenciales exigidos por la Ley.

5.3.1.4 Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002 . El desarrollo de sistemas de mejoramiento continuo en las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios empieza a mostrar un progreso importante con la aplicación de este Decreto por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS.

ARTICULO 2.

ARTICULO 3. Se aplicó a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

ARTICULO 4. El Artículo 3°, define la atención en salud como: “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación...”⁶⁰.

ARTICULO 5. En el artículo 4°, se define lo que debe ser la calidad de la atención en salud.

ARTICULO 6. En el Artículo 5°, se habla del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS.

ARTICULO 7. En el Artículo 6° da a conocer las características que debe tener el Sistema, para evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, y las enuncia y define:

- Accesibilidad.
- Oportunidad.
- Seguridad.
- Pertinencia.
- Continuidad .⁶¹

⁶⁰ Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002, Ministerio de Salud, Diario Oficial 40145 de 2002, versión magnética. Bogotá, 2002, sin paginar.

⁶¹ Ibid., Artículo 6°.

ARTICULO 8. El Artículo 7º, trata de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del SGSSS.

En el Artículo 8º, se hace referencia a la forma como el Ministerio de Salud desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Decreto.

En cuanto al tema de la habilitación, el Título III, hace referencia al sistema de habilitación en su artículo 9º, definiéndolo como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa.

ARTICULO 9. Para la habilitación, el artículo 15, hace referencia a la forma como los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar una auto evaluación para el cumplimiento de las condiciones exigidas para la habilitación. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar los ajustes necesarios⁶².

ARTICULO 10. Para el alcance de esta norma, es claro que el Estado define los entes que se encargarán de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.

ARTICULO 11.

ARTICULO 12. En lo relativo a las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los Requisitos Esenciales establecidos por el Ministerio de 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. Para lograr esto, según este Decreto se deberá contar con un equipo humano, de carácter interdisciplinario que será responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la

ARTICULO 13. verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos contenidos en el Manual de Procedimientos para la Habilitación que expedirá el Ministerio de Salud para tal efecto⁶³.

ARTICULO 14.

El Artículo 37, trata sobre los niveles de operación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditoria para el mejoramiento de la

⁶² Ibid., Artículo 15.

⁶³ Ibid., Artículo 25 de Equipos de verificación.

calidad de los servicios de salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

- Autocontrol
- Auditoria interna y
- Auditoria externa.

En el Artículo 38, se relaciona lo del tipo de acciones. El modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- Acciones preventivas
- Acciones de seguimiento y
- Acciones coyunturales.

Para los siguientes artículos, se relacionan solo los temas de los que trata cada uno de ellos:

- Artículo 39. Énfasis de la auditoria según tipos de entidad.
- Artículo 40. . Procesos de auditoria en las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.
- Artículo 41. Procesos de auditoria en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.
- Artículo 42. Procesos de auditoria en las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Artículo 43. Procesos de auditoria externa de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada sobre los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales.
- Artículo 44. Implantación.
- Artículo 45. Vigilancia, inspección y control.
- Artículo 46. Del Sistema Único de Acreditación.
- Artículo 47. Principios.
- Artículo 48. De la entidad acreditadora.
- Artículo 49. Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
- Artículo 50. Vigilancia, inspección y control.
- Artículo 51. Del Sistema de Información para la Calidad.
- Artículo 52. Transición, y,

- Artículo 53. Vigencia y derogatorias.

5.3.1.5 Resolución 1439 del 1 de noviembre de 2002. Con esta Resolución, el Ministerio de Salud adopta los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

Un resumen de artículos establecidos en esta norma, se describen a continuación:

- Artículo 1. Se adopta el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y el Formulario de Reporte de Novedades, el

Manual de Estándares que establece las Condiciones Tecnológicas y Científicas para la Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales y el Manual de Procedimientos para la Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud⁶⁴.

- **Artículo 2. La formulación de estándares está orientada por los principios de fiabilidad, esencialidad y sencillez.**

- **Artículo 3. El conjunto de estándares, serán revisados cada tres (3) años.**

- Artículo 4. La solicitud de la adopción de estándares propuestos por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deberá ser presentada al Ministerio de Salud mediante oficio del jefe de la entidad y cumplir con los requisitos establecidos.

- Artículo 5. Se plantean las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera para una Institución Prestadora de Servicios de Salud:

- **Artículo 6. Deroga las Resoluciones 0320 y 4252 de 1.997, los artículo 3, 9, 7, 10 y el anexo técnico de la resolución 2927 de 1.998, 0238 de 1999, los artículos 3, 4, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 21 de la Resolución 0196 de 2.002, y las demás disposiciones que le sean contrarias⁶⁵.**

⁶⁴ Resolución número 1439 del 1 noviembre de 2002, Ministerio de Salud, Bogotá, 2002, versión virtual, sin paginar.

⁶⁵ Ibid.

5.3.1.6 Circular Externa 015 del 4 de Abril de 2003 . Las últimas precisiones relacionadas con el Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002, están contenidas en la Circular, la cual hace aclaración de algunos aspectos relacionados con la aplicación del Decreto 2309 y la Resolución 1439 de 2002.

Tenemos:

- Precisiones e Instrucciones de Aspectos Generales del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, Así : Para efectos del cumplimiento y verificación de las condiciones de habilitación, solo se tendrá en cuenta la Resolución 1439 y las normas que la modifiquen. La inscripción en el Registro Especial de Prestadores es gratuita. El instrumento de Verificación se guiará con base a la Resolución 1439 de 2002. El prestador que declare un servicio será el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al mismo.⁶⁶

Los servicios específicos como:

- Promoción y Prevención, no se les define requisitos específicos, solo se registran de acuerdo a la modalidad de servicio que ofrezcan.
- Salud Ocupacional, por hacer parte de un régimen diferente como es el de Riesgos Profesionales, no hace parte del sistema de habilitación.
- Cuidados Domiciliarios, hay requisitos definidos que serían los mismos de atención domiciliaria, solo no aplica lo de instalaciones físicas temporales.
- Servicios de Infertilidad, se registrarán bajo los servicios específicos respectivos igual que los servicios de promoción y prevención.
- Bancos de Sangre por ser considerados proveedores de insumos para Salud y no de servicios de Salud, se pasó al control de insumos para la Salud, que está a cargo del INVIMA, y,
- Medicinas Alternativas, Son otras modalidades del ejercicio de la medicina por lo que se debe registrar en consulta de medicina general⁶⁷.

⁶⁶ Circular Externa 015 del 4 de Abril de 2003, Ministerio de Protección Social, versión magnética, Bogotá, 2003, sin paginar.

⁶⁷ Ibid.

- Precisiones e Instrucciones Sobre Condiciones De Suficiencia Patrimonial y Financiera Del Sistema De Habilitación: Se adoptan para facilitar la interpretación y aplicación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera las definiciones de:
- Obligaciones Mercantiles, y,
- Obligaciones Laborales.⁶⁸
- Precisiones e Instrucciones sobre Condiciones Tecnológicas Y Científicas del Sistema de Habilitación: en lo referente al Estándar de Recursos Humanos, acepta como válido el entrenamiento impartido por las instituciones de salud mediante programas de educación continuada, con certificación expedida por la misma institución.

En los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad la monitorización permanente del paciente la puede realizar un médico general, pero la responsabilidad del paciente es del especialista tratante, cuando se trate de un servicio especializado. Se adoptan definiciones para facilitar la interpretación del estándar de Recurso Humano tales como:

- Permanencia o presencialidad : Estancia constante en un mismo servicio.
- Disponibilidad . Personal que no está en servicio activo permanente, pero debe responder cuando se solicita.
- Exclusividad, No puede ser compartido con otros servicios.⁶⁹
- Estándar de Procesos y Procedimientos: En cada institución se establecerá la metodología, el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios.
- Estándar de Instalaciones Físicas: Definen la obligación de desarrollar un manual de bioseguridad, de acuerdo con los riesgos, condiciones y características de cada institución. Donde no se pueda reemplazar los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán recubrirse, con enchape o material impermeable, sólidos, de superficie lisa resistentes a factores ambientales⁷⁰.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

- Estándar de Equipos Y Mantenimiento: Los contenidos del equipo de Reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de Salud, teniendo en cuenta los servicios ofrecidos. En optometría no se requiere oftalmoscopio indirecto. En el estándar de citopatología, si solo se realizan citopatologías, solo se requerirá microscopio binocular y batería para coloración.

- Estándar de Historias Clínicas y Registros: Establece la obligatoriedad de definir procedimientos para utilizar una historia clínica única institucional. No restringe el uso de medio magnético para su archivo pero sí exige se garantice la confidencialidad.

- Estándar de Interdependencia de Servicios, Establece como obligatoria la disponibilidad de los servicios complementarios, independiente de la propiedad o de la forma de contratación del mismo⁷¹.

5.3.1.7 Resolución 486 del 4 de Abril de 2003. La Resolución 1439 del 1° de Noviembre de 2002 ha presentado modificaciones precisamente porque las exigencias continuaban siendo altas y ninguna entidad estaba en capacidad de darle el cien por ciento de cumplimiento, es así que mediante esta Resolución, se modifica parcialmente la resolución 1439 del 1° de Noviembre de 2002.

Dentro de los cambios realizados se tienen:

Artículo 1° Relacionado con la inscripción en el registro especial de prestadores de Servicios de Salud, establecida en el artículo 16 del decreto 2309 de 2003, que se refiere a la presentación del programa financiero presentado por el representante legal, donde se compromete a destinar y ejecutar un monto de recursos para el cumplimiento de estándares tecnológicos y científicos; le adicionan la exigencia de soportes de los estándares tecnológicos y científicos no cumplidos, el monto financiero y tiempo necesario para alcanzarlo, el programa financiero para entidades públicas.⁷²

También modifican mediante el Artículo 2° algunos estándares que hacen parte del anexo técnico 1, “Manual de estándares de las condiciones Tecnológicas y Científicas del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud”, en los numerales:

⁷¹ Idem.

⁷² Resolución 486 del 4 de Abril de 2003, Ministerio de Protección Social, versión magnética, sin paginar.

- Numeral 1. Estándares de recursos humanos aplicables al servicio de radiología e imágenes diagnósticas de baja complejidad.
- Numeral 2. Modifica el estándar de recurso humano para el servicio farmacéutico de baja complejidad.
- El numeral 4, modifica el segundo inciso del estándar de infraestructura- instalaciones físicas – mantenimiento, aplicable a consulta externa.
- El numeral 5, modifica el estándar de Infraestructura - Instalaciones Físicas – Adicionando lo correspondiente a Mantenimiento, aplicable para consulta externa de odontología.
- El numeral 6, modifica eliminando al estándar de infraestructura - Instalaciones Físicas - mantenimiento, aplicable a servicios quirúrgicos y a servicios obstétricos en el ítem relacionado con puertas.
- El numeral 9, modifica el criterio 4, del estándar de Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento, en cuanto a pisos, cielo rasos, techos, paredes y muros.
- El numeral 11, adiciona al estándar de dotación – mantenimiento para toma de muestras de laboratorios clínicos algunos elementos.
- El numeral 12, modifica, eliminando al estándar de dotación – mantenimiento aplicable al laboratorio clínico de baja complejidad algunos elementos.
- El numeral 17 modifica el criterio número 4 del estándar de insumos – gestión de insumos en lo referente a la autorización de rehúso de insumos, y,
- El numeral 18, modifica el estándar de seguimiento a riesgos en la prestación de servicios⁷³.

5.3.2 Marco Jurídico Actual

5.3.2.1 Constitución Política de Colombia de 1991. La Constitución que rige en la actualidad a Colombia es la de 1991, promulgada el 4 de julio del mismo año,

⁷³ Ibid.

expedida por la Asamblea Nacional Constituyente convocada en plebiscito del 9 de diciembre de 1990. Está integrada por un Preámbulo, 13 Títulos, 49 Capítulos y 380 Artículos.

En relación a la salud y la seguridad social, la Constitución Política de Colombia por ejemplo, en el título II de los Derechos, las garantías y los deberes, capítulo II de los Derechos Sociales Económicos y Culturales, en su artículo 48 establece que: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”⁷⁴.

- Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

5.3.2.2 Ley 10 del 10 de Enero de 1990 .Mediante esta Ley, el Estado asumió la obligación de garantizar la prestación de servicios de salud con Calidad, Oportunidad y Cobertura para toda la población, especialmente los sectores populares sin capacidad de pago, y en razón de esto se decretan los servicios de salud y saneamiento ambiental como servicios públicos. Con esta ley, se fortaleció la parte financiera y se quiso mejorar la calidad de vida de la población en cuanto a salud se refiere.

El capítulo I, artículo 1° inciso h ofrece: “Establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento”. El inciso i, hace referencia a “Expedir las normas técnicas para la construcción, remodelación, ampliación y dotación de la infraestructura de salud”⁷⁵.

El Artículo 9, inciso d. Consagra que entre las funciones de la Dirección Nacional de Salud se encuentran: Dictar normas que regulen la Calidad de los servicios y

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 10 del 10 de Enero de 1990, Diario Oficial nro. 35487, versión magnética, Bogotá, 1990 sin paginar.

control de los factores de riesgo, de obligatorio cumplimiento para las entidades e instituciones del sistema de salud.

El inciso f, del mismo artículo, hace referencia a la vigilancia y sanción por incumplimiento de las políticas y normas técnicas de calidad demostrada en las instituciones de salud.

5.3.2.3 Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Mediante esta ley se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Se debe entender el Sistema General de Seguridad Social en Salud como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que tienen como función esencial velar porque los habitantes del territorio nacional obtengan:

- El aseguramiento de sus riesgos en salud;
- El acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad, y
- Los beneficios de la promoción y protección de la salud pública. En el desarrollo de este servicio público deberán adelantarse actividades de fomento de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad .⁷⁶

De la cita precedente se deduce, que todos los habitantes del territorio nacional tienen el derecho de pertenecer y beneficiarse de este sistema de seguridad social integral, pues se afirma que “Forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, todas las personas y entidades públicas, privadas o de cualquier naturaleza, que adelanten actividades de aseguramiento de riesgos de salud, prestación de servicios de salud, y promoción y protección de la salud pública bajo cualquier modalidad, como también, en lo pertinente, entidades de otros sectores que realizan procesos y actividades similares a las descritas, o conexas con estas...”⁷⁷.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, existen dos clases de afiliados. Uno de estos son las personas afiliadas al Sistema mediante el régimen contributivo vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el Capítulo I del Título III de la presente Ley.⁷⁸

La otra clase de afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el SGSSS la población más pobre y vulnerable del país en las

⁷⁶ CONGRESO DE LA REPÚBLICA, LEY 100 de 23 de diciembre 1993, Artículo 1, Diario Oficial No. 41.148, Bogotá, 1993, versión magnética.

⁷⁷ Ibid., Artículo 1, parágrafo.

⁷⁸ Ibid., Artículo 157.

áreas rural y urbana, de las cuales tendrán particular importancia algunas comunidades de personas vulnerables.⁷⁹

Para garantizar el POS a sus afiliados, las EPS prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las IPS y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las EPS podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos...⁸⁰.

Luego de trece años de creada la Ley 100/93, se hace indispensable conocer si hay calidad en la prestación de servicios de salud en Colombia, según lo que se dispuso en su artículo 153, que trata sobre los Fundamentos del Servicio Público en donde además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del SGSSS las siguientes:

1. Equidad.
2. Obligatoriedad.
3. Protección integral.
4. Libre escogencia.
5. Autonomía de instituciones.
6. Descentralización administrativa.
7. Participación social.
8. Concertación, y,
9. Calidad: El sistema establecerá mecanismos de control de los servicios, para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y practica profesional.

Por su parte, la misma Ley en su artículo 227, establece el control y evaluación de la Calidad del servicio, y “faculta al Gobierno Nacional para expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, incluyendo la Auditoria Médica,...”. Se plantea de igual manera, que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, brindaran con Calidad, Oportunidad, Eficacia y Eficiencia, los servicios de salud ofrecidos a toda la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Colombia.

También determina unos mecanismos de control de calidad bajo la responsabilidad del Estado quien tiene la función y la responsabilidad de vigilar y controlar la oferta y la prestación de los Servicios de Salud, como también normar

⁷⁹ Ibid., Artículo 168.

⁸⁰ Ibid., Artículo 179.

y vigilar el control y evaluación de Calidad, reglamentar el Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad de la Atención Médica, Igualmente promover, desarrollar y reglamentar la auditoria de los servicios de salud, la auditoria de estándares o requisitos esenciales, la auditoria operativa, la auditoria epidemiológica, la auditoria de gestión, y la auditoria médica, entendida como la auditoria técnica científica de cada una de las disciplinas o profesionales, especialistas del equipo de salud⁸¹.

Es responsabilidad del Estado Colombiano según la Ley 100 /93, tanto normar y vigilar sobre la información pública en las IPS los servicios técnico científicos y procedimientos técnico administrativos, como también el derecho y el deber de formar asociaciones de usuarios, comités de participación comunitaria en salud.

De igual manera, con el desarrollo de esta ley, en el título II, capítulo I, artículo 178, inciso 6, se obliga a establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Más adelante, en el título II, capítulo II, artículo 186, se refiere al sistema de Acreditación así: “El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las IPS, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento”.

Finalmente, en el título IV, el artículo 227 que tiene por nombre “Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud” y contiene que: Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoria médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Con este artículo, se abren las puertas para el establecimiento de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, mientras que las características mismas del sistema establecido, a través de la competencia asegurada entre aseguradores y proveedores y la libre escogencia por parte de los usuarios dan por fin las bases para que se empiece a dar en el país el desarrollo del Sistema de Garantía de Calidad y de mejoramiento continuo en los servicios de salud.

Es concretamente mediante este artículo que se establecen mecanismos de control a los servicios, se dictan normas científicas para regular y para garantizar a

⁸¹ Ibid., Artículo 227.

los usuarios calidad en la atención, de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia y será de obligatorio cumplimiento por todas.

5.3.2.4 Ley 715 del 21 de diciembre de 2001 . La creación de esta Ley en su título III, capítulo 2, artículo 43.2.1 define e implanta la política de prestación de servicios de salud estableciendo normas para que se garantice la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad, en las instituciones prestadoras de servicio de salud.

En su artículo 42.10, por ejemplo, se define el sistema único de habilitación, el sistema de garantía de la calidad y el sistema único de acreditación de IPS. De igual manera, en el artículo 42.14 se define e implanta y evalúa la política de prestación de servicios de salud, establece normas para controlar la garantía de la calidad, mecanismos para libre elección de prestadores por parte de los usuarios⁸².

El artículo 42.15 establece el régimen para la habilitación de las instituciones prestadoras del servicio de salud en lo relativo a la construcción, remodelación y ampliación o creación de nuevos servicios de los ya existentes, atendiendo criterios de eficiencia, calidad y suficiencia.

El artículo 43.2.8, plantea que se vigilará el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las IPS.⁸³

Con el transcurrir de los años, muchos Prestadores de Servicios de Salud presentaron dificultades para lograr el cumplimiento de las exigencias del Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996, ya que no se logró lo propuesto, se fracasó en el intento y es así como se hicieron ajustes y a los seis (6) años fue derogado, con la expedición del Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

Este Decreto, define para la fecha, el nuevo Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en

⁸² Ley 715 del 21 de diciembre de 2001, versión magnética, Bogotá, 2001, sin paginar.

⁸³ Idem.

Salud mediante el cual se pretendía garantizar la mejor prestación de servicios de salud por parte de las instituciones prestadoras de servicios a los usuarios.

5.3.2.5 Decreto 1011 del 3 de abril de 2006. El desarrollo de sistemas de mejoramiento continuo en las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios debe empezar a mostrar un progreso importante en la medida en que el Ministerio de Protección Social le dé aplicación al Decreto 1011 de 2006 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS. Este Decreto, es la esperanza de quienes observan el comportamiento del sistema que rápidamente tiende a establecer sistemas de mejoramiento continuo en las instituciones del sector salud.

ARTICULO 15. Este decreto en su Artículo 1º, dispone que se debe aplicar a los Prestadores de Servicios de Salud, a las EPS, las ARS, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Por lo tanto, es igualmente aplicable al Hospital Local San José del Municipio de Puerto Rico, por ser esta una Institución prestadora de Servicios de Salud.

ARTICULO 16.

ARTICULO 17. El Artículo 3º de este mismo decreto, define la atención en salud como: “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población, un concepto integral de o que debe ser la Salud”⁸⁴.

ARTICULO 18. En el Artículo 4º igualmente, plantea lo que debe ser la calidad de la atención en salud, y la 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”.

ARTICULO 19. En el Artículo 5º, se habla del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y lo define como: “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”

ARTICULO 20. Este mismo Decreto, en el artículo 6º da a conocer las características que debe tener el Sistema, para evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, y las enuncia y define a continuación:

⁸⁴ Decreto 1011 del 3 de Abril del 2006, Ministerio de la Protección Social, Diario Oficial 46230, Bogotá, 2006, versión magnética.

- 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.
- 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.
- Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- 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 científico⁸⁵.

