

EVALUACION DE ESTANDARES DE HABILITACION DE SERVICIOS
DE SALUD, EN LA ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA
MUNICIPIO DE YAGUARA, DEPARTAMENTO DEL HUILA

KELLY JOHANNA CASTAÑEDA MORENO
NORMA PIEDAD CLEVES FIERRO
KELY JHOANA GARNICA JOVEN
MARIA LILIANA MOLINA SANCHEZ
RICARDO MOSQUERA MOSQUERA
YIVY SALAZAR PARRA
CAROLINA SALAZAR VARGAS

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA, HUILA
2010.

EVALUACION DE ESTANDARES DE HABILITACION DE SERVICIOS
DE SALUD, EN LA ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA
MUNICIPIO DE YAGUARA, DEPARTAMENTO DEL HUILA

KELLY JOHANNA CASTAÑEDA MORENO
NORMA PIEDAD CLEVES FIERRO
KELY JHOANA GARNICA JOVEN
MARIA LILIANA MOLINA SANCHEZ
RICARDO MOSQUERA MOSQUERA
YIVY SALAZAR PARRA
CAROLINA SALAZAR VARGAS

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Especialistas en Gerencia en servicios de Salud y Seguridad Social.

Asesor
LUIS EDGAR GALVIS QUINTERO
Médico especialista en Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad
Social, especialista en Gerencia y Auditoria de Calidad de la Salud

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA, HUILA
2010.

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, agosto del 2010

DEDICATORIA

A nuestras familias integradas por padres, esposos, esposa, hijos; quienes con su apoyo y consideración permanente fortalecieron nuestra capacidad de lograr el éxito y cumplir con nuestra meta de ser Especialistas en Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social,, como al igual contribuir en el mejoramiento de la Calidad en el Sistema de Salud y manteniendo de la Salud en nuestras familias y sociedad Colombiana.

KELLY JOHANNA
NORMA PIEDAD
KELY JHOANA
MARIA LILIANA
RICARDO
YIVY
CAROLINA

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A nuestros compañeros de estudio y de tesis por su responsabilidad y compromiso conjunto en lograr esta meta,

Al doctor PEDRO REYES GASPAS Coordinador de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud.

A MARIA EUGENIA ROJAS Secretaria de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud, por su estímulo y motivación permanente para la culminación de esta,

A nuestras familias y amigos que con su admiración y apoyo contribuyeron a este feliz logro.

A todos mil gracias....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2 JUSTIFICACIÓN	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GENERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
4 MARCO DE REFERENCIA	24
4.1 ANTECEDENTES EN COLOMBIA	24
4.2 POLITICA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD	26
4.2.1 Definición de calidad	26
4.2.2 Calidad en salud	26
4.3 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	27
4.4 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD (SOGC)	27
4.4.1 Características del sistema	27
4.4.2 Componentes del sistema	28
4.5 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	29
4.5.1 Proceso de habilitación se describen a continuación las actividades	29
4.5.2 Estándares de habilitación	30
4.6 VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES	32
4.7 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	32
4.8 PROFESIONAL INDEPENDIENTE	33
4.9 MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN	33
4.10 MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN	33

		Pág.
4.11	EVALUACIÓN	33
4.12	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	33
4.13	INSCRIPCIÓN	33
4.14	REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	34
4.15	VIGENCIA DE LA INSCRIPCIÓN	34
4.16	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN	34
4.17	DISTINTIVO DE HABILITACIÓN	34
5	RESEÑA HISTORICA DEL MUNICIPIO DE YAGUARÁ	35
5.1	CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS DEL MUNICIPIO DE YAGUARA	35
5.2	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL MUNICIPIO DE YAGUARÁ, ESTIMACIONES PARA EL 2008	36
5.3	SECTOR SALUD	37
5.3.1	Sistema general de salud	38
5.3.2	Aseguramiento y seguridad social	38
5.3.3	Plan territorial de salud pública	39
5.3.4	Perfil epidemiológico	40
5.3.4.1	Natalidad versus mortalidad	40
5.3.4.2	Mortalidad abreviada	41
5.3.4.3	Morbilidad por enfermedades de interés en salud pública	41
5.3.4.4	Enfermedades transmitidas por vectores	43
5.3.4.5	Morbilidad por hospitalización	43
6	ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA	45
6.1	PLANEACION ESTRATEGICA ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA	45