ARTICULO 21. Todo Sistema debe tener unos componentes es así como el artículo 7º, trata de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del SGSSS y los enuncian de la siguiente forma:

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

Todos estos componentes deberán ser desarrollados y aplicados a las entidades de salud descritas en el artículo primero y para su estricto cumplimiento, el estado describe unas directrices en el párrafo 1, donde define cómo se ajustarán periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

⁸⁵ Ibid., Artículo 6º.

En el mismo Decreto en el artículo 8º, también se hace referencia a la forma como el Ministerio de Salud desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, y prestará asistencia técnica a los integrantes del sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades.

En cuanto al tema de la habilitación, el Título III, del presente Decreto hace referencia al sistema de habilitación en su artículo 9º, definiéndolo como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se 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, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las EPS, las ARS, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

Con base a este Decreto se desarrolló el presente estudio, aplicando toda la normatividad referente al caso, en donde específicamente se describe y aplican todos los pasos sugeridos en el presente Título.

Para obtener la habilitación como prestadora de servicios de salud y los definidos como tales se tendrá que cumplir con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica, descritos en el artículo 10º del mismo Decreto y que son requisitos básicos de estructura y proceso que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud en cada uno de los servicios que ofertan.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilidadación para Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales serán los Requisitos Esenciales que establezca el Ministerio de Salud.

ARTICULO 22. Para la habilitación, el artículo 15, hace referencia a la forma como los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar una evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar los ajustes necesarios. Es esto lo que específicamente se desarrolló en este proyecto, con el fin de realizar un diagnóstico del estado en que se encuentra el Hospital objeto de estudio.⁸⁶

⁸⁶ Ibid., Artículo 15.

ARTICULO 23. Para el alcance de esta norma, es claro que el Estado define los entes que se encargarán de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.

ARTICULO 24.

ARTICULO 25. En lo relativo a las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los Requisitos Esenciales establecidos por el Ministerio de 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. Para lograr esto, según este Decreto se deberá contar con un equipo humano, de carácter interdisciplinario que será responsable de la

ARTICULO 26. administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos contenidos en el Manual de Procedimientos para la Habilitación que expedirá el Ministerio de Salud para tal efecto.⁸⁷

ARTICULO 27.

ARTICULO 28. La Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

- Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.⁸⁸.

En el mismo Decreto, se establece que las IPS deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados

⁸⁷ Ibid., Artículo 20 de Equipos de verificación.

⁸⁸ Ibid., Artículo 34 de Tipo de acciones

obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales⁸⁹.

ARTICULO 29. Para finalizar, en el mismo Decreto el artículo 37 que trata de los procesos de auditoria en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se establecen que estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

- 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 a que hace referencia.
- Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos.

5.3.2.6 Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 .En este documento, el Ministro de la Protección Social establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Esta Resolución está basada especialmente 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 2006.⁹⁰

Por considerarse de vital importancia para esta investigación, a continuación se hace una breve referencia de todos los artículos que componen esta Resolución.

- 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:

⁸⁹ Ibid., Artículo 35 de Énfasis de la auditoría según tipos de entidad, numeral dos.

⁹⁰ Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, Ministro de la Protección Social, versión magnética, Bogotá, 2006, sin paginar.

- 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.

- Suficiencia Patrimonial y Financiera: Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las IPS en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:
 - 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.
 - Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente.
 - Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. .
 - 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.

- De capacidad técnico-administrativa: Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:
 1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

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

- Artículo 2º.- Estándares De Las Condiciones Tecnológicas Y Científicas Para La Habilitación De Prestadores De Servicios De Salud: La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

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

- Artículo 3º.- Habilitación de los Convenios Docente Asistenciales: Las IPS - que suscriban convenios docente asistenciales, para habilitarse deberán cumplir lo definido en el Acuerdo 0003 de 2003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos o las normas que lo adicione, modifique o sustituya.

- Artículo 4º.-Estándares 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 servicios de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución.

- Artículo 6º.- Adopción De Distintivos Para Servicios Habilitados: Con el propósito de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios... el Ministerio de la Protección Social adopta el distintivo de habilitación, cuyas características se encuentran contenidas en el Anexo Técnico No. 2 “Manual Único de Procedimientos de Habilitación”, que hace parte integral de la presente Resolución. ”

- Artículo 7º.- Reporte De Novedades. Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud los que hacen referencia el artículo 5 de la presente Resolución.

- 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.

- Artículo 9º.- Plan De Visitas. Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico N° 2, que hace parte de la presente Resolución, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia.

- Artículo 10º.- Inscripción. Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente Resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

- 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.

Las características y contenido del anexo técnico N°. 1 de la Resolución 1043 de abril 3 de 2006 aplicado a esta investigación se encuentra ubicado en el anexo G)

5.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

Teniendo en cuenta que las hipótesis son tentativas de explicación de los hechos y fenómenos a estudiar que se formulan en una investigación, mediante suposiciones o conjeturas de los hechos antes de la realización del trabajo de campo, es decir, de la recolección de la información y análisis de los resultados, para el proyecto de investigación en estudio se establecieron las siguientes hipótesis:

- Hipótesis 1: El Hospital Local San José del municipio de Puerto Rico, Departamento del Caquetá, no logra cumplir al 100% con todos los requerimientos y estándares solicitados de acuerdo a las variables objeto de estudio y lo establecido como regla dentro del Anexo Técnico número 1 de la Resolución 1043 de 2006, para la atención en salud del primer nivel.

- Hipótesis 2: Las áreas sobre las cuales se realizaron análisis (hospitalización, urgencias y sala de partos), alcanzan un porcentaje de cumplimiento de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico número 1 de la Resolución 1043 de 2006, superior al 50% de los requerimientos y estándares solicitados.

- Hipótesis 3: De las áreas seleccionadas y analizadas dentro del Hospital Local San José de Puerto Rico en esta investigación, la que puede presentar mayores deficiencias en cuanto a su no cumplimiento, es la del área de urgencias debido a la carencia que a simple vista se presenta de muchos de los equipos y materiales necesarios para que se pueda prestar un buen servicio de urgencias, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico número 1 de la Resolución 1043 de 2006.

- Hipótesis 4: Dentro del Hospital Local San José de Puerto Rico y las áreas seleccionadas para el análisis de esta investigación, la que puede presentar un mayor porcentaje de cumplimiento debido a la cantidad de equipos y suministros con que cuenta, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico número 1 de la Resolución 1043 de 2006, es la sala de partos.

- Hipótesis 5: Los resultados generales de esta investigación, indican que el análisis y valoración propuesto para el Hospital Local San José de Puerto Rico,

ubican a esta institución dentro de la valoración o porcentaje promedio que a nivel general se presenta o determina para los hospitales del primer nivel de atención en salud.

Por su parte, una variable es una característica o cualidad de la realidad del problema que es susceptible de asumir diferentes valores o resultados. La función de una variable de estudio en una investigación como la aquí propuesta, consiste en establecer una forma para clasificar la información, con el fin de tener una idea clara de las mediciones que se efectuarán.

De acuerdo a lo establecido en el estudio de esta investigación, al marco general, teórico y a los objetivos diseñados, se hace necesario establecer las siguientes variables dependientes e independientes:

Cuadro 2: Variables dependientes e independientes

VARIABLE	ESPECIFICACIÓN
Variables Dependientes:	Área de Hospitalización, Sala de Partos Área de Urgencias del Hospital Local San José, del Municipio de Puerto Rico.
Variables Independientes (Estándares de calidad para IPS):	Recurso Humano, Infraestructura, Dotación, Insumos, Procesos Prioritarios Asistenciales, Historia Clínica y Registros Asistenciales, Interdependencia de Servicios, Referencia de Pacientes Seguimiento a Riesgos.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se abordó bajo los parámetros del enfoque Cuantitativo, “el cual parte de la realidad, la analiza desde el punto de vista de lo que se puede observar y medir, y explica numéricamente las relaciones que se dan entre los objetos y los fenómenos, los cuales son sometidos a los criterios de validez y confiabilidad”⁹¹.

El enfoque cuantitativo permitió establecer las realidades que rodean las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación en las áreas de hospitalización, sala de partos y urgencias del Hospital Local San José del Municipio de Puerto Rico – Caquetá, para luego realizar el respectivo análisis de esta realidad, se cuantifica y se representa de una manera sistemática.

Este enfoque se relaciona con el problema de investigación, en el sentido de hacer gráfica o medible una realidad que inicialmente es propia o que rodea al ser humano, con lo cual se puede pensar que es inherente solo al enfoque cualitativo, pero los resultados que de ella se obtienen ilustran desde otro punto de vista (número) la realidad y con ello, se tienen herramientas para interactuar y analizar la situación.

En resumen, las investigaciones cuantitativas como esta, parten de la realidad, analizan esta realidad desde el punto de vista de lo que se puede observar y medir, y explican numéricamente las relaciones que se dan entre los objetos y los fenómenos, los cuales son sometidos a los criterios de validez y confiabilidad, así como también a un estudio de resultados estadísticos y técnico, todo lo anterior partiendo de una comprensión de sentido de la acción humana⁹².

Por su parte, el tipo de investigación o estudio que se aplicó fue el descriptivo – analítico. Es descriptivo por ser una investigación inicial y preparatoria que se realizó para recoger [datos](#) y sirvió para describir diversas pautas de comportamientos en este caso, en el Hospital Local San José, especialmente en lo relacionado con el cumplimiento de estándares que establecen las condiciones

⁹¹ COMTE, J. Métodos de Investigación Cuantitativa, 2ª edición, Ed, Mac Graw Hill, 1997, México, 189 p.

⁹² Ibid., pág. 190

de Capacidad Tecnológica y científica para la Habilitación en los servicios de hospitalización, sala de partos y urgencias del Hospital Local San José.

La investigación descriptiva: Se refiere al trabajo científico que permite ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las [características](#), los factores, los [procedimientos](#) y otras [variables](#) de fenómenos y hechos⁹³.

La investigación analítica: Es un [procedimiento](#) más complejo con respecto a investigación descriptiva, que consiste fundamentalmente en establecer la comparación de variables entre [grupos](#) de estudio y el [control](#) sin aplicar o manipular las variables, estudiando estas según se dan naturalmente en los [grupos](#)⁹⁴.

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Para la realización del presente trabajo se tomó como universo a todas las áreas del Hospital Local san José del municipio de Puerto Rico – Caquetá, institución de bajo nivel de complejidad.

La población objeto de estudio, la constituyen cada uno de los servicios de atención del hospital.

La muestra poblacional, está representada entonces específicamente por el servicio de Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias, con sus servicios inherentes, donde se realizó el presente análisis de las condiciones tecnológicas y científicas para su habilitación (ver imágenes de las características físicas de estas áreas y del Hospital San José en el anexo C).

6.3 DESCRIPCION DEL PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Teniendo en cuenta que para identificar una calidad presuntiva de la atención se deben determinar los aspectos relacionados con la racionalidad lógico - científica, una de las cualidades de la atención de la salud, es necesario aplicar un método de recolección descriptiva de cómo se encuentra el servicio de salud, que para

⁹³ HERNÁNDEZ De Canales, Francisca, Elia Beatriz Pineda, Eva Luz de Alvarado, "Metodología de la investigación", Washington D.C., O.P.S., 1994, 225 p.

⁹⁴ Ibid., pág. 226.

este caso es el servicio de Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias del Hospital Local San José de Puerto Rico.

Esta descripción puede lograrse, mediante la observación directa del área o áreas objeto de estudio, pues es una herramienta importante en la búsqueda de establecer relaciones de diferentes eventos para lograr explicaciones.

La forma más viable de evaluar la calidad de la atención es teniendo como parámetro el cumplimiento de las Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica. Esto se logró, adelantando un estudio que recogió la información en forma directa e indirecta a los procedimientos de atención en salud del área de Hospitalización y consignarlos en cuestionarios e instructivos con preguntas abiertas, observando y solicitando documentaciones; además, para su complementación se realizaron algunas entrevistas a los diferentes actores que intervienen en el normal funcionamiento del Hospital Local San José, para posteriormente procesarlos en una base de datos, graficarlos en barras y realizarle su respectivo análisis donde quedaron plasmadas las deficiencias con base en las cuales se sugiere y recomienda la implementación de estrategias para mejoramiento de la calidad y lograr la habilitación de cada servicio.

Como instrumento se utilizó el manual de estándares y de procedimientos emanado por el Ministerio de la Protección Social mediante la Resolución N° 1043 del 2006, instrumento de verificación del cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica para la habilitación de prestadores de servicios de salud. Se utilizó el respectivo instructivo para determinados servicios de una IPS (Área de Hospitalización, Sala de partos y Urgencias).

Estos instructivos contienen la definición del estándar, los criterios que orientan la verificación del estándar y los detalles por servicios que establecen las condiciones particulares en cada caso. Como respuesta a los criterios establecidos se utilizaron letras, a saber:

- “C”, para indicar cuando el criterio se cumple en su totalidad,
- “NC”, cuando todo el criterio o parte de él se incumple,
- “NA”, cuando el criterio establecido no es aplicable a ese prestador en particular.

Existe otra columna la cual por circunstancias de espacio no se dejó visible en los anexos, la cual corresponde a “Observaciones”, utilizada cuando se realizó la auto evaluación y que también puede ser utilizada por la entidad territorial de salud al

momento de realizar la visita de verificación, y se deberá diligenciar cuando se ha dado como respuesta en las columnas anteriores las letras: “NC” ó “NA”. El objetivo será describir que ocasionó el no cumplimiento del estándar.

A continuación se describen los estándares que son verificables en un hospital de baja complejidad, que es el motivo de estudio, tal es el caso del Hospital Local San José. Se dejan como anexo G al final de este trabajo, los formatos utilizados como instrumento.

- **NOMBRE** : **CONDICIONES BÁSICAS PARA UNA IPS**
CATEGORIA : **INSTITUCIONAL**
COMPLEJIDAD : **BAJA**

6.3.1 Recursos Humanos. 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.

Criterios:

- Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.
- Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.
- El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.
- Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.
- El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de

acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.

- Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
- El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.
- Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.
- Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radio protección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.
- Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.
- Para hospitalización psiquiátrica, no aplican los estándares de hospitalización.

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

Criterios:

- Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.

- La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.
- La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.
- Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.
- En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas.
- En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.
- En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.
- Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.
- La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto

2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

- La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.
- Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad
- de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.
- La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.
- Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortó punzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.
- En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.

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

Criterios:

- Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.
- Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.

- Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.
- El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.
- Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.
- En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.

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

Criterios:

- La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos,

incluidos los de uso odontológico y en general los insumos que utilice la institución.

- Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de fármaco vigilancia y tecnovigilancia.
- Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general

los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.

- Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se rehúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.
- Las tomas de muestras deben tener los soportes de los pedidos y kardex, donde existen todos los dispositivos médicos de la toma de muestras. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.
- Tiene un proceso de adquisición de dispositivos médicos definido y documentado. Los insumos y reactivos se encuentran almacenados bajo las condiciones de temperatura adecuada según el fabricante. Tiene un sistema de kardex. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA.

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

Criterios:

- Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.
- La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.
- Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.
- Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.
- La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.
- Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.
- Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan,
- Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.

- Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio.
- La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
- Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.
- La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.
- La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.
- Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes. 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.
- Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.

- Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.
- Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radio protección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.

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

Criterios:

- Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
- Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.
- El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.
- Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.
- Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
- En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los

programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.

- Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.
- Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.

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

Criterios:

- Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad cuenta con:
 - - o Laboratorio clínico.
 - o Servicio farmacéutico.
 - o Ambulancia.
 - o Radiología.
 - o Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).
- Si presta servicio de hospitalización pediátrica (excepto cuando es una institución acreditada por la OPS como amiga de la mujer y de la infancia), cuenta con lactario, a menos que la preparación de teteros esté contratada por fuera de la institución.
- Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio.
- Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.
- Los servicios de esterilización, lactario y servicio farmacéutico, pueden pertenecer a la IPS o ser externos y contratados por la IPS, quien responderá por el buen funcionamiento de los mismos.

- Cuenta con servicio de laboratorio clínico o demuestra el apoyo de los exámenes de laboratorio clínico necesarios para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida.
- Cuenta con servicio farmacéutico de baja complejidad o demuestra el apoyo de suministro de medicamentos necesario para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida.
- Si el apoyo es con un servicio independiente, los medicamentos en el carro de paro y los necesarios para la reanimación de pacientes y los insumos y material médico quirúrgico para la operación de rutina del servicio se encuentran en las instalaciones del servicio y su gestión se encuentra bajo responsabilidad del prestador.
- Cuenta con servicio de esterilización dependiente o independiente, dentro o fuera de las instalaciones del prestador.
- Cuenta con sistema de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia.

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

Criterios:

- Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.
- Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:
 - Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución.
 - Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros).
 - Disponibilidad de medios de transporte.
 - Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.
- Sistemas de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal.

- Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:
 - Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución.
 - Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia.
 - La disponibilidad de los medios de transporte.
 - Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes

- Para las áreas dependientes de urgencias, el diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:
 - Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución.
 - Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia.
 - La disponibilidad de los medios de transporte.
 - Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.

Para las áreas dependientes de consulta externa:

- La definición previa de la institución donde remitirán al paciente en caso de tratarse de urgencias, de complicaciones en el procedimiento y o de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución.
- Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución.
- Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia.
Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.

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

Criterios.

- Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:
 - o La ficha técnica del indicador
 - o La estandarización de las fuentes.
 - o La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.
- Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

6.3.10. Estándares de habilitación de los servicios de traslado asistencial básico (tab.) y traslado asistencial medical izado (tam) - ambulancia terrestre

Criterios:

Variedad de ítems relacionados con partes o secciones del vehículo tales como:

- Carrocería
- Luces exteriores
- Condiciones generales del interior del vehículo
- Seguridad
- Sistema sonoro y de comunicaciones
- Dotación ambulancia traslado asistencial básico
- Insumos.

6.4 TRABAJO DE CAMPO

La información se recogió mediante el instructivo emanado del Ministerio de la Protección Social, anexo técnico No. 1 de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, por medio del cual se realizó una evaluación a determinados servicios del Hospital (Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias) con el fin de determinar el grado de cumplimiento del Decreto 1011 de 2006, en lo referente al Sistema Único de Habilidadación.

Este instrumento tiene una ficha que contiene nueve estándares con sus respectivos criterios, los cuales se aplicaron a toda la institución y se denomina “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”. De igual manera se aplicarán fichas específicas para cada uno de los servicios asistenciales ofrecidos por el prestador haciendo énfasis en los de mayor trascendencia en la institución como el servicio de Hospitalización, Sala de Partos y urgencias. Esta aplicación se realizó durante los meses de Julio y agosto de 2006, en dos fases, así:

- **Primera fase:** Se llevó a cabo una entrevista y se hizo la presentación del tema del proyecto al Director de la Institución, se le explicó en que consistía el trabajo, la metodología a desarrollar, actividades a realizar y se le solicitó

mediante oficio la respectiva autorización para tener acceso a la información requerida. Una vez aceptada la solicitud, los primeros documentos solicitados en el mes de Julio, fueron el formulario de inscripción en el registro especial de Prestadores de Servicios de Salud ante el Instituto Departamental de Salud, el Portafolio de Servicios, Listado de Contratos vigentes con ARS, EPS, el Manual de Funciones y el Organigrama del Hospital Local. Posteriormente se visitó cada una de las áreas del Hospital objeto de estudio, tales como área de hospitalización, Sala de Partos, oficina de archivos de Historias Clínicas, Laboratorio Clínico, Radiología, Esterilización y el servicio de Urgencias.

- **Segunda Fase:** Se inició la aplicación de los instrumentos durante el mes de Julio en las áreas hospitalarias requiriendo de la participación de los diferentes Profesionales para la recolección de esta información (Médico, Enfermeras Jefes, Auxiliares de Enfermería, Bacteriólogas, Auxiliares de Laboratorio, Tecnólogo de rayos X, Funcionarios Administrativos y Usuarios de los servicios de la Institución).

Como otras herramientas de recolección de la información complementaria, se emplearon además de las mencionadas en los párrafos anteriores, las siguientes:

- **La encuesta:** Es un instrumento de investigación de los hechos en distintas áreas del conocimiento en donde está incluida por su puesto la Seguridad Social y los servicios relacionados con la salud, la encuesta es la consulta tipificada de personas, características o servicios elegidos de forma estadística y realizada con ayuda de un cuestionario, formato, guía o manual⁹⁵.

⁹⁵ BASTOS, Antonio., Investigación Educativa, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Bogotá D.C., Editorial Indo- American Press Service, 1998, pág. 102

Las preguntas que se llevan a cabo en una encuesta pueden ser de varios tipos: abiertas (donde se puede responder con unas líneas o frases); cerradas (sólo se puede responder con un 'sí' o un 'no'); en abanico o de elección múltiple (donde se podrá elegir entre varias respuestas), y de estimación o evaluación (las preguntas presentan grados diferentes de intensidad). Su ejecución se hizo vía directa⁹⁶.

- **La entrevista:** Es una conversación que tiene como finalidad la obtención de información. Hay muy diversos tipos de entrevistas: laborales (para informarse y valorar al candidato a un puesto de trabajo), de investigación (realizar un determinado estudio), informativas (reproducir opiniones) y de personalidad (retratar o analizar psicológicamente a un individuo), entre otras. En una entrevista intervienen el entrevistador y el entrevistado. El primero, además de tomar la iniciativa de la conversación, plantea mediante preguntas específicas cada tema de su interés y decide en qué momento el tema ha cumplido sus objetivos. El entrevistado brinda información de sí mismo, su experiencia o tema en cuestión⁹⁷.

- **Diarios de campo:** Con el objetivo de llevar un minucioso registro de todas las actividades que se debieron realizar para presentar una investigación óptima y digna de ser presentada a este centro universitario y en especial los facultativos y docentes de la Facultad de Salud.

El diario de campo se utilizó como una herramienta, un observador permanente para no olvidar los principales detalles durante el proceso de los talleres realizados, para lo cual se utilizó un bloc de notas en donde se apuntó todos los detalles observados. El formato de diario de campo adaptado para ser empleado en este proyecto, se encuentra en el anexo F.

- **Observación directa:** Es una técnica imprescindible en cualquier investigación, que consiste en apreciar o percibir con atención ciertos aspectos de la realidad inmediata (hechos y acontecimientos) a través de todos los sentidos. La observación directa de algunos aspectos de la sociedad tiene una larga historia en la investigación. Los investigadores obtienen información a través de la observación participante, es decir, formando parte del grupo estudiado o confiando en informantes seleccionados del grupo⁹⁸.

En los últimos años la observación directa se ha aplicado a escenarios más pequeños, como clínicas y hospitales, reuniones religiosas y políticas, bares, casinos y aulas. La base de la realidad social es la vida cotidiana y no las abstracciones estadísticas o conceptuales.

⁹⁶ Encarta, Biblioteca de Consulta virtual, versión 2005. Microsoft Corporation.

⁹⁷ GUTIERREZ, Hugo. (1991), Los elementos de la investigación. Ed. El Buho, Santafé de Bogota, pág 199.

⁹⁸ Encarta, Biblioteca de Consulta virtual, versión 2005. Microsoft Corporation.

- **Análisis documental:** Este tipo de instrumento o herramienta para la recolección de la información, significó la posibilidad de conocer varios textos, documentos, normatividad y legislación al respecto, así como otros materiales impresos y visuales sobre el tema en cuestión, de igual manera, representó la posibilidad de conocer y entender lo que expresan algunos autores sobre el tema en cuestión.

El plan de acciones generales fue diseñado para ser trabajado en un período de más de cinco meses, de los cuales dos meses pertenecen a su etapa de trabajo de campo, es decir, una vez fue aprobado el tema y la metodología a tratar, lo que implica que su duración dependió básicamente de quien realiza la investigación por su interés en lograr unos conocimientos que le permitieron desarrollar un trabajo con calidad. La fecha de iniciación de actividades de campo corresponde a la primera semana del mes de julio y se terminó la tercera semana de agosto del 2006. Se estimó el siguiente cronograma, para tener claros los procedimientos que se llevaron a cabo.

7. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Cabe anotar que el procesamiento de toda esta información se realizó en la base de datos informática del programa Microsoft Word, adaptado al presente estudio, para la presentación de resultados y plan de análisis.

En el programa de Microsoft – Word, se plasmaron todas las respuestas obtenidas en el trabajo de campo incluyendo resultados, observación y ampliación de los mismos, posteriormente se le dio un porcentaje a los ítems de cada servicio evaluado y perteneciente al nivel bajo de complejidad, que cumplieron, no cumplieron, que no aplicó o no se verificó; para así llevarlos al programa Excel y graficar los resultados obtenidos, tanto en diagramas de barras como en pastel.

Una vez establecida la muestra y realizado el trabajo de campo, se llevo a cabo la sistematización de los resultados de Anexo Técnico N°. 1 de la Resolución 1043 de 2006, los cuales fueron digitados y procesados con el software Epi Info versión 3.2.2 de Febrero de 2005. Estos resultados fueron luego trasladados a una hoja de cálculo de Excell y debidamente graficados.

Desde las estrategias de comunicación utilizadas, se realizaron de igual manera:

- Algunas entrevistas a personal antiguo para averiguar antecedentes históricos del hospital y datos más relevantes desde su creación,
- Se realizaron exhaustivas observaciones directas a todas las áreas que dentro del Hospital se convirtieron en objeto de estudio,
- Se consultaron archivos del Hospital,
- Se consultaron normas del Ministerio de Salud y actual Ministerio de la Protección Social, que reglamentan todo lo concerniente al sistema,
- Se realizaron consultas vía Internet sobre diferentes artículos referentes al tema de calidad en salud,
- Se consultó en bibliotecas a nivel departamental diferente bibliografía disponible y relacionada con el tema.

8. DISCUSIÓN

8.1 DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN

El análisis se realizó mediante la comparación de los estándares de calidad deseados contra la calidad encontrada, ajustada a la normatividad de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios vigentes como el Decreto 1011 de 2006 y Resolución 1043 del 3 e abril de 2006.

Se verificó el cumplimiento de los estándares en las áreas de estudio, y los resultados fueron los siguientes:

8.2 ÁREA INSTITUCIONAL, CONDICIONES BÁSICAS PARA UNA IPS COMPLEJIDAD BAJA

8.2.1 Recurso humano. Cumple con un total del 56.42 %, no cumple con un total del 30.38 % y no aplica el 13.02 % de los requisitos exigidos.

- No cumple porque el técnico de radiología, ni la auxiliar de laboratorio clínico cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.
- Para el proceso de selección de personal descuidan la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.
- No se cuenta con carné de radio protección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.
- Para el servicio de esterilización no existe instrumentador o enfermera profesional o auxiliar en enfermería capacitada.
- Para el servicio de lactario de baja complejidad este no existe y no cuenta con auxiliar en enfermería con entrenamiento específico en el área.
- Para el área de radiología, no está certificado el técnico en Radiología y no se cuenta con la supervisión por especialista en Radiología, no se llevan a cabo adecuadamente las acciones sobre radio protección
- El servicio de ambulancia no cuenta con una auxiliar en enfermería o de urgencias

médicas o tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria, en cualquier caso, con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas. El conductor no cuenta con capacitación en primeros auxilios de mínimo 40 horas.

8.2.2 Infraestructura e instalaciones físicas y su mantenimiento: Cumple con el 38.4 %, no cumple con el 57.6 % y no aplica el 3.84 %.

- No cumple por que hay déficit en el suministro de agua el cual se ve interrumpido cuando se hace el lavado respetivo de los tanques de almacenamiento. Por otra parte, La planta eléctrica no cuenta con sistema automático para su funcionamiento en caso de ausencia del fluido eléctrico, poniendo en riesgo la vida de un paciente ante una urgencia vital. El sistema de comunicación no cuenta con un sistema de energía emergente ante ausencia del fluido eléctrico. No existe un sistema para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos.
- En sala de parto y esterilización, no se cumple con los criterios exigidos porque los cielos rasos y techos, no son impermeables y no están separados con barreras físicas.
- En la institución no existen mecanismos de aseo, tales como pocetas y no se garantiza el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios.
- No existe un área específica que funcione como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzante.
- La institución no cuenta con un depósito de cadáveres con buena ventilación.
- En el servicio de hospitalización y urgencias no se garantizan 24 horas de servicio de agua por que los tanques de almacenamiento son insuficientes y durante la operación de limpieza y desinfección se interrumpe el suministro de agua. No se cuanta con un área para el uso técnico de los elementos de aseo. Los baños no cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos y no disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.
- En hospitalización pediátrica no se cuenta con espacio acondicionado para bañar y vestir a los niños. Las ventanas no tienen sistemas de seguridad para los niños.
- En los servicios obstétricos no se cuenta con área de adaptación neonatal. Las puertas de las salas de parto no tienen visor y el ancho no cumple con las

dimensiones exigidas. No existe zona semi - aséptica. El área de trabajo de parto no posee unidad sanitaria. No se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en el área de parto y sala de partos. No cuenta con área de aseo ni cuenta con la señalización para el acceso restringido.

- Para esterilización no existe área física exclusiva ni de circulación restringida. No posee áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril. No cuenta con unidad sanitaria y área de aseo.
- En el servicio de urgencias no se cumple con los criterios ya que no se dispone de áreas exclusivas para ofrecer los servicios debido a que todas funcionan en una misma área.
- En radiología, las áreas en las que funcionan los equipos emisores no corresponden en un 100% a las especificaciones vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico u odontológico expedida por la dirección territorial competente.
- En el área de toma de muestras del laboratorio clínico, no se cumple con los criterios debido a que no cuenta con área de aseo y sanitarios.
- Para sala de reanimación de urgencias no existe un área física exclusiva.
- Para sala general de procedimientos menores igualmente no existe un área física exclusiva.

8.2.3 Dotación y su mantenimiento: Cumple en 59.94 % y no cumple con el 39.96 % de los requerimientos.

- No cumple por que en la institución no se realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos. No se cumple con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad. No se lleva adecuadamente una hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. El mantenimiento de los equipos biomédicos no se realiza por profesional idóneo.
- El equipo de reanimación de urgencias no cumple con los contenidos mínimos exigidos.
- En hospitalización el equipo de reanimación no cuenta con los contenidos mínimos exigidos.
- En el área de esterilización no existen equipos adecuados para la misma.

- En urgencias, en el área de consulta médica no existen Camilla con estribos, no hay equipo de órganos de los sentidos en buen estado, no existe balanza pesa bebé, no hay instrumental gineco-obstétrico disponible, no existe material de inmovilización para adulto y pediátrico. El carro de paro esta incompleto. No existe máscaras laríngeas de diferentes tamaños ni combi tubos.
- En el área de radiología no hay protector gonadal ni de tiroides para paciente y el acompañante. El equipo emisor no cuenta con la licencia vigente de funcionamiento.

8.2.4 Medicamentos y dispositivos médicos - gestión de medicamentos y dispositivos. No cumple con el 100% de lo establecido en el Anexo Técnico Número 1.

- No se cuenta con un inventario actualizado de los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece,
- No hay inventario actualizado de dispositivos médicos, de acuerdo a su vida útil, presentación comercial y clasificación de acuerdo al riesgo,
- No se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición, ni se aplican procedimientos técnicos para su almacenamiento,
- Para la adquisición de medicamentos y dispositivos médicos no se realiza la verificación del registro expedido por el INVIMA.
- Los insumos asistenciales en general que utiliza la institución no se almacenan bajo las condiciones climáticas y de seguridad apropiadas según las condiciones definidas por el fabricante, igualmente, no se controlan adecuadamente las fechas de vencimiento.
- No hay normas institucionales ni procedimientos que garantice la reutilización de dispositivos médicos. No hay comité de infecciones.
- En el área de toma de muestras de laboratorio no se cuenta con un kardex, ni con soporte de los pedidos que se realizan para la toma de muestras.
- En el laboratorio clínico no se cuenta con un proceso definido y documentado para la adquisición de dispositivos médicos. Algunos insumos no se encuentran almacenados bajo las condiciones de temperatura adecuada según el fabricante. No se cuenta con un sistema de kardex.

8.2.5 Procesos prioritarios asistenciales. Cumple con el 3.84 %, no cumple con el 84.48 % y no aplica el 11.52 %.

- No cumple por que no se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención, ni los protocolos de enfermería de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio y todavía no se han realizado actividades dirigidas para verificar su cumplimiento.
- Para el servicio de internación, no se garantiza el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas. Actualmente se presta de manera contratada y no es la adecuada.
- Los procesos, procedimientos, guías y protocolos no son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Para los servicios de consulta externa y urgencias no hay establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.
- La institución no cuenta con guías clínicas de atención.
- Aun no se han definido los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006.
- Aun no se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006.
- La institución no cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique.
- No hay establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; no hay un protocolo conocido para la solicitud de interconsultas, ni un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.
- La institución no cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.
- 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 se cuenta con procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, ni existen normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes. No existen 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.
- Los servicios no cuentan con procesos documentados para el manejo interno de desechos.
- No se cuenta con manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y la reutilización de dispositivos médicos ó adopción de manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.
- No se cumple con el 100% de las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.
- En el área de esterilización no hay manual de procedimientos para las actividades que se realizan.
- En los servicios obstétricos no se cuenta con las guías para atención del parto, indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia, hemorragia post-parto y post-cesárea, complicaciones intraparto, instrumentación, atención al recién nacido: Profilaxis ocular y umbilical, adaptación, reanimación del recién nacido y criterios de remisión.
- En el área de urgencias no existen guías sobre atención hospitalaria, ni sobre atención médica inicial y definición de conducta. No se hace revisión en cada
- Turno del equipo de reanimación. No existe sistema de triage. No existe un plan hospitalario para emergencias internas y externas.
- En el área de toma de muestras para laboratorio clínico no existen manuales de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras. No hay Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del

laboratorio clínico. No hay Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. No hay Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. No hay Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio. No hay Protocolo de transporte de muestras.

- En el área de laboratorio clínico no se realiza un análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas. No existen Manual de Control de Calidad Interno y externo. No hay Manual de toma, transporte y Remisión de Muestras. No existen manuales de procedimientos técnicos de cada sección. No hay Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico. No hay Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico. No hay Protocolo de limpieza y desinfección de áreas y material de vidrio.
- En el área de radiología no existe el manual de radioprotección. No hay protocolo para garantía de calidad de la imagen y no existe sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto.
- Para el área de reanimación no se aplican técnicas de asepsia y antisepsia protocolizada 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 hay revisión en cada turno del Equipo De Reanimación, los planes de emergencia hospitalaria y cadena de llamadas están desactualizados.
- En sala general de procedimientos menores, no se lleva la relación de procedimientos que se realizan. No hay criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar en la sala y de los que no se pueden realizar. No existen protocolos de los procedimientos que se realizan en la sala, que incluyan consentimiento informado, no hay procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización. No hay guías de manejo de patologías de Urgencia, no hay Manual de bioseguridad.
- En el área 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 normas explícitas sobre la no formulación ni realización de actividades de asesoría farmacológica ni de fármaco-vigilancia por personal diferente al químico farmacéutico. No hay Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente

al químico farmacéutico. No hay procedimiento para el manejo de medicamentos de control. No hay procedimientos para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de medicamentos.

8.2.6 Historias clínicas y registros asistenciales. Cumple con el 18.18 %, no cumple con el 54.54 % y no aplica el 27.27 %.

- No cumple por que no están definidos los procedimientos para utilizar una historia única institucional, tampoco se lleva a cabo el registro de entrada y salida de historias del archivo, la institución no cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud.
- Las historias clínicas no se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.
- No se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
- Las historias clínicas no cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.
- En radiología, no hay registro de placas tomadas y pacientes atendidos, donde se especifique el tipo de placa, los parámetros usados en el proceso. No hay registro de placas dañadas, y posibles causas. No hay registro de dosis de radiación.
- En toma de muestras de laboratorio clínico no hay registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica. No existe registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: Debe especificar la temperatura y hora de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe. No hay contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia.
- En el laboratorio clínico como tal no hay registros de temperatura del baño serológico y de la(s) nevera(s). No se cumple con el tiempo requerido por la normatividad vigente para la conservación de los registros y documentación del laboratorio. No hay datos acerca de los resultados del control de calidad interno y externo.
- En el servicio de urgencias no se tienen tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.

8.2.7 Interdependencia de servicios. Cumple con el 75 % y no cumple con el 25 % de los requerimientos.

No cumple por que no cuenta con lactario ni es acreditado como hospital amigo de la mujer y de la infancia. El servicio farmacéutico no brinda todas las veces el apoyo de suministros sobre todo si es en fines de semana.

8.2.8 Referencia de pacientes. Cumple con el 20 %, no cumple con el 80 % de los criterios exigidos.

- No cumple por que en la institución no se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.
- En hospitalización y urgencias no hay diseño ni aplicación de procesos para la remisión de pacientes.
- En sala de reanimación no hay diseño ni aplicación de procesos para la remisión de pacientes, ni aplicación de guías para la referencia de pacientes.
- Para las áreas dependientes de urgencias, no existe el diseño ni la aplicación de procesos para la remisión de pacientes. No hay definición ni la aplicación de guías para la referencia de pacientes.

8.2.9 Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios. No cumple con el 100 % de los criterios exigidos.

- No cumple porque en la institución no se realizan procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que se presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Tampoco se realiza procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
- No se ofrecen servicios de consulta prioritaria ocasionando potencial saturación del servicio de urgencias, con lo cual se puede incrementar la demora en casos de urgencias vitales.
- A las tomas de muestras de profesionales independientes no se le especifican riesgos a los cuales se exponen cuando utilizan el servicio.

- En el laboratorio clínico no se tienen documentados, identificados ni cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio.
- En sala general de procedimientos menores, no se llevan datos estadísticos de Mortalidad de urgencias en las salas en urgencias, Infecciones derivadas de los procedimientos realizados, Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos, en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimiento ambulatorios, complicaciones terapéuticas y o medicamentosas del manejo de medicamentos para recuperación ambulatoria, complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a : Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante, eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización del medicamento, formulación por profesional no autorizado para la formulación, resistencia antibiótica, efectos adversos innecesarios o evitables, enmascaramiento de cuadros clínicos.

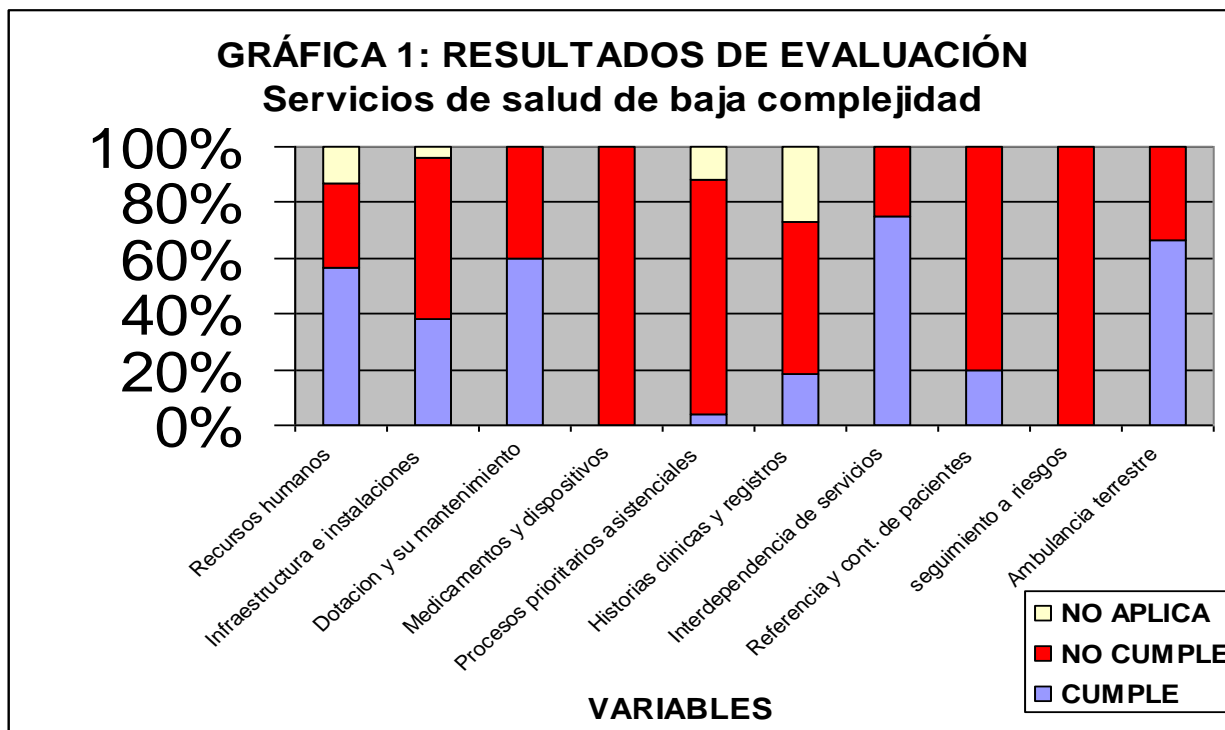
8.2.10 Estándares de habilitación de los servicios de traslado asistencial básico (tab). ambulancia terrestre. Cumple con el 66.66 % y no cumple con el 33.32 % de los criterios, porque:

- No tiene camilla secundaria para inmovilización espinal.
- No tiene atril porta suero de dos ganchos.
- No existe tensiómetros, tanto para adultos como pediátrico, no existe fonendoscopio para adultos como pediátrico, no existen pinzas de Magill, ni tijeras de material, no hay termómetro clínico, ni perilla de succión, no hay riñonera, ni pato tanto para mujeres como para hombres. No hay lámpara de mano, ni manta térmica. No hay aspirador de secreciones, no hay dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno para adultos, no hay dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno pediátrico, no hay cánulas oro faríngeas de diferentes tamaños, no hay máscara de no reinhalación con reservorio para adulto, no hay máscara de no reinhalación con reservorio pediátrica, no hay combi tubo o máscara laríngea, no hay sistema ventury adulto, no hay sistema ventury pediátrico, no hay nebulizador, no hay cconjunto para inmovilización que debe contener collares cervicales graduables, inmovilizadores laterales de cabeza, férulas neumáticas, de cartón o de plástico para el brazo, cuello, antebrazo, pierna y pié; vendas de algodón, vendas de gasa, vendas triangulares.
- No hay sábanas para la camilla, ni tapabocas, no cuenta con gafas de bioprotección, ni elementos de desinfección y aseo,