	Pág.
6.1.1 Misión	45
6.1.2 Visión	45
6.1.3 Estructura organizacional	46
6.1.3.1 Áreas y unidades funcionales	46
6.1.3.2 Servicios que oferta	47
7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
8 DISEÑO METODOLOGICO	49
8.1 TIPO DE ESTUDIO	49
8.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO	49
8.3 MUESTRA	49
8.4 CRITERIOS DE INCLUSION	49
8.5 CRITERIOS DE EXCLUSION	49
8.6 METODO, TECNICA DE INSTRUMENTO	49
8.7 CONFIABILIDAD	50
8.8 VALIDEZ	50
8.9 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	50
9 PRESUPUESTO	51
9.1 PRESUPUESTO GENERAL	51
10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	52
11 RESULTADOS Y ANALISIS	53
12 CONCLUSIONES	64
12.1 RECURSO HUMANO	64
12.2 INFRAESTRUCTURA	64

	Pág.
12.3	DOTACION Y MANTENIMIENTO 64
12.4	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS 64
12.5	PROCESOS PRIORITARIOS 65
12.6	HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES 65
12.7	INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS 65
12.8	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 65
12.9	SEGUIMIENTO A RIESGOS 65
13	RECOMENDACIONES 66
13.1	RECURSO HUMANO 66
13.2	INFRAESTRUCTURA 66
13.3	DOTACION Y MANTENIMIENTO 67
13.4	MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS 67
13.5	PROCESOS PRIORITARIOS 67
13.6	HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES 68
13.7	INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS 69
13.8	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA 69
13.9	SEGUIMIENTO A RIESGOS 69
	 BIBLIOGRAFIA 70

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Proyección Poblacional, municipio de Yaguará, año 2008	36
Tabla 2	Relación de afiliados, municipio de Yaguará, año 2008	39

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1	Relación de servicios de salud declarados ante SSD y existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, municipio de Yaguara, 2010
	53
Grafico 2	Estándar Recurso Humano relacionado con servicios existentes En la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.
	55
Grafico 3	Estándar Infraestructura relacionada con servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.
	56
Grafico 4	Estándar dotación y mantenimiento, relacionado con los servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.
	58
Grafico 5	Estándar medicamentos y dispositivos médicos, relacionado con servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.
	59
Grafico 6	Estándar procesos prioritarios asistenciales relacionados con servicios en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010
	61
Grafico 7	Estándar historia clínica y registros asistenciales relacionados con servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010
	62

RESUMEN

El presente estudio es el resultado del aplicativo de uno de los componentes del Sistema General de Garantía de la Calidad de Servicios de Salud normado por el decreto 1011 de 2006 y Resolución 1043 de 2006, permitiendo desde la contextualización recibida en la especialización de GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, aplicar, emitir y conceptualizar a nivel gerencial los resultados de verificación de habilitación de los servicios de salud de baja complejidad por la ESE Laura Perdomo de García del municipio de Yaguara, mediante la medición del cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios de salud ofertados y declarados por la ESE ante la Secretaría de Salud del Huila.

Estudio de tipo descriptivo cuantitativo transversal, donde la información fue recolectada en un solo momento mediante la evidencia del cumplimiento de estándares de habilitación de servicios de salud, a través de la visita institucional, con la aplicación de instrumentos de recolección de información, formato establecido en el anexo técnico No. 1 de la resolución 1043 de 2006 emanado por el Ministerio de la Protección Social; la muestra correspondió al 100% de los servicios que estén siendo ofertados y demandados en la ESE, con criterios de inclusión “Servicios de salud que estén operando en la institución en el momento de la visita” y de exclusión “Servicios de salud que estén declarados ante Secretaria de Salud del Huila que no estén siendo prestados en el momento de la visita”.