8.3 RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Cuadro 5: Resultados generales de evaluación

VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Recurso humano	56.42 %	30.38 %	13.02 %
Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento.	38.4 %	57.6 %	3.84 %
Dotación - Mantenimiento.	59.94 %	39.96 %	0 %
Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos.	0 %	100 %	0 %
Procesos prioritarios asistenciales.	3.84 %	84.48 %	11.52 %
Historia clínica y Registros Asistenciales	18.18 %	54.54 %	27.27 %
Interdependencia de Servicios	75 %	25 %	0 %
Referencia y Contrarreferencia de Pacientes	20 %	80 %	0 %
Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios.	0 %	100 %	0 %
Ambulancia Terrestre	66.66 %	33.32 %	0 %

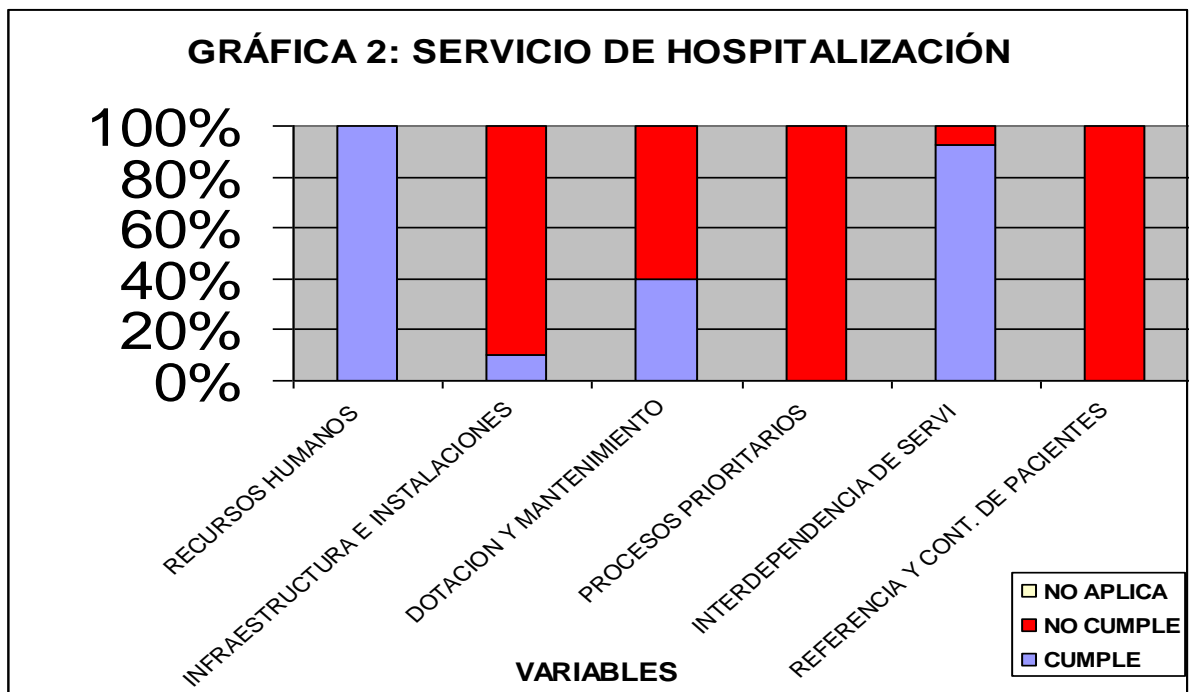


Luego de verificar el nivel de cumplimiento de los estándares de calidad establecidos para una IPS de baja complejidad según la Resolución 1043 de 2006 en cuanto al Recurso Humano, Infraestructura – Instalaciones Físicas - Mantenimiento, Dotación - Mantenimiento, Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Gestión de Medicamentos y dispositivos, Procesos Prioritarios Asistenciales, Historia Clínica y Registros Asistenciales, Interdependencia de Servicios, Referencia y Contrarreferencia de Pacientes, Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios y Ambulancia Terrestre; el paso que siguió a continuación, fue identificar el porcentaje de cumplimiento de los Estándares de Calidad de las áreas objeto de estudio (Hospitalización, Sala de Partos y Urgencias), así como también los servicios inherentes a ellos como son: Esterilización, Servicio Farmacéutico, Toma de Muestras para Laboratorio Clínico, Laboratorio Clínico, Radiología, Transporte Asistencial de Pacientes, Equipo de Sala de Reanimación, Servicios Quirúrgicos y Sala General de Procedimientos Menores; durante los meses de Julio y Agosto de 2006 en el Hospital Local de Puerto Rico.

Para esto, se procuró Identificar las causas prevalentes para el no-cumplimiento de estándares de calidad en los meses de Julio a agosto de 2006 en los servicios ya mencionados de la Institución.

8.3.1 Hospitalización. Categoría , hospitalaria, complejidad baja



8.3.1.1 Recurso humano. Cumple con el 100 %.

8.3.1.2 Infraestructura - instalaciones físicas – mantenimiento. Cumple con el 10 % y no cumple con el restante 90 % de los criterios exigidos. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de hospitalización en lo referente a infraestructura, forman parte del numeral 8.2.2 página 94 en adelante del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

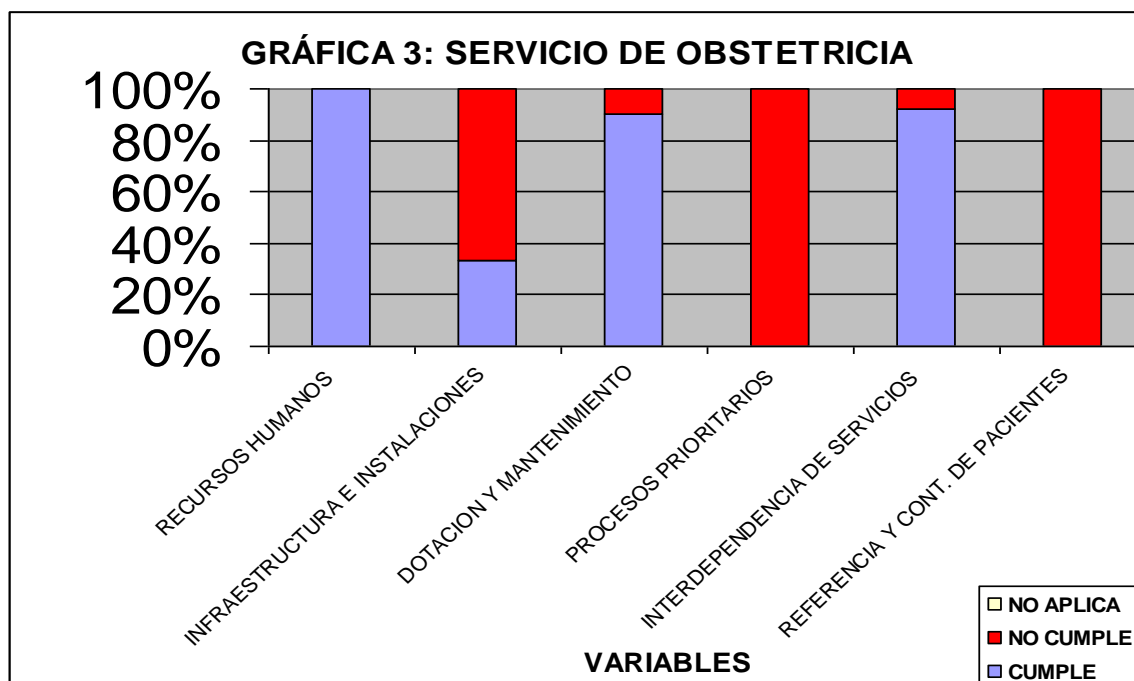
8.3.1.3 Dotación y mantenimiento. Cumple con el 40 %, no cumple con el restante 60 % de los criterios exigidos. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de hospitalización en lo referente a dotación y mantenimiento, forman parte del numeral 8.2.3 página 95 del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.1.4 Procesos prioritarios. No cumple con el 100 % de los criterios exigidos. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de hospitalización en lo referente a procesos prioritarios, forman parte del numeral 8.2.5 página 96 en adelante del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.1.5 Interdependencia de servicios. Cumple con el 91.25 % y no cumple con el 8.75 % de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de hospitalización en lo referente a interdependencia de servicios, forman parte del numeral 8.2.7 página 99 del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.1.6 Referencia y contrarreferencia de pacientes. No cumple con el 100 % de los requisitos exigidos. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de hospitalización en lo referente a referencia y contrarreferencia de pacientes, forman parte del numeral 8.2.8 página 99 del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.2 Obstetricia. Categoría hospitalaria complejidad baja



8.3.2.1 Recurso humano: Cumple con el 100 % de los criterios exigidos en el anexo técnico nº 1 de la resolución 1043 del 2006.

8.3.2.2 Infraestructura – instalaciones. Cumple con el 33.33 % y no cumple con el restante 66.66 % de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Obstetricia en lo referente a infraestructura, forman parte del numeral 8.2.2 página 94 en adelante del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

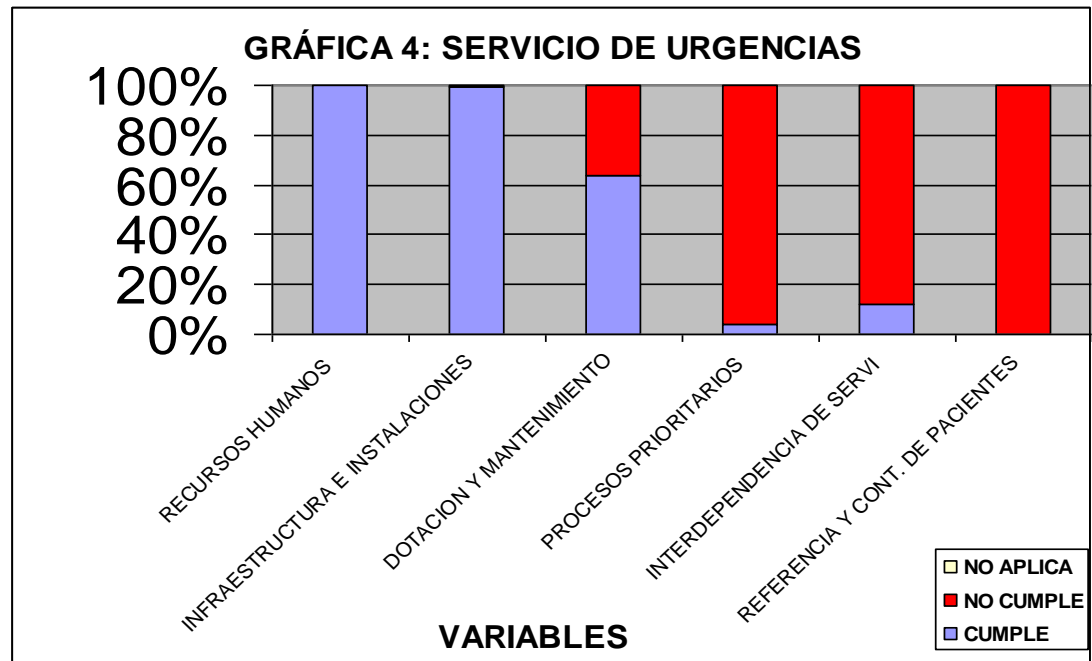
8.3.2.3 Dotación y mantenimiento. Cumple con el 90% y no cumple con el 10% de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Obstetricia en lo referente a Dotación y mantenimiento, forman parte del numeral 8.2.3 página 95 del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.2.4 Procesos prioritarios existenciales. No cumple con el 100 % de los criterios exigidos en el anexo técnico nº 1 de la resolución 1043 del 2006.

8.3.2.5 Interdependencia de servicios. Cumple con el 92 % y no cumple con el 8% de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Obstetricia en lo referente a interdependencia de servicios, forman parte del numeral 8.2.7 página 99 del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.2.6 Referencia y contrarreferencia de pacientes. No se cumple en un 100 % de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Obstetricia en lo referente a referencia y contrarreferencia de pacientes, forman parte del numeral 8.2.8 página 99 del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.3 Urgencias. Categoría ambulatoria complejidad baja



8.3.3.1 Recurso humano: Cumple con el 100 % de los criterios exigidos en el anexo técnico nº 1 de la resolución 1043 del 2006.

8.3.3.2 Infraestructura e instalaciones físicas . Cumple con el 50 % y no cumple con el restante 50 % de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Urgencias en lo referente a infraestructura, forman parte del numeral 8.2.2 página 94 en adelante del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

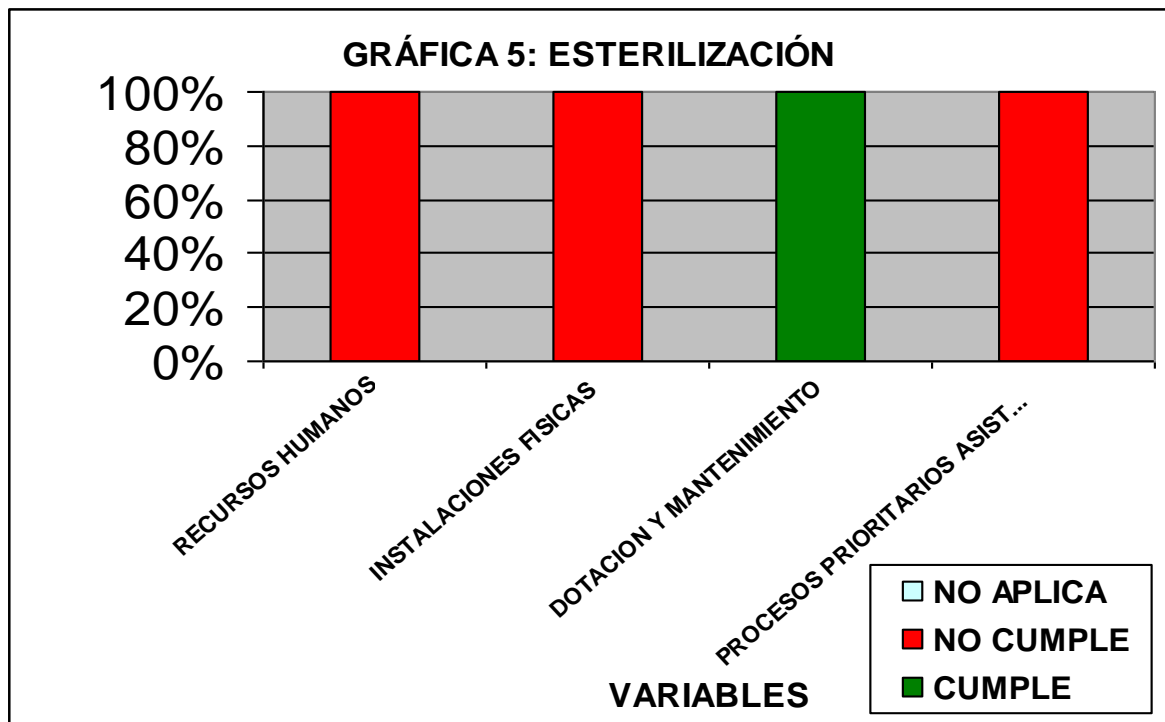
8.3.3.3 Dotación y mantenimiento. Cumple con el 64 % y no cumple con el 36 % de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Urgencias en lo referente a dotación y mantenimiento, forman parte del numeral 8.2, página 99 en adelante del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.3.4 Procesos prioritarios. Cumple con un 4 % y no cumple con el 96 % de los criterios. De los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Urgencias en lo referente a procesos prioritarios, forman parte del numeral 8.2, página 99 en adelante del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.3.5 Interdependencia de servicios. Cumple con el 93.33 % y no cumple con el 6.66% de los criterios. de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Urgencias en lo referente a interdependencia de servicios, forman parte del numeral 8.2, página 99 en adelante del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.3.6 Referencia y contrarreferencia de pacientes. No cumple con el 100 % de los criterios analizados en el Anexo Técnico. de los criterios. La descripción detallada acerca de los criterios evaluados que no cumple esta área de Urgencias en lo referente a infraestructura, forman parte del numeral 8.2, página 99 en adelante del presente informe de investigación, el cual contiene lo relacionado con este estándar.

8.3.4 Esterilización. Categoría hospitalaria complejidad baja



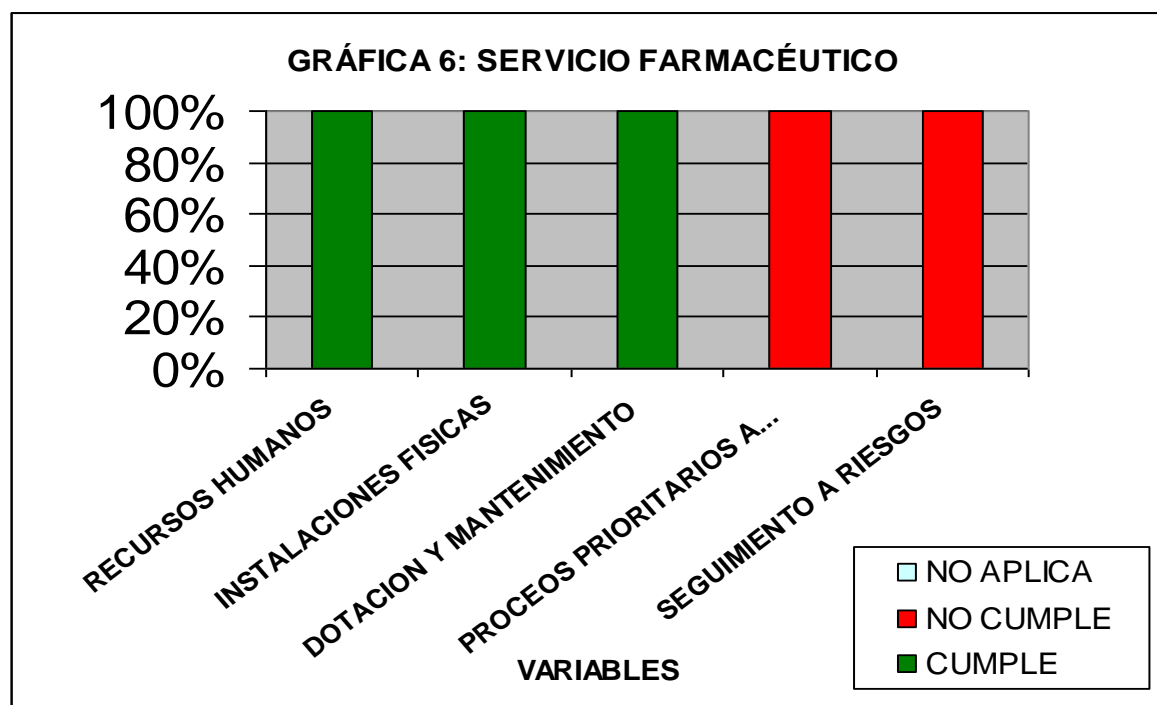
8.3.4.1 Recurso humano. No cumple con el 100% porque no existe un instrumentador o persona capacitada en el área.

8.3.4.2 Infraestructura e instalaciones físicas. En el 100 % no cumple porque no hay un área física exclusiva ni delimitada para este servicio, porque hay tránsito permanente en el área, porque se realizan otras actividades ajenas al servicio, no cuenta con unidad sanitaria.

8.3.4.3 Dotación. Cumple con el 100% del estándar

8.3.4.4 Procesos prioritarios asistenciales. No cumple en un 100 %, no hay manual de procedimientos ni de esterilización.

8.3.5 Servicio farmacéutico. Categoría hospitalaria complejidad baja



8.3.5.1 Recurso humano. Cumple con el 100 % del estándar exigido.

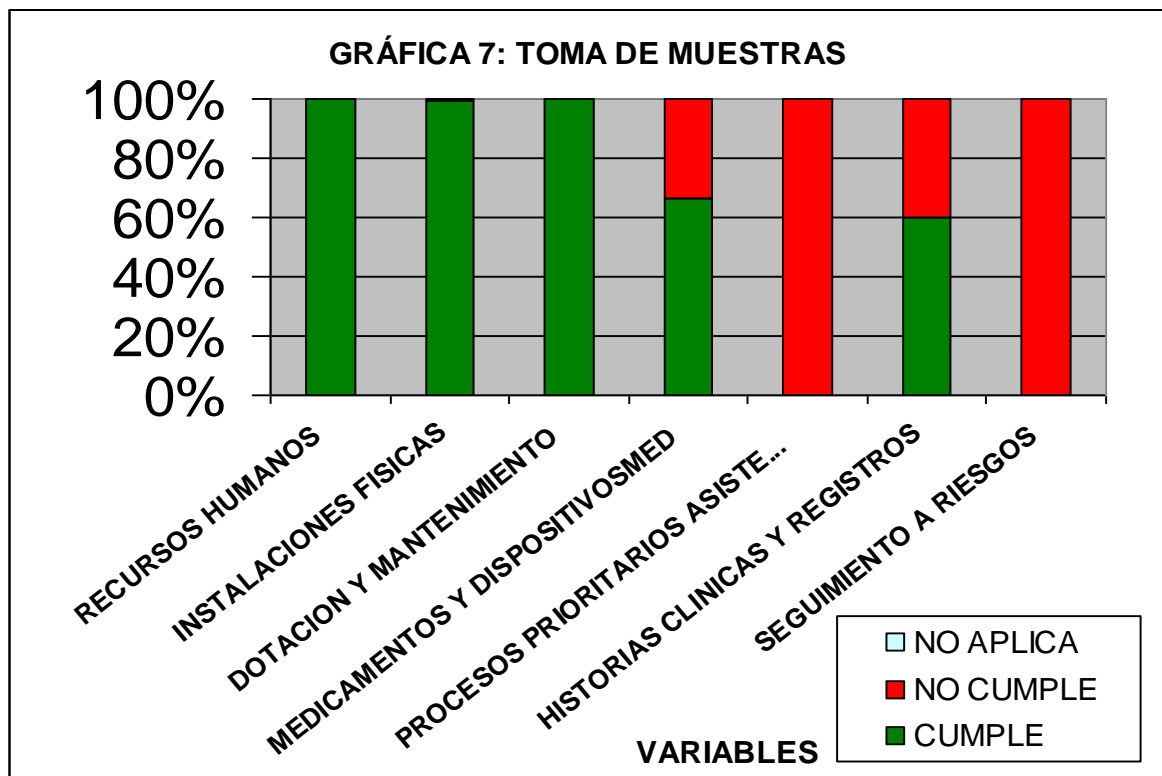
8.3.5.2 Infraestructura. Cumple con el 100 % de los criterios exigidos para bajo nivel de complejidad.

8.3.5.3 Dotación. Cumple con el 100 % de los criterios aplicados a bajo nivel de complejidad.

8.3.5.4 Procesos prioritarios. No cumple con el 100 %, no existe ninguno de los manuales, no hay normas establecidas y no hay procesos establecidos.

8.3.5.5 Seguimiento a riesgos. No cumple con el 100 %. Ítems ya descritos.

8.3.6 Toma de muestras y laboratorio clínico. Categoría apoyo
diagnostico y terapéutico complejidad baja



8.3.6.1 Recurso humano. Cumple con el 100% del estándar.

8.3.6.2 Infraestructura e instalaciones físicas. Cumple con el 66.66 %, no cumple con el 33.33 % restante porque no tiene un área de aseo y sanitarios.

8.3.6.3 Dotación. Cumple con el 100%.

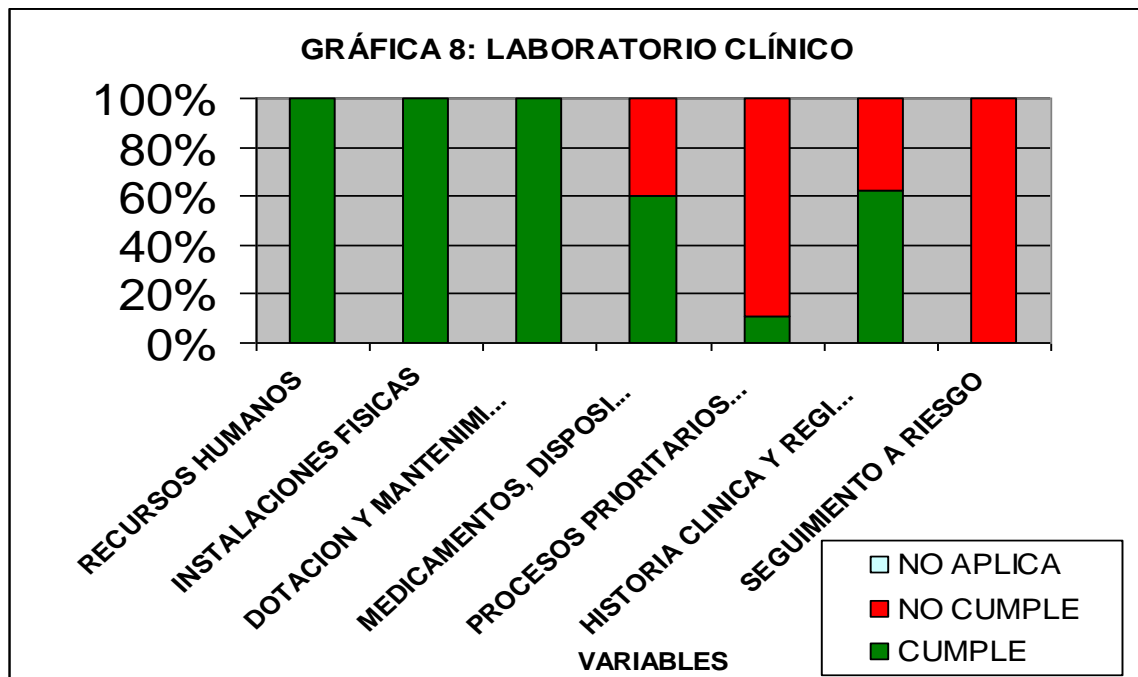
8.3.6.4 Medicamentos y dispositivos médicos .Cumple con el 66.66 % y no cumple con el 33.33 % por que no hay un kardex adecuado y no se registran los dispositivos médicos de las toma de muestras.

8.3.6.5 Procesos prioritarios asistenciales. No cumple en el 100%, porque no cumple ningún criterio exigido.

8.3.6.6 Historia clínica. Cumple en un 60 % y no cumple en el 40% porque no se llevan registros de temperatura de refrigerador y congelador de la nevera y porque el registro de entrega de las muestras al laboratorio no especifica la temperatura ni la hora de recepción de las muestras ni la persona que las recibió.

8.3.6.7 Seguimiento a riesgos. No cumple con el 100%, porque no cumple con ningún criterio exigido.

8.3.7 Laboratorio clínico. Categoría apoyo diagnostico y terapéutico
Complejidad baja



8.3.7.1 Recurso humano. Cumple con el 100 % del criterio exigido.

8.3.7.2 Infraestructura. Cumple con el 100%.

8.3.7.3 Dotación. Si cumple con el 100%.

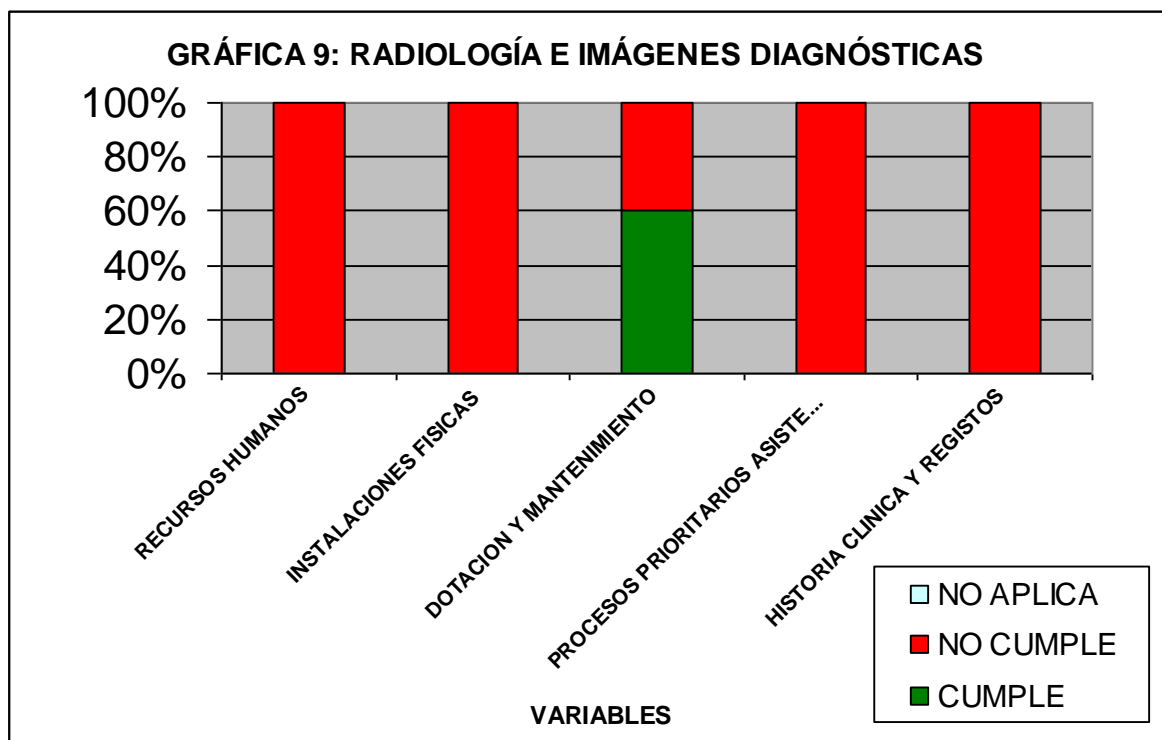
8.3.7.4 Medicamentos, dispositivos y gestión. Cumple con el 60% y no cumple con el 40% de los criterios, porque no hay un proceso definido y documentado para la adquisición de dispositivos médicos, como tampoco existe un sistema de kardex.

8.3.7.5 Procesos prioritarios. Cumple con el 11.11% y no cumple con el 88.88% porque no se analizan los reportes de control de calidad ni se toman las medidas correctivas documentadas, no existe ningún manual ni protocolos exigidos en el anexo 1.

8.3.7.6 Historia clínica. Cumple con un 62.5% y no cumple con un 37.5%, porque no hay registro de temperatura del baño serológico ni de las neveras, los registros y documentación del laboratorio no se mantienen por el tiempo requerido en la normatividad vigente y los resultados de control de calidad interno y externo no se conservan.

8.3.7.7 Seguimientos a riesgos. No cumple en un 100%.

8.3.8 Radiología e imágenes diagnósticas. Categoría apoyo diagnóstico y complementación terapéutica complejidad baja.



8.3.8.1 Recurso humano. No cumple con el 100% porque el tecnólogo de rayos X, no tiene o no cuenta con título formal expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado, ni cuenta con supervisión por especialista en radiología.

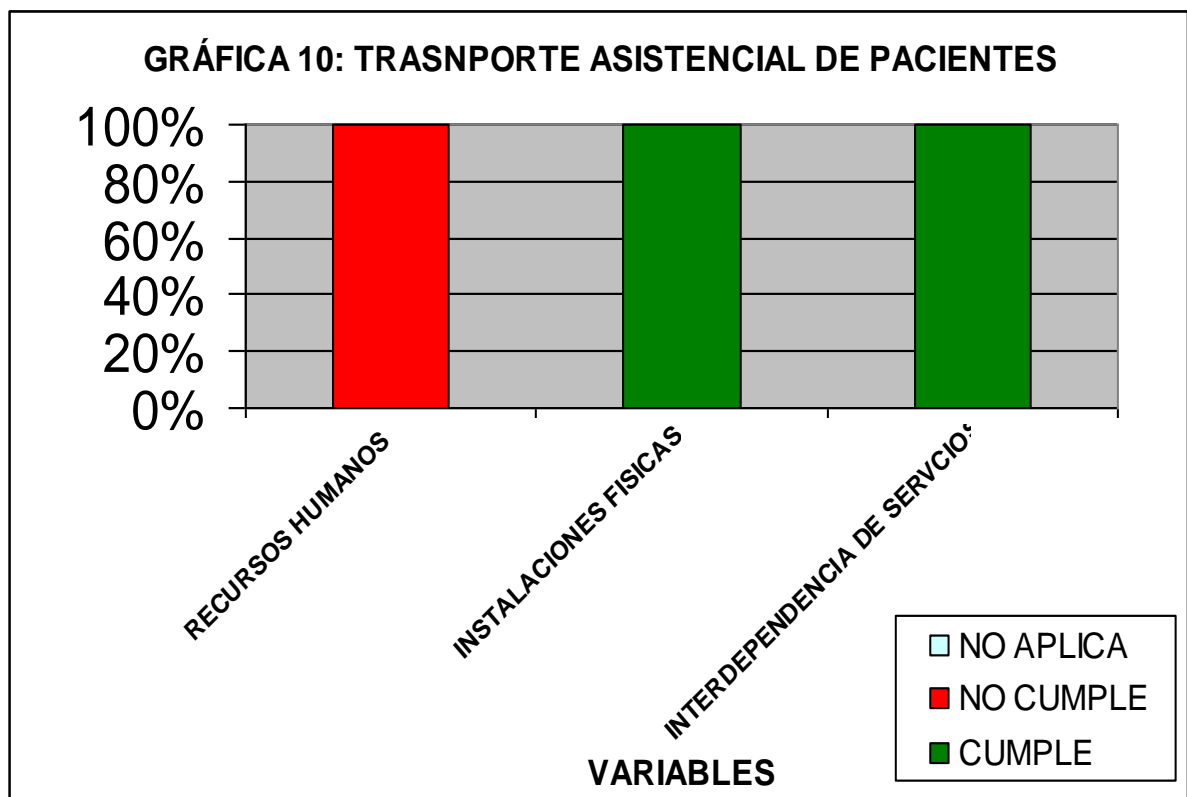
8.3.8.2 Infraestructura de instalaciones físicas. No cumple con el 100 % del estándar aplicable a primer nivel.

8.3.8.3 Dotación. Cumple con el 60% de los criterios exigidos para un servicio de primer nivel y no cumple con el 40%, porque no hay protector gonadal ni de tiroides ni para el paciente ni para el acompañante.

8.3.8.4 Procesos prioritarios. No cumple con el 100% de los criterios solicitados en el anexo 1.

8.3.8.5 Historia clínica. No cumple con el 100%.

8.3.9 Transporte asistencial de pacientes. Categoría ambulatoria complejidad baja

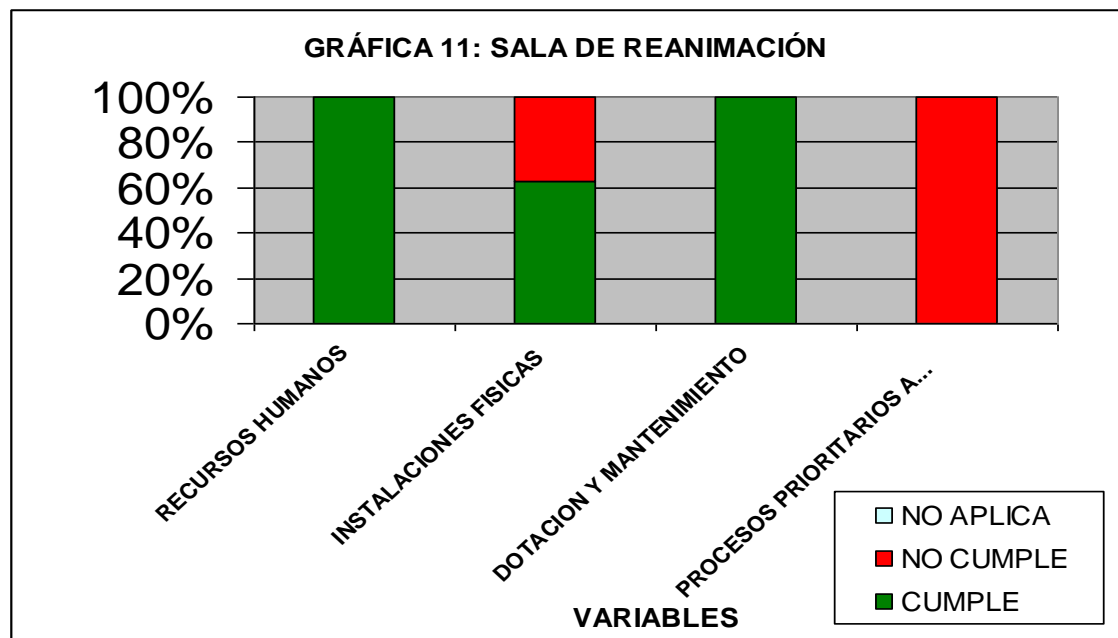


8.3.9.1 Recurso humano. No cumple con el 100% de los criterios exigidos en el anexo 1.

8.3.9.2 Instalaciones físicas. Cumple en el 100%.

8.3.9.3 Interdependencia de servicios. Cumple con el 100%.

8.3.10 Equipo (sala) de reanimación. Complejidad baja



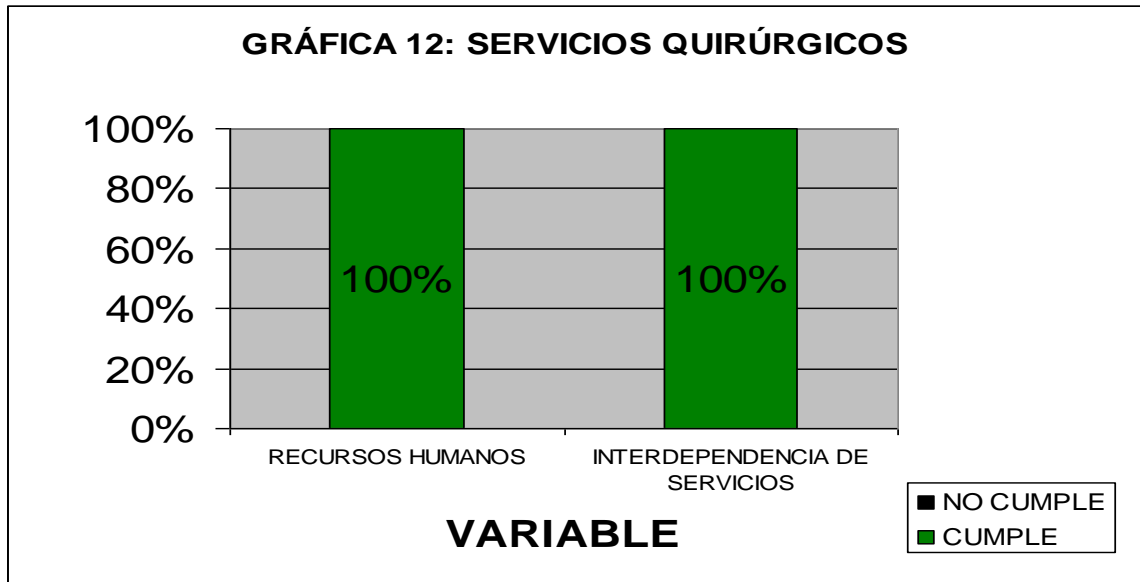
8.3.10.1 Recurso humano. Cumple con el 100%.

8.3.10.2 Instalaciones físicas. Cumple con el 62.5% y no cumple con el 37.5% porque no dispone de un área física exclusiva, los techos y paredes no son impermeables y porque el espacio es muy reducido para la movilización de equipos, además hay dificultades para la instalación de los equipos.

8.3.10.3 Dotación. Cumple con el 100% de lo valorado.

8.3.10.4 Procesos prioritarios asistenciales. No cumple con el 100% de los criterios exigidos en el anexo.

8.3.11 Servicios quirúrgicos. Complejidad baja



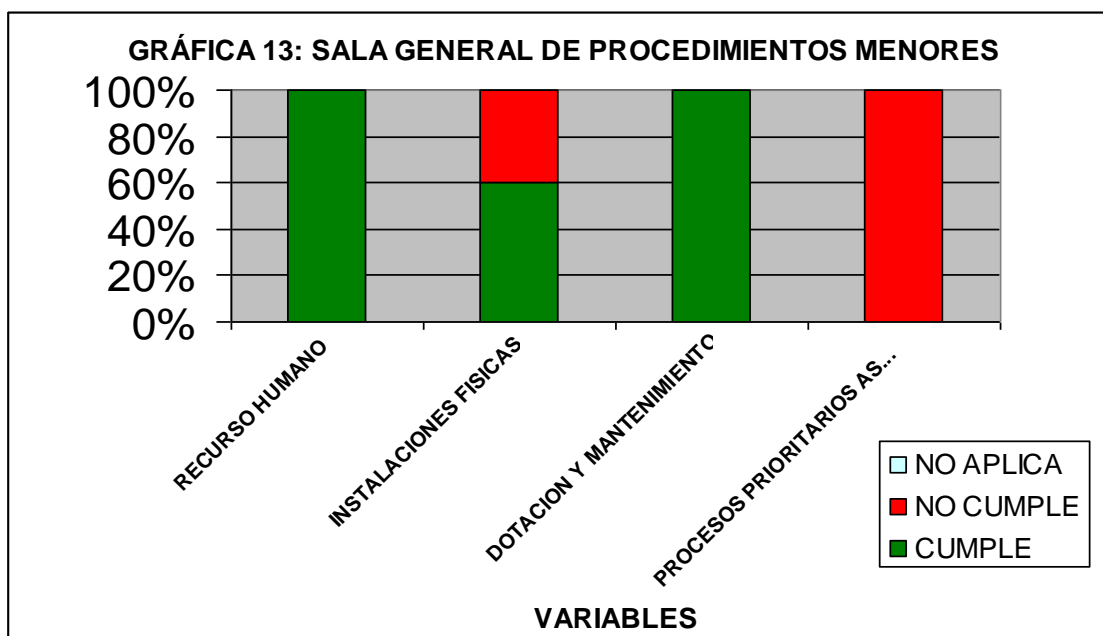
8.3.11.1 Recurso humano. Cumple con el 100 %.

8.3.11.2 Interdependencia de servicios. Cumple con el 100 % de los criterios verificados.

8.3.11.3 Instalaciones físicas. Si se cumple con un 25 % y no se cumple con los estándares verificados en el restante 75%.