La confiabilidad se aplicó mediante la consistencia, coherencia y estabilidad de la información recolectada, que le dio seriedad e importancia al estudio planteado, soportados por la calidad en la aplicación de la normatividad en salud y la idoneidad de los investigadores que se fortaleció mediante asesorías y capacitación recibida en el diplomado de Verificadores de las condiciones de habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, que forma la Universidad Surcolombiana Facultad de Salud, logrando una validez en la aplicabilidad de los instrumentos con las bases teóricas y objetivos del proyecto, determinándose existencia entre la consistencia y coherencia técnica; la recolección de la información fue basada en una Concertación y ejecución de visitas para la verificación con el directivo de la institución, Observación y reconocimiento de las áreas físicas, dotación y mantenimiento de equipos, documentos (procesos, procedimientos, manuales, guías, historias clínicas, registros asistenciales entre otros) y demás áreas que establece la habilitación de servicios, Diligenciamiento de los formatos de recolección de la información, Verificación,

consolidación, Análisis de la información y emisión de concepto según lo establece la normatividad.

Como resultado del trabajo de evaluar el estado actual de cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios que oferta y demanda la ESE, se generó recomendaciones de tipo gerencial contribuyendo a nivel de la dirección de la ESE Laura Perdomo de García ajustar los procesos de toma de decisiones sobre bases objetivas de hallazgos en aplicativo de los estándares de habilitación, para el mejoramiento continuo institucional integrado por los asesores y personal vinculado a la institución; teniendo referencia para reforzar los estándares menos desarrollados, entre ellos el estándar de Dotación y Mantenimiento, Seguimiento a Riesgos, Procesos Prioritarios Asistenciales (guías de procedimientos , protocolos, PAMEC), Interdependencia de Servicios, etc. , ya que se ejerce una dirección con acertada voluntad política administrativa, talento humano con experiencia y compromiso institucional, nueva infraestructura locativa con un ambiente agradable, amplio y acogedor que permite brindar la atención en salud con calidad y calidez humana.

Palabras claves. Estándares de Habilitación, verificación, evaluación, servicios de salud declarados, servicios de salud ofertados, Entidad de Salud, Sistema General de Garantía de la Calidad de Servicios de Salud, cumplimiento, Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.

SUMMARY

This study is the result of the application of one of the components of the system General of guarantee of the quality of healthcare normed by Decree 1011 2006 and resolution 1043 2006, allowing from contextualization received on specialization of Management in services of health and SOCIAL security, apply, issue, and conceptualize to managerial level low complexity health services enabling verification results by the ESE Laura Perdomo de García of the municipality of Yaguara, by measuring the performance of the enablement services standards of declared by the ESE to the Secretariat of health of the Huila and offered health

Study format laid down in the technical annex No. 1 of 2006 resolution 1043 transverse quantitative descriptive type, where the information was collected in a single moment through the evidence of compliance with standards of health services, enabling on institutional, visit with the implementation of data collection instruments, issued by the Ministry of social security; sample corresponded to the 100% of the services that are being offered and demanded in the ESE, inclusion criteria "health services are" "operating in the institution at the time of visit"and exclude"" "Health services which are declared to Secretary of health of the Huila that are not being provided at the time of the visit".

Reliability apply through consistency, coherence and stability information collected, that gave seriousness and importance to the study raised, supported by the quality of the implementation of legislation on health and the suitability of researchers was strengthened through consulting and training received in the specialization course of verifiers of providers of health services, to form the University South Colombian Faculty of health, enabling conditions being valid on the applicability of the instruments with the theoretical foundations and objectives of the project, determining existence between consistency and coherence technique; information gathering was based on a Conclusion and execution of visits to the check with the Director of the institution, observation and recognition of natural areas, staffing and maintaining equipment, documents (processes, procedures, manuals, guides, histories, medical records etc) and other areas that sets enabling services, processing of gathering information, verification, consolidation, analysis information and issuance of concept formats as provided for in the regulations.

As result of the work of evaluating the current state of standards enabling services that supply and demand the ESE, genre recommendations from management to contribute for the address type the ESE Garcia's Laura Perdomo adjust objective findings on application of standards enabling,

decision-making on database processes for institutional continuous improvement integrated by the advisors and staff linked to the institution; with reference to reinforce the least-developed, standards including standard staffing and maintenance, monitoring risks, processes priority relief (procedures, protocols, PAMEC guides), interdependence of services, etc., because it is exercised a address with appropriate administrative political, human talent with experience and institutional commitment, new infrastructure locative with a pleasant, spacious and cosy atmosphere that allows to provide with warmth and quality health care human.

Keywords. Enablement standards, verification, assessment, declared health services, health services offered, company health, System General Guarantee of the quality of healthcare, compliance, management of services of health and safety social.