8.3.11.4 Procedimientos prioritarios. No cumple con el 100 % de los ítems valorados inicialmente.

8.3.12 Sala general de procedimientos menores. Complejidad baja



8.3.12.1 Recurso humano. Cumple con el 100 % de lo verificado.

8.3.12.2 Instalaciones físicas. Cumple con el 60 % y no cumple con el 40% porque los cielos rasos no son impermeables y porque hay alrededor de la mesa de procedimientos dificultades para la instalación y movilización de equipos.

8.3.12.3 Dotación – mantenimiento. Cumple con el 100 %.

8.3.12.4 Procesos prioritarios. No cumple con el 100 % de los criterios exigidos en el anexo técnico 1.

9. CONCLUSIONES

9.1. CONSIDERACIONES GENERALES DE LA AUTOEVALUACIÓN

Al culminar este trabajo se obtuvieron las siguientes conclusiones generales sobre el nivel de cumplimiento de la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 al ser aplicada al Hospital Local San José del Municipio de Puerto Rico Caquetá. Es de tener en cuenta que tanto para las áreas, estándares y variables como para los servicios analizados y evaluados, los resultados o porcentajes que se clasificaron dentro de la casilla C que equivale a “Cumple” y los que se obtuvieron dentro de las casillas o columnas NA que equivale a “No Aplica”, no se tuvieron en cuenta dentro de las conclusiones aquí arrojadas, para estos resultados se tomó como el 100 % los valores y resultados sumando los valores de las casillas o columnas C de “Cumple” y NC de “No Cumple”.

- Desde los resultados generales de la evaluación, se tiene que el servicio de salud de baja complejidad que obtuvo el mayor porcentaje desde su cumplimiento efectivo es el de Interdependencia de servicios pues cumple con el 75 % de los criterios evaluados. En segundo lugar se encuentra el servicio de Ambulancia terrestre con el 67 % de cumplimiento. Luego se ubica Dotación y su mantenimiento pues cumple con el 60 % de los criterios esenciales de calidad. Le sigue en cuarto lugar Recurso humano pues cumple con el 56.42% de los criterios esenciales de calidad, posteriormente en quinto lugar se encuentra la Infraestructura y su mantenimiento que cumple con el 38.4 % de lo requerido.
- Así también, continuando con los otros servicios evaluados, el de Referencia y contrarreferencia de pacientes, se ubica en el sexto lugar con un 20 % de cumplimiento, en séptimo lugar se encuentra Historias clínicas y registros con un cumplimiento efectivo del 18.18 %. Continuando con los resultados, la evaluación indica que en octavo lugar se encuentra Procesos prioritarios asistenciales con un resultado de 3.84 % de cumplimiento y el último lugar que es donde menos se encontró un cumplimiento, es compartido por los servicios de Medicamentos y dispositivos junto con el de Seguimiento a riesgos que cumplen con el 0 % de lo autoevaluado.
- Continuando con la descripción de resultados de la auto evaluación para las tres áreas objeto de estudio del presente informe de investigación, se tiene que siguiendo el orden de las gráficas y como se muestra en la página 106 donde se ubican los resultados gráficos para el área de Hospitalización, en general se obtuvo un cumplimiento del 40.20 %. Este porcentaje obedece a que los

criterios relacionados con los recursos humanos obtuvieron un resultado del 100 % de cumplimiento, el de interdependencia de servicios cumplió con el 91.25 %, dotación y mantenimiento cumplió con el 40 % y el de infraestructura e instalaciones físicas con apenas un 10%. Se debe anotar, además que los criterios relacionados con los procesos prioritarios y la referencia y contrarreferencia de pacientes no resultaron con ningún porcentaje de cumplimiento.

- El siguiente servicio relacionado que es el de Obstetricia y como figura en la gráficas de la página 107, el promedio general de cumplimiento se ubica en el 52.55 %. Los resultados de los criterios son del 100 % de cumplimiento para recursos humanos, 92 % de cumplimiento para la interdependencia de servicios, 90 % de cumplimiento para dotación y mantenimiento y de un 33.33 % de cumplimiento efectivo para la infraestructura e instalaciones físicas. Los criterios relacionados con procesos prioritarios y la referencia y contrarreferencia de pacientes, no tuvieron ningún porcentaje de cumplimiento para esta área evaluada.
- Finalizando con los resultados obtenidos para las tres principales áreas objeto de estudio, se tiene y como se muestra en la página 109 para los resultados del área de Urgencias, que se obtuvo un porcentaje general de cumplimiento del 51.88 %. Los resultados de los porcentajes de los siguientes criterios indican que en el de recurso humano obtuvo un cumplimiento del 100 %, los criterios de interdependencia de servicios alcanzaron un cumplimiento del 93.33 %, dotación y mantenimiento alcanzó un cumplimiento del 64 %, la infraestructura e instalaciones físicas obtuvo un resultado del 50 % de cumplimiento y los procesos prioritarios alcanzó apenas un 4 % de cumplimiento efectivo. Se debe señalar igualmente, que la referencia y contrarreferencia de pacientes para esta área no alcanzó ningún porcentaje de cumplimiento.

9.2. PROBLEMÁTICA RELEVANTE ENCONTRADA

Dentro de la realización de este proyecto los problemas o aspectos relevantes en cuento al cumplimiento de estándares en el Hospital Local de Puerto Rico son:

- El común denominador en incumplimiento con la Resolución 1043 de 2006 en el área de hospitalización, obstetricia y urgencias, y sus servicios accesorios es la falta de auditoria de servicios en la mayoría de los servicios evaluados.

- En el área de Hospitalización las deficiencias encontradas en cuanto a infraestructura, procesos, dotación y resultado en los servicios están relacionadas con los siguientes factores:
 - Falta de señalización en los servicios.
 - Falta capacitación al personal en cuanto al manejo de equipos médicos.
 - Adecuación y mejoramiento de la infraestructura física de la sala de partos.
 - Dotación de la sala de partos y hospitalización general, de equipos de reanimación básicos.
 - Ubicación de un área de lavado y esterilización de material para el servicio de urgencias, hospitalización y toma de muestras.
 - Instalación de baños para pacientes en el área de laboratorio.
 - Proporcionar un área que garantice privacidad en el servicio de laboratorio.
 - Adecuación del área de almacén y depósito de reactivos de laboratorio.
 - Ampliación del área de farmacia para mejorar el almacenamiento de medicamentos.
 - Capacitación al personal en Atención Prehospitalaria.
 - Implementación de guías de manejo de las patologías más frecuentes en hospitalización, sala de partos y urgencias.
- Desde los procedimientos encontrados y evaluados, se determinó igualmente la ausencia y falta de definición en los siguientes aspectos relevantes:
 - Comités en el Hospital de Puerto Rico (historias clínica, ética, técnico científico, infecciones etc.).
 - Procedimientos definidos que garanticen la información a los usuarios.
 - Guías de manejo de las diez primeras causas de morbimortalidad.
 - Manuales de procedimiento de enfermería y bioseguridad.
 - Definición de normas sobre funcionamiento, circulación, asepsia, antisepsia, en el servicio de esterilización.

- Realización de exámenes periódicos de control bacteriológico en el área de esterilización.
- Comité de infecciones, no hay actas.
- Guías de atención de partos, diligenciamiento de historias clínicas, manejo de productos biológicos, reanimación de recién nacidos en el servicio de hospitalización.
- Registros clínicos de pacientes que ingresan a sala de partos.
- Evaluación del cumplimiento de guías y protocolos en las historias clínicas de obstetricia.
- Evaluación personal de la satisfacción del servicio recibido en sala de partos, hospitalización, farmacia, laboratorio clínico, radiología, y farmacia.
- Programas de control de calidad en radiología.
- Mecanismos de evaluación de la calidad de medicamentos, marcas, fechas de vencimiento, almacenamiento y reservas de medicamentos.
- Guías de procedimientos, ni comités de fármaco vigilancia, ni estudios de utilización de medicamentos.
- Por lo tanto, los resultados encontrados indican que se establecen en algunos casos serias deficiencias, en los procesos de auditoria medica definidos, debido a factores tales como:
 - No tiene definidos procesos de auditoria médica en general como funcionamiento de los comités de historias clínicas, como lo contempla la Resolución N° 1995 de Julio 8 de 1999, en sus artículos 19, 20.
 - No presentan Guías de atención en salud, ni evalúan su cumplimiento en las historias clínicas de todos los servicios del área de Hospitalización y urgencias.
 - No presentaron indicadores de calidad: Eficiencia, eficacia en ningún servicio.
 - No analizan periódicamente las historias clínicas.
 - No evalúan sistemáticamente ni analizan las complicaciones intrahospitalarias.

- No realizan análisis sistemáticos de incidentes presentados en el servicio de esterilización.
- No tiene resultados de evaluación de la satisfacción de la prestación de los servicios al cliente interno y externo.
- No evalúan el proceso de suministro de medicamentos (selección, programación, adquisición, recepción, distribución, almacenamiento uso y costos).

10. RECOMENDACIONES

10.1 RECOMENDACIONES DE LA EVALUACION

- Implementar los procesos de auditoria de servicios, iniciando con la creación de los comités obligatorios, como son: Historias clínicas, Infecciones Intrahospitalarias, Vigilancia Epidemiológica, Ética, Farmacia y Terapéutica.
- Evaluar el cumplimiento de las guías de atención en salud.
- Evaluar los indicadores de calidad como eficacia, eficiencia y oportunidad en el servicio de hospitalización.
- Remodelar y mejorar el área física de los servicios que se encuentra en mal estado (esterilización y sala de partos).
- Estandarizar e implementar los manuales de procesos y procedimientos en los servicios de sala de partos, esterilización, laboratorio clínico, hospitalización, farmacia, radiología.
- Definir y documentar las guías de atención en salud, teniendo en cuenta las primeras 10 causas de consulta o egreso de los servicios de Sala de partos, Hospitalización y Urgencias.
- Crear mecanismos y procedimientos que garanticen la información oportuna a los usuarios, sobre tratamientos médicos, quirúrgicos y sus riesgos.
- Capacitar periódicamente a todo el personal que maneje equipos de salud, independiente de su profesión.
- Dotar de recurso humano idóneo los servicios de hospitalización en cuanto a auxiliares de enfermería, sobre todo para turnos nocturnos.
- Realizar la dotación adecuada de los servicios hospitalarios como: el carro de paro (medicamentos), tallímetro y lámpara cuello de cisne en la sala de partos.
- Realizar una evaluación y supervisión al cronograma de actividades , que plantee el equipo de trabajo asignado a la ejecución del plan de mejoramiento continuo de la calidad con base a las deficiencias encontradas en este trabajo de verificación de estándares de Habilitación en el área de hospitalización del Hospital local San José del municipio de Puerto Rico.

- Solicitar al director del Hospital local, que tenga en cuenta los resultados de este proyecto y sus recomendaciones para que realice los ajustes pertinentes, en pro del mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que presta a la comunidad del municipio de Puerto Rico.

10.2 PLAN DE ACCION

Con base a los resultados arrojados en la evaluación de cumplimiento de estándares en los servicios de Hospitalización, Sala de partos y Urgencias del Hospital Local San José de Puerto Rico, se considera pertinente realizar las siguientes recomendaciones y plan de acción tanto al Director de la Institución como a las respectivas autoridades que vigilan la calidad en la prestación del servicio de salud regional, para el cumplimiento de las deficiencias encontradas:

- Conformar un equipo de trabajo para que realice un plan de mejoramiento continuo, incluyendo un cronograma de actividades.
- Presentar Ante el director del Instituto Departamental de Salud, un proyecto del plan de mejoramiento continuo con costos, para que le aprueben presupuesto y se pueda ejecutar sin problemas económicos.
- Tener en cuenta las áreas más críticas y prioritarias del hospital, para iniciar la gestión de mejoramiento.
- Crear una oficina de atención al usuario, capacitando personal que cumpla con las funciones de: Recepcionar todas las quejas y reclamos, que se presenten; tratando de dar soluciones inmediatas y enviando informe ejecutivo periódicamente a la gerencia del hospital, anotando principalmente las causas y servicios, del que más quejas presentan los usuarios, además de informar, orientar a los usuarios sobre prestación de servicios y ofertas de los mismos.
- Crear y contratar un profesional idóneo, para que realice la implementación del sistema de garantía de la calidad en el hospital Local San José, en lo posible especialista en auditoria de servicios de salud, quien cumplirá con lo establecido en el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006.
- Tener definidos unos procedimientos técnicos administrativos como Manual de Funciones, Guías Técnicas para el manejo de las principales patologías, un sistema de información tanto de gestión administrativa como de atención al usuario.
- Para el traslado de pacientes es necesario que se cuente con medios de transporte adecuado y oportuno, como también de un buen sistema de comunicación.

- Establecer metodologías para la auditoria de servicios, la cual evaluará en forma sistemática, permanente y continua la calidad de los servicios mediante la operativización de comités y la aplicación de encuestas de satisfacción al usuario, que permitan evaluar la prestación del servicio ofertado; y el cumplimiento de la estandarización de procesos y procedimientos en salud, guías de atención como también indicadores para gerencia de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

ALTAMIRANO, José: "Metodología de la investigación" / Raúl Z. Fernández, Asunción: 1991. 168 p.

ANÁLISIS CLÍNICOS, Módulo I, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Ed. Acción Médica, S. A. Bogotá: 142 p.

ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO. Laboratorio bacteriológico. Examen microscópico. Capítulo: Proceso para la toma de muestras, Laboratorios Bayer, Ed. Calidad, Bogotá: 2003. 99 p.

BASTOS, Antonio., Investigación Educativa, Instituto Internacional de Teología a Distancia, 4ª edición, Editorial Indo- American Press Service, Bogotá D.C.: 1998, 102 p.

COMTE, J. Métodos de Investigación Cuantitativa, 2ª edición, , Ed, Mac Graw Hill: México: 1997.189 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA Ley 100 del 23 de diciembre de 1993., Diario Oficial No. 41.148, Bogotá, versión magnética, sin paginar.

-----, Ley 715 del 21 de diciembre de 2001, versión magnética, sin paginar.

-----, Ley 10 del 10 de Enero de 1990, versión magnética, sin paginar.

-----, Circular Externa 015 del 4 de Abril de 2003, versión magnética, sin paginar.

-----, Decreto 1011 del 3 de Abril del 2006, Diario Oficial 46230 de 2006, versión magnética, sin página.

-----, Resolución 1439 del 1º de Noviembre del 2002, Bogotá, versión magnética, sin página.

-----, Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, versión archivo pdf.

-----, Resolución 486 del 4 de Abril de 2003, versión magnética, sin paginar.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD, Decreto 2174 del 28 de Noviembre de 1996, versión magnética, sin paginar.

-----, Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002, Diario Oficial 40145 de 2002, versión magnética, sin paginar.

-----, Manual de verificación del cumplimiento requisitos esenciales. Bogotá: 1997, versión magnética, sin página.

-----,. Resolución N° 04252 de noviembre 12 de Diario Oficial nro. 35487, versión magnética, sin paginar.

-----, Resolución 4252 del 14 de Noviembre de 1997, Ministerio de Salud, versión magnética, sin paginar.

COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Instructivo de verificación de la Resolución No 04252 de Noviembre 12, Bogotá: 1997, 15 p.

DONABEDIAN, A., "Garantía y Monitoria de la calidad de la atención médica". México: 1988. 232 p.

ENCARTA, Biblioteca de Consulta Virtual, Corporation Microsoft, versión 2006.

ENCICLOPEDIA MÉDICA BÁSICA Y DE LA FAMILIA, Salvat Editores, 2ª impresión, tomo II, Bogotá: 2002. 312 p.

GUTIERREZ, Hugo. Los elementos de la investigación. Ed. El Buho, Santafé de Bogota: 1991. 199 p.

HARRINGTON, H. James. Mejoramiento de los procesos de la empresa. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana, S.A. México: 1993. 78 p.

HERNÁNDEZ De Canales, Francisca, Elia Beatriz Pineda, Eva Luz de Alvarado, "Metodología de la investigación", O. P. S: Washington D.C.: 1994. 225 p.

HISTORIA DE PUERTO RICO – Caquetá., Cartilla, Alcaldía de Puerto Rico, Editorial Cacique: 2005. 26 p.

INSALUD, Complejo Hospitalario San Millán- San Pedro Logroño, Servicio de Farmacia, Madrid: 2001. 211 p.

MALAGÓN – Londoño / Galán Morera / Pontón Laverde, Auditoria en salud para una gestión eficiente, Segunda reimpresión. Editorial Médica Internacional. México: 2001, 115 p.

MANUAL DE REQUISITOS TÉCNICOS Y SANITARIOS, Componente Traslado, Normas para Ambulancias, Ministerio de Salud, Red Nacional de Urgencias, Resolución 009279. Bogotá: 1993. 125 p.

MENDEZ LOZANO, Rafael Armando., Formulación y evaluación de Proyectos. Segunda edición actualizada. Bogotá: 2000, 321 p.

PABÓN Lasso, Hipólito, MD, “Evaluación de los servicios de salud”, Bogotá: 2003, 108 p.

PARDO, Galán y Gómez., “Auditoría en salud para una Gestión eficiente”, Bogotá: 201, p. 241.

RIVERA Castro, Sandra Piedad., Enf. Guía para Manejo de Urgencias, Capítulo V Toma de muestras de laboratorio, Clínica Fundación Valle del Lili., Cali: 2000, 1369 p.

SOS Emergencias., Sala de Reanimación y Evaluación Inicial, Ediciones Azteca, México D.F.: 2004, 98 p.

UNINET, Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos, Capítulo: Transporte de Pacientes en Estado Crítico, Barcelona: 2005. 326 p.

www.InstitutoDepartamentaldeSaluddelCaquetáIDESAC-historia/salud.htm

www.institutocatalanmdelasalud-hospitalgermasntriaspujol/hodpitalizacion-.htm
[13/dic/2006 8.47](http://www.institutocatalanmdelasalud-hospitalgermasntriaspujol/hodpitalizacion-.htm) p.m

[www.micaqueta_com\[NuestroFlorenciayCaquetáenlaRed\]/PuertoRico.htm](http://www.micaqueta_com[NuestroFlorenciayCaquetáenlaRed]/PuertoRico.htm)

www.monografias.com/ 13/05/03, 09:50 hrs. Telesurf,

www.reduc.cl-reduc-mella.pc

ANEXOS

Anexo A . Ubicación del Municipio de Puerto Rico – Caquetá



Anexo B. Imágenes del Municipio de Puerto Rico – Caquetá.



Escudo municipal

Calle principal del casco urbano



Fachada del hospital

Anexo C. Imágenes del Hospital San José y de algunas de sus áreas

Área de Hospitalización



Estación de Enfermería

Área de Urgencias



Sala de partos



Pediatría



Observación



Anexo D. Formato de diario de campo empleado

DIARIO DE CAMPO

N° _____

Lugar: _____ _____	Hora inicio: _____ Hora final: _____
Fecha: _____ _____	Realizado por: _____ _____
Actividad: _____ _____	N° asistentes: _____ _____
Situación	Comentario
Observaciones: _____ _____ _____ _____	

Cuadro 3: Cronograma de actividades del 2006

ACTIVIDADES	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP/BRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Diseño de Plan de Trabajo	■																											
Actividades iniciales de observación en Hospital Local San José																												
Asesoría preliminar, información general	■																											
Diseño y realización de anteproyecto		■																										
Asesoría de anteproyecto		■																										
Inicio de proyecto		■																										
Realización marco general		■																										
Realización marco teórico, conceptual y legal			■																									
Diseño metodológico y trabajo de campo			■																									
Presentación de marco general, referencial y metodológico			■																									
Asesoría de retroalimentación				■																								
Correcciones a realizar				■																								
Preparación de Anexo Manual Técnico				■																								
Aplicación de Anexo Manual Técnico en áreas					■	■	■	■	■	■	■	■																
Sistematización de resultados													■	■	■	■												
Interpretación y análisis																	■	■	■	■								
Presentación borrador de trabajo final																					■							
Entrevista con Asesora																						■						
Realización correcciones																							■					
Presentación completa de investigación																								■				
Lectura de Asesora																								■				
Aprobación para lectura del jurado																								■				

Cuadro 4: Cronograma de actividades del 2007

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Realización de correcciones			■	■	■	■															
Entrega de correcciones de Asesora							■														
Correcciones finales y entrega de jurado										■	■	■	■								
Entrega a jurado														■	■						
Devolución de trabajo para correcciones															■	■	■				
Entrega de correcciones al jurado																			■		
Aprobación de jurado																				■	
Sustentación de trabajo																				■	

Anexo E. Auto evaluación realizada en el Hospital San José del Municipio de Puerto Rico.

“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”

MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN

1. RECURSOS HUMANOS

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.		X	
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.		X	
1.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.	X		
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	X		
1.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.			X
1.6	TODOS LOS SERVICIOS	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.			X
1.7	TODOS LOS SERVICIOS	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.		X	
1.8	TODOS LOS SERVICIOS	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.	X		
1.9	TODOS LOS SERVICIOS	Para hospitalización psiquiátrica, no aplican los estándares de hospitalización.			X

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
1.10	HOSPITALIZACIÓN DE BAJA COMPLEJIDAD	Médico general, enfermera profesional, auxiliar en enfermería. Pueden ser compartidos con otros servicios siempre y cuando el otro servicio no requiera exclusividad o permanencia.	X		
1.19	SERVICIOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Médico general. Para los procedimientos anestésicos se sujetará a lo establecido en la Ley 6 de 1991 y demás normas reglamentarias. En el sentido de que solo se podrán practicar procedimientos anestésicos por parte de médico general en casos de urgencia y en casos no remitibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico anestesiólogo. Los médicos que estén cumpliendo con el servicio social obligatorio solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia vital. Los médicos no especializados en anestesiología y reanimación y los profesionales de odontología, podrán practicar procedimientos anestésicos como la anestesia local o regional, en los casos propios de su ejercicio profesional ordinario y habitual que no impliquen riesgo grave para la salud del paciente. En sala de recuperación se debe contar con enfermera jefe y auxiliar en enfermería permanentes, y disponibilidad del médico responsable del acto anestésico y del quirúrgico.	X		
1.31	SERVICIOS OBSTÉTRICOS BAJA COMPLEJIDAD	Médico general y auxiliar en enfermería.	X		
1.33	ESTERILIZACIÓN	Instrumentador o enfermera profesional o auxiliar en enfermería, esta última para aquellos lugares en que no se pueda contar con el personal profesional.		X	
1.35	LACTARIO BAJA COMPLEJIDAD	Auxiliar en enfermería con entrenamiento específico en el área.		X	
1.37	SERVICIO FARMACÉUTICO BAJA COMPLEJIDAD	Químico farmacéutico o tecnólogo en regencia de farmacia, en casos de no haber disponibilidad de estos profesionales se podrá contar con auxiliar en servicio farmacéutico. El personal será de carácter presencial para instituciones hospitalarias. Para instituciones ambulatorias: Tecnólogo en regencia de farmacia o auxiliar en servicio farmacéutico de carácter presencial.	X		
1.53	URGENCIAS BAJA COMPLEJIDAD	Médico general, auxiliar en enfermería, permanentes.	X		
1.56	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Bacteriólogo. Además podrán contar con auxiliar(es) en laboratorio clínico, siempre bajo la supervisión del Bacteriólogo, quien será el responsable de todas las actividades que se lleven a cabo en el servicio de toma de muestras. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán realizarlo auxiliares de enfermería con entrenamiento certificado. En los servicios de profesionales independientes, el bacteriólogo, debe garantizar contrato(s) con uno o varios laboratorios para procesar los exámenes.	X		
1.57	LABORATORIO CLÍNICO BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Bacteriólogo o Médico; éste último, con especialización en patología clínica, o en una de las áreas del laboratorio clínico. Además podrán contar con personal profesional del área de la salud, con formación reglamentada, autorizada para ejercer actividades relacionadas con el laboratorio clínico y con auxiliar(es) de laboratorio clínico.	X		
1.64	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS BAJA COMPLEJIDAD	Técnico en Radiología, con supervisión por especialista en Radiología. Esta supervisión implica un proceso de asesoría de un médico especialista en radiología, con el propósito que el servicio desarrolle adecuadamente las acciones sobre radioprotección; no implica la supervisión de cada procedimiento radiológico, ni la presencia permanente del radiólogo. La supervisión se puede demostrar mediante la certificación de la visita del radiólogo y el cumplimiento de las recomendaciones emitidas por él. Si se ofrece el servicio de lectura de los resultados de los exámenes, solamente será realizado por el especialista en radiología.		X	
1.84	AMBULANCIA DE TRASLADO	Auxiliar en enfermería o de urgencias médicas o tecnólogo o técnico en atención prehospitalaria, en cualquier caso, con entrenamiento certificado en		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
	ASISTENCIAL BÁSICO	sopORTE vital básico de mínimo 20 horas. -Conductor con capacitación en primeros auxilios de mínimo 40 horas.			
1.89	SALA DE REANIMACIÓN.	Es el mismo recurso humano exigido para el servicio del cual dependa. (Vgr: Si la sala depende del servicio de urgencias, el recurso humano será el mismo con el que se habilitó el servicio).	X		
1.90	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	El recurso humano requerido para los procedimientos que realice de acuerdo con las competencias definidas en las leyes del ejercicio profesional en salud. El recurso humano no es exclusivo de este servicio, será el mismo habitado en consulta externa u otros servicios	X		
1.94	AREAS DE PROCEDIMIENTOS MÍNIMOS O CONSULTORIOS EN LOS QUE SE REALICEN PROCEDIMIENTOS	El recurso humano requerido para los procedimientos que realice de acuerdo con las competencias definidas en las leyes del ejercicio profesional en salud y de acuerdo con el recurso humano de consulta externa habilitado El recurso humano no es exclusivo del servicio puede ser compartido con otros, pero disponible cuando se necesite.	X		

2. INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO.

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
2.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.	X		
2.2	TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.		X	
2.3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X		
2.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas. En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.		X	
2.5	TODOS LOS SERVICIOS	En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	X		
2.6	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.	X		

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
2.7	TODOS LOS SERVICIOS	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		
2.8	TODOS LOS SERVICIOS	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.		X	
2.9	TODOS LOS SERVICIOS	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.	X		
2.10	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	X		
2.12	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.		X	
2.13	TODOS LOS SERVICIOS	En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.		X	
2.14	HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS EN TODOS LAS COMPLEJIDADES	Cuenta con tanques de almacenamiento de agua, que garantiza como mínimo, 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua. Tiene un área para el uso técnico de los elementos de aseo. Los baños cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.		X	
2.15	HOSPITALIZACIÓN	Condiciones de áreas comunes: ✓ Si se tienen escaleras o rampas, éstas son de material antideslizante en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados, que se prolongan antes del inicio y al final, y con protecciones si existen espacios libres. Si el servicio funciona en un segundo piso deberá contar con rampa o ascensor. ✓ Si funcionan en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas, en edificaciones de cuatro (4) pisos o más, que se empezarán a contar a partir del nivel más bajo, construido existen ascensores con puertas con ancho mínimo para que quepa y gire una camilla. Para la movilización de usuarios de pie o en silla de ruedas, o camilla, la cabina deberá tener las dimensiones interiores mínimas y un espacio libre delante de la puerta de la cabina. ✓ En los accesos, áreas de circulación y salidas, se evitan los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente tapados: Compreseros, basuras, carros de comida, etc. ✓ Condiciones del área de hospitalización. ✓ Debe contar con baño, área de trabajo sucio, área de aseo para el servicio. ✓ Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas. El ambiente de los baños permite el fácil desplazamiento del paciente, las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas y cuentan con un sistema que les permite ser abiertas rápidamente. Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.			X
2.16	HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA	Cuando se trata de de lactantes cuenta con espacio acondicionado para bañar y vestir a los niños (puede ser dentro del baño). Las ventanas tienen sistemas de seguridad para los niños.		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
2.23	SERVICIOS OBSTÉTRICOS BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	<p>Dispone de un ambiente físico exclusivo y delimitado con las siguientes áreas que funcionarán en forma independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Salas de parto con área de atención del recién nacido y /o área de adaptación neonatal. ✓ Las puertas de las salas de parto tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia. ✓ Zona semi - aséptica. <p>Cuando el servicio obstétrico funcione en zona de quirófanos, sólo podrá tener en común con éste, el vestier.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ El área de trabajo de parto debe poseer unidad sanitaria. <p>Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en el área de parto y sala de partos.</p> <p>Si tienen áreas quirúrgicas de obstetricia deben estar aisladas y delimitadas y cumplirán con todas las condiciones de las salas quirúrgicas, o en su defecto utilizar las salas quirúrgicas para las cesáreas.</p> <p>Se permitirá realizar en una misma área, el trabajo de parto, la atención del parto y el postparto siempre y cuando funcione un solo paciente por sala. Si el área seleccionada es la habitación de la paciente, tendrá baño privado, teniendo cuidado de no abrir su puerta en el momento del Parto; la entrada del baño debe tener doble puerta, de tal manera que entre el espacio que quede entre las dos quepa una persona parada para que haga de filtro. Debe existir un área para recuperación del recién nacido.</p> <p>Área de aseo.</p> <p>Cuenta con la señalización para el acceso restringido.</p>		X	
2.25	ESTERILIZACIÓN	<p>Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. Si se realiza esterilización a gas, cuenta con el área específica.</p> <p>Debe poseer áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril.</p> <p>Debe contar con unidad sanitaria y área de aseo.</p>		X	
2.26	LACTARIO	<p>Área aislada del área de Hospitalización y de la circulación de pacientes y de personal.</p> <p>Debe poseer área sucia y limpia.</p> <p>El lactario no es indispensable en las Entidades acreditadas como Instituciones amigas de la mujer y de la infancia.</p>		X	
2.27	SERVICIO FARMACÉUTICO	<p>Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias, garantiza un sistema de ventilación natural y/o artificial de forma que conserve la vida útil de los productos farmacéuticos y afines y condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante.</p> <p>En caso de que se haga reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación de soluciones inyectables en dosis unitarias, soluciones de nutrición parenteral o medicamentos citostáticos, cuenta con áreas que garantizan las buenas prácticas de manufactura exigidas para tal fin. Cuenta con un sistema de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad pertinentes.</p> <p>Dispondrá de ambientes necesarios para los procedimientos que se realicen, de conformidad con la normatividad aplicable a cada uno de ellos.</p> <p>Si se trata de servicios ambulatorios pueden ser Independiente o pertenecer a una IPS.</p>	X		
2.30	URGENCIAS	<p>Cuenta con un ambiente físico exclusivo y delimitado y dispone de las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Puesto de enfermería, el cual debe contar como mínimo con los siguientes ambientes: trabajo sucio, unidad sanitaria y depósito ✓ Consultorios con las características de consulta externa. ✓ Sala de procedimientos con área para curaciones. Si cuenta con sala ERA, rehidratación oral o sala de yeso deberá cumplir con los requisitos solicitados en dichos servicios. ✓ Sala de observación (si atiende pacientes pediátricos contará con ambiente separado para este tipo de pacientes) ✓ Sala de Reanimación (en baja complejidad puede ser la misma área de procedimientos). ✓ Área general de aseo para el servicio; puede ser compartido con otros servicios cercanos. <p>El servicio garantiza la disponibilidad de oxígeno en los consultorios, en el área de observación y en la sala de reanimación.</p> <p>Presta servicios 24 horas.</p>		X	
2.32	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS	<p>Las áreas en las que funcionan los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico u odontológico expedida por la dirección territorial competente.</p>		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
	TERAPÉUTICO				
2.33	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO.	Debe existir un área dedicada para tomar muestras que esté dotada con muebles para tal fin. Debe tener un mezon sólido para la centrífuga. En ésta no debe haber tela ni madera expuesta, debe estar cubierta con plástico u otro material lavable. Toma de muestras ginecológicas y citologías Cérvico uterinas: Esta área debe ser independiente y privada. Área de aseo y sanitarios: Deben contar mínimo con un baño, poceta y lavamanos que puede ser compartido con otros servicios.		X	
2.34	LABORATORIO CLÍNICO DE BAJA COMPLEJIDAD	El área de laboratorio deberá tener las secciones del laboratorio separadas e identificadas. Las áreas de trabajo cuentan con iluminación y ventilación natural y/o artificial. Los pisos son impermeables, sólidos de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos lavables y resistentes a factores ambientales. Las mesas de trabajo son impermeables sólidas y resistentes a factores ambientales. No se exigen requisitos especiales para los techos Deben tener uno o varios sifones libres, Uno o varios lavamanos y una ducha manual o lavaojos. Debe contar con una sala de espera adecuada con sillas suficientes, la cual puede ser compartida con otros servicios. Debe contar con un área de recepción del paciente y donde se suministra información Los equipos del laboratorio deben contar con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra y no deben estar conectados a una extensión eléctrica.	X		
2.48	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO Y MEDICALIZADO	Las especificaciones técnico-mecánicas de las ambulancias terrestres, fluviales o marítimas y aéreas, tendrán como referencia la última versión vigente de la Norma Técnica Colombiana (ICONTEC). -Las ambulancias terrestres, fluviales o marítimas y las aéreas, además de los requisitos de salud, deben cumplir con los que para este tipo de servicios determine la autoridad aeronáutica civil de Colombia y las autoridades de tránsito terrestre, fluvial o marítimo. -Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos. -Se debe cumplir con las disposiciones que se encuentran desarrolladas en los requisitos de habilitación de los servicios de traslado asistencial básico (TAB) y traslado asistencial medicalizado (TAM) para ambulancia aérea, terrestre y/o fluvial o marítima.	X		
2.54	SALA DE REANIMACIÓN DE URGENCIAS.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se encuentra dentro del servicio de urgencias. ✓ Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no es utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución. ✓ El acceso permite el ingreso fácil de camillas. ✓ Los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. Además los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales. ✓ El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia. ✓ Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno. ✓ Los equipos eléctricos estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra. ✓ Área de aseo para este servicio, en caso de no compartirlo con otros servicios aledaños. 		X	
2.55	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Funciona en un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución. ✓ El acceso permite el ingreso fácil de camillas. ✓ Los pisos son impermeables, sólidos, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes, y con nivelación adecuada para facilitar drenaje. Además los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, resistentes a factores ambientales. ✓ El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia. ✓ Acceso a lavamanos, fuera de la sala. ✓ Si se trata de una sala dependiente de consulta externa o prioritaria debe contar con señalización clara y visible para los usuarios de que no se presta el servicio de 		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
		urgencias y los horarios de atención. ✓ En los servicios dependientes de consulta externa o prioritaria no se podrán manejar pacientes que requieran observación. Las áreas de observación serán exclusivas de los servicios de urgencias.			

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO.

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
3.1	TODOS LOS SERVICIOS	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.	X		
3.2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.		X	
3.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.		X	
3.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.	X		
3.5	HOSPITALIZACIÓN EN TODOS LAS COMPLEJIDADES	Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes. La dotación mínima será ambú - bag, laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, guía de intubación para adulto y pediátrica según el tipo de población que atienda. Succionador, electrocardiógrafo, bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto, glucómetro, camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados y silla de ruedas.		X	
3.12	ESTERILIZACIÓN	Equipo de esterilización según el método establecido en el manual de esterilización de la institución.	X		
3.18	SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE BAJA - MEDIANA, Y ALTA COMPLEJIDAD	Si el servicio es de baja complejidad, la sala de partos cuenta con: ✓ Equipo de succión, equipo básico de reanimación, lámpara cuello de cisne o una equivalente que ilumine perfectamente el campo de interés, lámpara de calor radiante o equivalente, mesa de atención de parto, equipos de atención de partos, equipo de episiotomía y episiorrafia, mesa para la atención del recién nacido, tallímetro, báscula pesa bebé. Si el servicio es de mediana o alta complejidad además de lo anterior ✓ Disponibilidad de máquina de anestesia en el área de salas de partos y legrados.	X		
3.27	URGENCIAS BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Si el servicio es de baja o mediana complejidad cuenta con: ✓ En el área de consulta médica: Camilla con estribos, salvo en urgencias pediátricas que no requieren estribos, tensiómetro y fonendoscopio, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, balanza de pie. ✓ En urgencias pediátricas: balanza pesa bebé y cinta métrica. ✓ En Sala de procedimientos: Camillas rodantes con freno y con barandas, equipo de pequeña cirugía. ✓ En Sala de Observación: Camillas rodantes con barandas. Dotación para todo el servicio: ✓ Instrumental gineco-obstétrico, ✓ Monitor de signos vitales, ✓ Aspirador de secreciones, ✓ Material para inmovilización para adulto y pediátrico. ✓ Equipo de toracostomía. El carro de paro debe contener: ✓ Equipos para permeabilización de vía aérea (bajalenguas, tornillos, pinzas maguill)		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
		<p>cánulas orofaríngeas: guedelmayo, bergman y nasofaríngeas blandas o rígidas de diferentes tamaños.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dispositivo para ventilación transtraqueal percutánea. ✓ Laringoscopio, pilas, valvas para adulto y paciente pediátrico, de diferentes tamaños, rectas y curvas. ✓ Tubos endotraqueales de diferentes tamaños. ✓ Máscaras laríngeas de diferentes tamaños o combitubo. ✓ Fijadores de tubo endotraqueal. ✓ Mangueras conectoras a fuentes de oxígeno. ✓ Dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio para adultos y pediátrico. ✓ Máscara de no reinhalación con reservorio para adultos y pediátrico. <p>Si el servicio es de alta complejidad cuenta además de lo definido para baja y mediana complejidad con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En sala de reanimación: Camilla rodante con mecanismo de freno, mesa auxiliar rodante, aspirador de secreciones, adecuado sistema de iluminación, monitor cardiaco de cinco (5) derivaciones con visoscopio, impresora y desfibrilador con paletas adulto y pediátricas que debe funcionar con batería y permanecer conectado, y oximetría. <p>Elementos para todo el servicio: Equipos de punción lumbar y bombas de infusión.</p>			
3.32	TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO CLÍNICO	Los equipos necesarios según las muestras que tomen.	X		
3.33	LABORATORIO CLÍNICO BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	Los laboratorios clínicos deberán tener los equipos Manuales, semi-automatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen.	X		
3.37	RADIOLOGIA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPEUTICA ENDOSCOPIA DIGESTIVA, FIBROBRONCOSCOPIA, LITOTRIPSIA UROLÓGICA Y PROCEDIMIENTOS UROLÓGICOS DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	<p>Equipo de RX correspondiente con: Mesa radiográfica, delantal plomado, protector gonadal y de tiroides para paciente y el acompañante; si se usa medio de contraste, cuenta con equipo básico de reanimación que puede ser compartido con otro servicio y disponibilidad de desfibrilador.</p> <p>Si realiza ultrasonografía, cuenta con equipo de ultrasonografía con los transductores adecuados para cada uno de los estudios ofrecidos.</p> <p>Si ofrece diagnóstico cardiovascular cuenta con: Equipo básico de reanimación, electrocardiógrafo con mínimo 12 derivaciones.</p> <p>Si realiza pruebas de esfuerzo, cuenta además de lo básico con: Banda de prueba de esfuerzo o bicicleta, con 12 canales y automatizada, con registro de monitoreo continuo de electrocardiograma, de mínimo 3 canales, electrocardiógrafo conectado a impresora para registro de impresión de 12 canales simultáneo.</p> <p>Si realiza monitoreo de tensión arterial, cuenta además de lo básico con: computadora, impresora y el equipo adecuado.</p> <p>Si ofrece holter, cuenta además de lo básico con: Equipo holter, impresora, computador, cassette con rebobinador y grabadora.</p> <p>Si realiza ecocardiografía, cuenta, además de lo básico, con: Ecocardiógrafo de alta resolución, permitiendo imágenes de modo M, bidimensional, doppler pulsado, continuo, poseer conexión para electrocardiograma, apareciendo simultáneamente en la pantalla para realización de mediciones de acuerdo al ciclo cardíaco, controles para definición de imágenes, al mismo tiempo útil en la mejoría del Doppler y bidimensional para realizar cambios en: Límite de transmisión, profundidad, poder de transmisión, control de compresión, compensación y tiempo de ganancia con transductores y que éstos sean: Electrónicos de disposición física, o Mecánicos siempre y cuando sean de alta resolución.</p> <p>Si ofrece resonancia nuclear magnética: Resonador magnético.</p> <p>Si ofrece tomografía axial computarizada: Tomógrafo.</p> <p>Si ofrece fibrobroncoscopia: Camilla, fibrobroncoscopio con fuente de luz, equipo de succión, oxímetro, unidad electroquirúrgica con módulos de corte y coagulación, pinzas de biopsia y de extracción de cuerpo extraño.</p> <p>Si realiza biopsias transbronquiales: Fluoroscopio o intensificador de imágenes equipó básico de reanimación y equipo de succión.</p> <p>Si realiza endoscopia digestiva: Camillas, equipos endoscópicos con fuente de luz y unidades de inserción y el instrumental necesario, de acuerdo con el tipo de procedimiento a realizar.</p> <p>Si realiza procedimientos más complejos (Colangiopancreatografía endoscópica retrograda), cuenta además con: Unidad electroquirúrgica con módulos de corte y coagulación, duodenoscopio, unidad electroquirúrgica de refuerzo, segundo aspirador de</p>		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
		<p>secreciones, acceso o disponibilidad a unidad de fluoroscopia con: Intensificador de imagen y monitor de signos vitales. Equipo básico de reanimación y succionador.</p> <p>Si realiza litotripsia urológica cuenta con: Camilla, Equipo de Litotripsia que conste de: Mesa, emisor de ondas de choque, de mecanismo para localización del calculo y dirección del procedimiento.</p> <p>Si realiza procedimientos urológicos cuenta con: Camilla urológica y los equipos endoscópicos adecuados, con sus correspondientes accesorios, de acuerdo con el tipo de procedimiento ofrecido.</p> <p>Si realiza procedimientos especiales cuenta además con: Sala de RX para procedimientos especiales. Equipo de substracción digital, acceso a equipo de anestesia, inyector, oxímetro de pulso y equipo de pulsosucción.</p> <p>Sala de Observación: Camilla con barandas y equipo básico de reanimación.</p> <p>Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de Funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical, de otro equipo de Rayos X de uso odontológico y o de equipos de Rayos X de uso diagnóstico médico expedidas por la dirección territorial.</p>			
3.45	SERVICIO FARMACÉUTICO	<p>La dotación y muebles necesarios para la clasificación, almacenamiento y dispensación de los medicamentos, para la realización de los procesos que ofrezcan.</p> <p>Si prepara soluciones inyectables, adecuación de dosis, nutriciones par enterales y mezcla de medicamentos citostáticos, debe contar con cámara de flujo laminar. Para el almacenamiento de insumos: Nevera exclusiva.</p>	X		
3.50	SALA DE REANIMACIÓN	<p>✓ Instrumental o equipo de pequeña cirugía, Monitor de signos vitales, succionador y material para inmovilización adulto y pediátrico, puede ser compartido con todo el servicio de urgencias. Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos, que cada servicio tenga definido en una relación fácilmente disponible. La dotación mínima será Ambú, Laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica, Guía de entubación (adulto y pediátrica). Ambú y laringoscopio neonatales, desfibrilador, equipo de toracostomía, que pueden ser compartidos con todo el servicio de urgencias.</p> <p>✓ Si es un servicio de urgencias de alta complejidad: Camilla rodante con mecanismo de freno, Mesa auxiliar rodantes, Succionador, Adecuado sistema de iluminación, Monitor cardiaco de 5 derivaciones con visoscopio, impresora y desfibrilador con paletas adulto y pediátricas, de funcionar con batería debe permanecer conectado permanentemente, Monitor de signos vitales y oximetría.</p> <p>✓ Elementos para todo el servicio: Equipos de punción lumbar y bombas de infusión</p>	X		
3.51	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	<p>✓ Camillas rodantes con freno y con barandas.</p> <p>✓ Instrumental o equipo de pequeña cirugía, instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realiza.</p>	X		
3.52	SERVICIOS FARMACEUTICOS AMBULATORIOS	<p>✓ Dotación para el control de temperatura y humedad, dotación de la red de frío en caso de manejo de medicamentos que requieran refrigeración.</p>	X		

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

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
4.1	TODOS LOS SERVICIOS	<p>La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto <u>2200 de 2005</u> o las demás normas que lo modifiquen, adiciones o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto <u>4725 de 2005</u> o demás normas que lo adiciones, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos que utilice la institución.</p>		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
4.2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.		X	
4.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.		X	
4.4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.		X	
4.7	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	Las tomas de muestras deben tener los soportes de los pedidos y kardex, donde existen todos los dispositivos médicos de la toma de muestras. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.		X	
4.8	LABORATORIO CLÍNICO BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Tiene un proceso de adquisición de dispositivos médicos definido y documentado. Los insumos y reactivos se encuentran almacenados bajo las condiciones de temperatura adecuada según el fabricante. Tiene un sistema de kardex. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA.		X	

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES.