INTRODUCCIÓN

En Colombia la normatividad establece que todas las personas tienen el derecho a la salud, por ello el usuario está protegido y amparado por el estado, El Decreto 1011 de 2006 estructura el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, definiendo a través de la Resolución 1043 del mismo año los estándares de habilitación para la prestación de servicios a nivel de las entidades que brindan atención en salud en el territorio Nacional; por consiguiente su aplicabilidad es obligatoria cumpliéndose con la política de prestación de servicios elaborada por el Ministerio de la Protección Social con sus tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia.

Es así como las entidades prestadoras de servicios de salud deben declarar los servicios que van a ofertar ante la Secretaria de Salud Departamental a donde pertenecen mediante la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del decreto 1011 del 2006, por consiguiente los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una evaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento, ya que este mecanismo le permite identificar deficiencias de tales condiciones y al no cumplirlas, estas entidades deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

Por tal razón el sistema de salud establece los procesos de habilitación y verificación que implican conocer el desarrollo interior de la organización una cultura de mejoramiento continuo, responsable, donde se ajusten los procesos, se midan los resultados alcanzados frente a lo esperado, se establezcan planes de acción para corregir debilidades y garantizar el cumplimiento de estándares. Esta es una tarea ardua que exige disciplina y compromiso. Son muchos y variables los frentes que se deben auditar de manera permanente con un enfoque de seguridad en la atención que conlleva a la calidad en la prestación del servicio teniendo y manteniendo un cliente satisfecho, por tal consideración las entidades de salud deben autoevaluarse y cumplir con los planes de mejoramiento continuo para lograr su misional.

En consideración de lo anterior la ESE Hospital Laura Perdomo de García, institución prestadora de servicios de salud brinda cobertura de oferta y demanda de servicios de Salud a la población de municipio de Yaguara del departamento del Huila, actualmente tiene declarado servicios de baja complejidad ante la Secretaria de Salud del Huila, mediante la aplicación de medición de estándares de los servicios ofertados establece la necesidad de realizar una evaluación de los mismos en busca de fortalecer, mejorar y/o mantener la provisión de servicios de salud a los usuarios a nivel individual y de forma colectiva 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 adhesión y satisfacción de dichos usuarios; llegando a cumplir con la política nacional de calidad y misión institucional.

En aplicativo de esta normatividad, la Universidad Surcolombiana que oferta y demanda la formación de VERIFICADORES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, mediante este diplomado que cuenta con el aval del Ministerio de la Protección Social, contribuye al mejoramiento continuo mediante la realización de una evaluación de los estándares de habilitación en la ESE Laura Perdomo de García, con el objetivo de informar, orientar y dar elementos prácticos a los directivos sobre los resultados de verificación de los estándares, resultados que forman parte de este documento el cual sustenta la aplicabilidad de la normatividad en verificación de estándares de Habilitación de servicios de salud, metodología utilizada, resultados, análisis y discusión, conclusiones y recomendaciones que se generaron del proceso adelantado, los instrumentos utilizados son los establecidos en la resolución 1043 de 2006 anexos técnicos correspondientes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS); tiene como uno de sus componentes el Sistema Único de Habilitación (SUH), que es de carácter obligatorio para hospitales, clínicas, centros médicos, profesionales independientes públicos y privados; el cual establece normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de la capacidad técnico-administrativa, indispensables para entrar y permanecer en el Sistema de Salud; con ello se busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud. Otro componente del SOGCS que aporta valor agregado y es de gran impacto para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) el cual determina la importancia del seguimiento para garantizar que los estándares de calidad se mantengan y mejoren en forma permanente.

De otro lado, los procesos Nacionales e Internacionales estimulan a que las entidades una vez Habilitadas y verificadas las condiciones de sus servicios, deben propender por la Acreditación de la institución de Salud, procesos que son voluntarios en cuyo caso las instituciones prestadoras de servicios aceptan que sus procesos sean auditados transversalmente en sus estándares asistenciales, de gobierno, de liderazgo, financiero, apoyo administrativo, gerencia de la información y del ambiente físico, por el ente igualmente acreditado para tal fin. Donde el usuario será garante de una institución que brinda 100% Seguridad al Paciente, 100% de satisfacción para él y su familia con una atención con calidad y calidez humana, al igual integra procesos completos de evaluación que permiten detectar fortalezas y oportunidades de mejoramiento continuo de los procesos y los planes de acción concretos para desaparecer la variabilidad de los mismos y así garantizar un mejor servicio.