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
5.1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas. La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.		X	
5.2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos. Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.		X	
5.3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.		X	
5.4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.		X	
5.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan,		X	
5.6	TODOS LOS SERVICIOS	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.	X		

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
5.7	TODOS LOS SERVICIOS	Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio.			X
5.9	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.		X	
5.10	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar. Si ofrece programa de trasplantes tiene implementado el comité de trasplante de acuerdo con el Decreto 2493 de 2004 o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.		X	
5.11	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.		X	
5.12	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.		X	
5.13	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes. 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.		X	
5.15	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.		X	
5.16	TODOS LOS SERVICIOS	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.		X	
5.18	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.		X	
5.20	HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS	Si la IPS realiza transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, éstos últimos deben ser provenientes de un banco de sangre o de un servicio de transfusión sanguínea. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.			X
5.28	SERVICIOS OBSTÉTRICOS	Atención del parto, indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia, hemorragia post-parto y post-cesárea, complicaciones intraparto, instrumentación, atención al recién nacido: Profilaxis ocular y umbilical, adaptación, reanimación del recién nacido y criterios de remisión.		X	
5.30	LACTARIO	Guías para la preparación de fórmulas lácteas.			X
5.31	ESTERILIZACIÓN	Si utiliza esterilización a gas, cuenta con un manual de procedimientos, Manual de Esterilización según la (s) técnica (s) que utilice la IPS		X	
5.33	URGENCIAS DE BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Además de las definidas para la atención hospitalaria, deben tener guías sobre atención médica inicial y definición de conducta. Revisión en cada turno del equipo de reanimación. Metodología y definición de clasificación de pacientes (triage) si realiza este procedimiento. Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.		X	
5.41	TOMA DE MUESTRAS PARA	Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras. Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
	LABORATORIO CLINICO	Muestras del laboratorio clínico. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio. Protocolo de transporte de muestras			
5.42	LABORATORIO CLINICO BAJA, MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	Deben tener un programa de control de calidad Interno y externo, y deben garantizar la existencia de Manuales. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas. ✓ Manual de Control de Calidad Interno y externo. ✓ Manual de toma, transporte y Remisión de Muestras. ✓ Manuales de procedimientos técnicos de cada sección. ✓ Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico. ✓ Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico. ✓ Protocolo de limpieza y desinfección de áreas y material de vidrio. ✓ Los manuales deben llevar un registro de que todo el personal los conoce, deben revisarse cada año y documentar las actualizaciones 		X	
5.45	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES	Cumplimiento del manual de radioprotección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general. Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos y para los cuidados posteriores, en especial en los procedimientos de radiología intervencionista y de medicina nuclear. Normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante. Protocolos para garantía de calidad de la imagen. Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto.		X	
5.47	SALA DE REANIMACIÓN.	Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, Equipo de salud, El paciente, Instrumental y los equipos. Transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, provenientes de un Banco de Sangre o de un servicio de transfusión sanguínea. Los prestadores que realicen la transfusión tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente. Guías sobre Atención médica inicial y definición de conducta. Revisión en cada turno del EQUIPO DE REANIMACIÓN Planes de emergencia hospitalaria. Cadena de llamadas.		X	
5.48	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	Debe contar con la relación de procedimientos que se realizan en la sala. Debe tener definidos criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar en la sala y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos menores establecidas en la definición de procedimientos menores. Protocolos de los procedimientos que se realizan en la sala, que incluyan consentimiento informado. Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización. Guías de manejo de patologías de Urgencia Manual de bioseguridad.		X	
5.53	SERVICIOS FARMACÉUTICOS AMBULATORIOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. ✓ Normas explícitas sobre la no formulación ni realización de actividades de asesoría farmacológica ni de fármaco-vigilancia por personal diferente al químico farmacéutico. ✓ Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico. ✓ Procedimiento para el manejo de medicamentos de control. 		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
		✓ Procedimientos para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de medicamentos.			

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
6.1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
6.2	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.		X	
6.3	TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.			X
6.4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.		X	
6.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.		X	
6.6	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.			X
6.7	TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.			X
6.12	RADIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro de placas tomadas y pacientes atendidos, donde se especifique el tipo de placa, los parámetros usados en el proceso. ✓ Registro de placas dañadas, y posibles causas. ✓ Registro de dosis de radiación. 		X	
6.13	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos. ✓ Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica. ✓ Registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: Debe especificar la temperatura y hora de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe. ✓ Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. Los resultados de los exámenes deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio clínico que los realizó, sin transcribirlos. ✓ Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia. <p>Si es Profesional independiente, además de lo anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro diario de pacientes y exámenes solicitados, con el nombre del laboratorio clínico que los realizará. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos. 		X	
6.14	LABORATORIO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro diario de pacientes, exámenes solicitados y de resultados de los exámenes realizados. Si se realiza en medio magnético asegurarse de que no se puedan modificar. ✓ Registro de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. ✓ Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia. ✓ Formato de Reporte de resultados. ✓ Registro de Control de Calidad Interno y externo. ✓ Registros de temperatura del baño serológico y de la(s) nevera(s) (Si aplica). ✓ Todos los registros y documentación del laboratorio, deben mantenerse en archivo 		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
		activo y en archivo muerto durante el tiempo contemplado por la normatividad vigente. ✓ Los resultados del control de calidad interno y externo, deben conservarse por lo menos durante un (1) año.			
6.16	SERVICIOS DE URGENCIAS Y LOS Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	Deberá contar con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.	X		

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS.

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
7.1	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o urgencias de baja complejidad cuenta con: ✓ Laboratorio clínico. ✓ Servicio farmacéutico. ✓ Ambulancia. ✓ Radiología. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).	X		
7.4	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de hospitalización pediátrica (excepto cuando es una institución acreditada por la OPS como amiga de la mujer y de la infancia), cuenta con lactario, a menos que la preparación de tetos esté contratada por fuera de la institución.		X	
7.5	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio.	X		
7.8	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.	X		
7.10	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios de esterilización, lactario y servicio farmacéutico, pueden pertenecer a la IPS o ser externos y contratados por la IPS, quien responderá por el buen funcionamiento de los mismos.	X		
7.11	URGENCIAS DE BAJA COMPLEJIDAD CONSULTA PRIORITARIA	✓ Cuenta con servicio de laboratorio clínico o demuestra el apoyo de los exámenes de laboratorio clínico necesarios para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida. ✓ Cuenta con servicio farmacéutico de baja complejidad o demuestra el apoyo de suministro de medicamentos necesario para la complejidad y tipo de pacientes que atiende con la oportunidad requerida. Si el apoyo es con un servicio independiente, los medicamentos en el carro de paro y los necesarios para la reanimación de pacientes y los insumos y material médico quirúrgico para la operación de rutina del servicio se encuentran en las instalaciones del servicio y su gestión se encuentra bajo responsabilidad del prestador.		X	
7.12	SERVICIOS QUIRURGICOS HOSPITALARIOS O AMBULATORIOS	✓ Cuenta con servicio de esterilización dependiente o independiente, dentro o fuera de las instalaciones del prestador.	X		
7.15	TRASLADO ASISTENCIAL BASICO O MEDICALIZADO Y LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA	Cuenta con sistema de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia.	X		

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
8.1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.		X	
8.2	HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS Y PRESTADORES EN ÁREAS GEOGRÁFICAS DE DIFÍCIL ACCESO	Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución. ✓ Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros). ✓ Disponibilidad de medios de transporte. ✓ Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes. 		X	
8.3	SERVICIOS OBSTÉTRICOS DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD	Sistemas de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal.		X	
8.7	SALA DE REANIMACIÓN.	Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución. ✓ Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia. ✓ La disponibilidad de los medios de transporte. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes		X	
8.8	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	Para las áreas dependientes de urgencias, el diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución. ✓ Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia. ✓ La disponibilidad de los medios de transporte. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes. Para las áreas dependientes de consulta externa: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La definición previa de la institución donde remitirán al paciente en caso de tratarse de urgencias, de complicaciones en el procedimiento y o de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución. ✓ Los destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución. ✓ Los equipos de comunicaciones necesarios para el contacto con la entidad de referencia. Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.		X	

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
9.1	TODOS LOS SERVICIOS	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La ficha técnica del indicador ✓ La estandarización de las fuentes. ✓ La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas. 		X	
9.2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.		X	

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
9.9	CONSULTA PRIORITARIA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Los riesgos propios de los servicios que sean ofrecidos en la consulta prioritaria, es decir: Consulta de medicina general, Consulta de odontología general, Consulta de enfermería, Salas de procedimientos menores, Terapia respiratoria y Rehidratación oral. ✓ Potencial incremento en el tiempo de atención de urgencias vitales. Consiste en que los usuarios de este servicio, perciban que la atención se preste de manera permanente y acudan a los puntos de atención en caso de presentar una urgencia vital en el momento en que el punto de atención no se encuentre funcionando, con lo cual se puede incrementar la demora en casos de urgencias vitales. ✓ Pacientes que superan la capacidad técnico científica del servicio. dados los horarios extendidos y la disponibilidad de recursos, los usuarios pueden percibir una mayor capacidad resolutive en los puntos de atención, de la que realmente tienen y en consecuencia incrementarse los tiempos de resolución de patologías urgentes vitales y de alta complejidad. 		X	
9.10	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	<p>Las tomas de muestras de profesionales independientes deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Complicaciones de los procedimientos diagnósticos. ✓ Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros. ✓ Resultados intercambiados entre pacientes. ✓ Resultados de exámenes no solicitados. <p>Resultados de exámenes que llegaron inoportunamente.</p>		X	
9.11	LABORATORIO CLÍNICO BAJA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD	<p>Todos los laboratorios clínicos deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Complicaciones de procedimientos diagnósticos ✓ Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos <p>Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros</p> <p>LABORATORIO DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Porcentaje de citologías negativas, positivas según anomalías epiteliales definidas por el sistema Bethesda vigente y muestras insatisfactorias. 		X	
9.13	SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mortalidad de urgencias en las salas en urgencias. ✓ Infecciones derivadas de los procedimientos realizados. ✓ Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos, en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimiento ambulatorios. ✓ Complicaciones terapéuticas y/o medicamentosas del manejo de medicamentos para recuperación ambulatoria. 		X	
9.14	SERVICIO FARMACÉUTICO HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a: Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante, eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización del medicamento, formulación por profesional no autorizado para la formulación, resistencia antibiótica, efectos adversos innecesarios o evitables, enmascaramiento de cuadros clínicos. 		X	

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

AMBULANCIA TERRESTRE

COD.	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
		<p>CARROCERIA.</p> <p>Tiene dos compartimentos, uno para el conductor y otro para el paciente con comunicación visual y auditiva entre sí.</p> <p>Tiene acceso principal al compartimiento del paciente por la parte posterior con una apertura útil de mínimo 1.10 metros altura y de 0.90 metros de ancho, con mecanismo que permite el bloqueo en posición de "abierto", con un peldaño adherido a la carrocería con acabado antideslizante para facilitar el acceso al compartimiento del paciente. (Sobre estas medidas se autorizan variables máximas del 10 %)</p>	X		
			X		

COD.	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	
	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO (TAM) AMBULANCIA TERRESTRE	El vehículo tiene en el compartimiento del paciente ventanas con vidrio de seguridad, con visibilidad únicamente de adentro hacia fuera y con dispositivo de martillo o de otro tipo para fracturarlas.	X			
		Las dimensiones interiores básicas para el compartimiento del paciente para ambulancias 4x4, 4x2 y tipo Van son mínimo de 2.20m de longitud, 1.50m de ancho y 1.35 de alto. (Sobre estas mediadas se autorizan variables máximas del 10 %)	X			
		El color principal de la ambulancia debe ser visible y de fácil identificación. Se recomienda el uso del blanco como color principal (Describir color en observaciones).	X			
		En todos los lados exteriores de la carrocería incluido el techo esta la leyenda "AMBULANCIA" fabricada en material reflectivo. En el aviso de la parte anterior externa de la carrocería, la palabra "AMBULANCIA", debe tener un largo mínimo del 90% del frente del vehículo y estar escrita en sentido inverso.	X			
		En los costados y en la parte posterior del vehículo debe llevar el nombre o logotipo de la entidad a la cual pertenece, la sigla TAB o TAM según el caso y el nombre del municipio sede de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	X			
		En los costados, puertas posteriores y en el techo de la ambulancia, tiene la "Estrella de la Vida", de color azul o verde reflectivo ó el Emblema Protector de la Misión Médica de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1020 de 2002 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan del Ministerio de la Protección Social.	X			
		LUCES EXTERIORES:				
		Tiene dispositivo de señalización óptica (barra de luces) en la parte delantera y por encima del vidrio parabrisas que puede ser de tipo rotatorio, intermitente o estroboscópico, visible como mínimo a 180° y de fácil observación con la luz del día.	X			
		En la parte posterior de la carrocería del vehículo debe llevar un dispositivo de señalización óptica, que puede ser de tipo rotatorio, intermitente o estroboscópico, visible como mínimo a 180° y de fácil observación a la luz del día.	X			
		Tiene dos luces de delimitación laterales blancas fijas, distribuidas simétricamente en cada costado del vehículo.	X			
		Tiene dos luces de delimitación laterales rojas intermitentes ambas distribuidas simétricamente en cada costado del vehículo.	X			
		CONDICIONES GENERALES DEL INTERIOR DEL VEHICULO.				
		Con relación a los revestimientos interiores del compartimiento del paciente, estos no tienen elementos afilados o cortantes, son de material lavable, con acabados no rugosos y resistentes al deterioro por agentes desinfectantes habituales.	X			
		El piso de la ambulancia es antideslizante, su unión con las paredes es hermética y se encuentra adherido al vehículo.	X			
		Con relación a la silla del acompañante , ésta es de material lavable, cuenta con cinturones de seguridad y protección para la cabeza y la espalda.	X			
		Tiene cinturones de seguridad adicionales para sostener una camilla adicional.	X			
		Con relación a la silla del personal auxiliador , ésta tiene cinturones de seguridad y protección para la cabeza y espalda.	X			
	En el compartimiento del paciente, lleva la leyenda de "NO FUME" y "USE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD".	X				
	Los gabinetes del compartimiento del paciente son livianos, de material resistente, lisos, lavables, sin bordes agudos o filos cortantes y tienen sistema de puertas de material transparente, resistente, con anclajes seguros para evitar la apertura de las puertas.	X				
	Los entrepaños de los gabinetes tienen un borde ligeramente elevado para evitar que los medicamentos y equipos se caigan cuando el vehículo esta en movimiento.	X				
	En los gabinetes llevan el nombre correspondiente y colores de Identificación para guardar los elementos de acuerdo con su especialidad, así: Azul: Sistema respiratorio; Rojo: Sistema Circulatorio; Amarillo: Pediátrico; Verde: quirúrgico y accesorios	X				
	Los equipos de tratamiento médico están asegurados convenientemente sin detrimento de su operación.	X				
	La ambulancia tiene iluminación interior para todo el área de manejo del paciente.	X				
	Tiene lámpara desmontable que permita su utilización a distancia del vehículo.	X				
	Tiene barra pasamanos en el compartimiento del paciente fijada al techo y resistente para sostener al personal asistencial cuando el vehículo esté en movimiento.	X				
	Tiene compartimiento aislado para los cilindros de oxígeno con manómetros visibles y regulables desde el interior del compartimiento del paciente.	X				

COD.	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA
		27. Los gases del tubo de escape no ingresan al interior de la ambulancia.	X		
		SISTEMA SONORO Y DE COMUNICACIONES			
		✓ Tiene una sirena como sistema principal de alerta.	X		
		✓ Cuenta la ambulancia con sistema de telecomunicaciones de doble vía, asignado exclusivamente a la ambulancia, que le permita establecer contacto con su central, base o red de coordinación. ¿Cuál? (especifique en observaciones)	X		
		DOTACIÓN. AMBULANCIA DE TRASLADO ASISTENCIAL BASICO (TAB).			
		✓ Camilla principal con sistema de anclaje.	X		
		✓ Camilla secundaria para inmovilización espinal.		X	
		✓ Atril portasuero de dos ganchos.		X	
		✓ Un tensiómetro adultos.	X		
		✓ Un tensiómetro pediátrico.		X	
		✓ Un fonendoscopio adultos.		X	
		✓ Un fonendoscopio pediátrico.		X	
		✓ Pinzas de Magill.		X	
		✓ Tijeras de material.		X	
		✓ Un termómetro clínico.		X	
		✓ Una perilla de succión.		X	
		✓ Una riñonera.		X	
		✓ Un pato mujeres.		X	
		✓ Un pato hombres.		X	
		✓ Una lámpara de mano.		X	
		✓ Una manta térmica.		X	
		✓ Sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento de mínimo tres (3) metros cúbicos. Parte del sistema debe ser portátil para permitir el desplazamiento de las camillas manteniendo el suministro de oxígeno al paciente.	X		
		✓ Aspirador de secreciones.		X	
		✓ Un dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno para adultos.		X	
		✓ Un dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno pediátrico.		X	
		✓ Tres cánulas orofaríngeas de diferentes tamaños.		X	
		✓ Una máscara de no reinhalación con reservorio para adulto.		X	
		✓ Una máscara de no reinhalación con reservorio pediátrica.		X	
		✓ Un combitubo o máscara laríngea.		X	
		✓ Un sistema ventury adulto.		X	
		✓ Un sistema ventury pediátrico.		X	
		✓ Un nebulizador.		X	
		✓ Conjunto para inmovilización que debe contener collares cervicales graduables, inmovilizadores laterales de cabeza, férulas neumáticas, de cartón o de plástico para el brazo, cuello, antebrazo, pierna y pié; vendas de algodón, vendas de gasa, vendas triangulares.		X	
		INSUMOS			
		✓ Guantes desechables.	X		
		✓ Apósitos de gasa y apósitos de algodón.	X		
		✓ Ganchos de cordón umbilical o similares.	X		
		✓ Sondas nasogástricas de diferentes tamaños.	X		
		✓ Sondas de Nelatón de diferentes tamaños.	X		
		✓ Cinta de esparadrapo y cinta de microporo.	X		
		✓ Sábanas para la camilla.		X	
		✓ Tapabocas.		X	
		✓ Cuenta con recipientes debidamente rotulados para almacenamiento de residuos peligrosos biosanitarios y cortopunzantes de acuerdo con las normas vigentes.		X	
		✓ Cuenta con gafas de bioprotección, elementos de desinfección y aseo.	X		
		✓ Cuenta con soluciones cristaloides: (solución salina, hartman y dextrosa).	X		
		✓ Medicamentos e insumos.			