Los hospitales donde en realidad existe la cultura de “brindar al paciente, su familia y a la comunidad servicios hospitalarios con los más altos niveles de calidad y seguridad”, siempre deben estar “listos” para ser visitados por los entes reguladores. El cumplimiento de las directrices y el compromiso de entregar un servicio de calidad deben convertirse en un modo de vida, con comportamientos que reflejen que se han interiorizado los conceptos de calidad, se viven y practican en el día a día. La Habilitación le abre el camino a la entidad hacia la obtención de niveles altos de prestación de servicios en donde todos los factores son importantes; exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento a los diferentes procesos, fortalece el trabajo en grupo, obliga a mirar la organización hacia adentro de manera objetiva, establece planes de acción con seguimiento y medición.

Crea una cultura de mejoramiento continuo la cual se ve fortalecida si hay una metodología gerencial que contribuya a analizar las causas - efectos de las desviaciones en los resultados esperados -Metodología Seis Sigma.

Los hospitales y clínicas tienen la responsabilidad y el compromiso de entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios médicos seguros y de excelente calidad. Para ello es fundamental contar con un recurso humano profesional y comprometido con el paciente y con el servicio; indiscutiblemente debe existir una gran vocación de servir a los demás. Se debe disponer de tecnología que facilite un diagnóstico confiable y el tratamiento integral de la persona, con estándares orientados a brindar una atención eficaz, eficiente y segura. Igualmente se debe contar con instalaciones físicas adecuadas específicamente para la prestación de los servicios de salud. Es decir, que son varias las condiciones que deben darse conjunta y simultáneamente para prestar un servicio oportuno con altos estándares de calidad y centrado en el paciente.

Toda la actividad intrahospitalaria debe ser susceptible de mediciones que permitan ver de manera objetiva los resultados de los procesos de atención del paciente y su recuperación; deben formularse indicadores que midan la calidad en sus dimensiones de accesibilidad, pertinencia, oportunidad, seguridad y continuidad. Los procesos de atención deben estar coordinados y autoevaluados en forma permanente por el equipo asistencial en las instituciones prestadoras de servicios y por los entes de vigilancia y control del estado en el marco del cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de los Servicios de Salud -SOGCS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud.(1)

Es indiscutible que ser un hospital habilitado conlleva, sin excepción, al cumplimiento de estándares de calidad, oportunidad y seguridad en la prestación de servicios iniciando el sendero para la obtención de la Acreditación de la institución proceso que fortalece las organizaciones de manera importante, trae la implementación de programas y procesos que son relevantes para el paciente y su familia, y que tal vez en el ambiente eminentemente de servicio no es fácil vislumbrar. Ejemplo de ello son la comunicación asertiva del médico con su paciente, la educación que se debe brindar a él y a su familia sobre la patología de consulta, la importancia de elaborar el plan de atención desde el mismo día en que el paciente ingresa al centro hospitalario, de alta y el seguimiento ambulatorio y demás servicios que complementan la atención médica haciéndola más humana y cercana al enfermo, oportunidad valiosa si se tiene en cuenta la calidad de nuestros profesionales, la disponibilidad de tecnología de punta, instalaciones físicas adecuadas y tarifas totalmente competitivas. Todas las instituciones de salud deben estar habilitadas para prestar los servicios y no necesariamente estar acreditadas. Sin embargo, buscar la acreditación constituye una ventaja competitiva, crear oportunidades

de mejora continua favorece el enfoque de la trazabilidad en la prestación del servicio, mejora el trabajo en equipo y ante todo genera la cultura de medir y avanzar hacia la excelencia.

En Colombia y en el Huila, el esfuerzo por la calidad de salud es grande donde los actores del sistema cada día conocen la normatividad que direcciona el Ministerio de la Protección Social, sin embargo el seguimiento al cumplimiento de la misma permite conocer como está funcionando la prestación de servicios, sin embargo la autonomía de las instituciones en el mejoramiento continuo delimitan la potencialidad de la oferta y demanda de servicios que las entidades tienen medido por el reconocimiento social y económico de las mismas. Es así como establece la necesidad de autoevaluar.

En Colombia la verificación de la aplicación de los estándares de habilitación de los servicios de salud declarados por una institución de salud, debe ser llevado a cabo por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, capacitados como VERIFICADORES DE LAS CONDICIONES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, por una Institución de Educación Superior reconocida, acreditada y avalada por el Ministerio de la Protección Social, profesionales que ejecutarán la inspección y verificación del cumplimiento, mediante la aplicación de los instrumentos de evaluación en los diferentes establecimientos de salud del país. Por consiguiente como estudiantes de la II cohorte del diplomado de VERIFICADORES DE LAS CONDICIONES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD que forma la Universidad Surcolombiana, plantean la siguiente pregunta:

Mediante la evaluación:

¿Cómo se encuentra la ESE Hospital Laura Perdomo de García, del Municipio de Yaguará – Huila, en cuanto al cumplimiento de los Estándares de Habilitación?

2. JUSTIFICACIÓN

Una de las responsabilidades del Estado Colombiano es la de garantizar a los ciudadanos (el derecho a): la vida, la seguridad social y a la salud. Así mismo, tiene a su cargo la organización, dirección y reglamentación de los servicios Públicos de atención de la salud y saneamiento ambiental y ejercer la vigilancia y control de la prestación de servicios de salud. Es su deber legal el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público.

Partiendo de la Legislación comprendida desde la ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007 entre otras, en el marco del Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad en Salud; el primer paso para la entrada de cualquier prestador de servicios de salud, es el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación que determina para el prestador los mecanismos de registro, evaluación de los servicios y declaración juramentada en el cumplimiento de los requisitos definidos por estándares; al ente territorial de salud le otorga la responsabilidad de inscribir a los prestadores en el Registro Especial de Prestadores, la verificación posterior en su jurisdicción de las condiciones técnicas, administrativas, tecnológicas y científicas y de suficiencia patrimonial y financiera, de obligatorio cumplimiento; permitiendo la entrada y la permanencia en el Sistema de Salud.

La importancia del proceso de habilitación conlleva a que los servicios declarados ante el ente territorial de salud, posteriormente son verificadas por esta entidad para constatar el cumplimiento de los requisitos establecidos para cada uno de los servicios. Si en la visita se determina el cumplimiento de los mismos para los servicios declarados, el ente territorial certifica al prestador. En caso de incumplimiento de las condiciones o requisitos, el ente territorial podrá iniciar una investigación administrativa que puede concluir en una sanción para el prestador, la cual irá desde una amonestación hasta el cierre de la institución, si durante la visita se determina que existe un riesgo inminente que puede afectar la salud o la seguridad de un usuario (equipo de radiología sin licencia o ausencia de equipo para esterilización), se podrán aplicar medidas de seguridad que son de carácter inmediato, preventivo y transitorio hasta que se determine que desaparecieron las causas.

El proceso de verificación es practicado por profesionales con experticia en el tema quienes han sido formados en conocimiento de la norma y practica evaluativa de los estándares de habilitación en instituciones de salud, profesionales con conocimiento en las distintas áreas a intervenir, con énfasis en la identificación de los riesgos en la prestación de los servicios y la unificación de criterios entre prestadores y verificadores,

basados en la normatividad y la experiencia adquirida por los docentes de la Universidad Surcolombiana y/o de otras entidades de educación superior que forman este recurso humano en Colombia y que cuentan con el aval del Ministerio

de la Protección Social, por ello la importancia de esta investigación a nivel de los profesionales que actualmente realizan el DIPLOMADO EN VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD , en la Universidad Surcolombiana es la de aplicar los conocimientos adquiridos en el diplomado y en la especialización de Gerencia en servicios de Salud y Seguridad Social, es la de contribuir en el mejoramiento continuo de la ESE Hospital Laura Perdomo de García del municipio de Yaguara, donde por iniciativa administrativa de la misma visibiliza la necesidad de realizar una evaluación para verificar las condiciones de cada uno de los estándares, con el objetivo de hacer las respectivas correcciones para minimizar el riesgo en la prestación de servicios de salud y así preservar la calidad de vida de sus usuarios; esto con el fin de dar cumplimiento con los estándares mínimos de habilitación lo cual debe tener un amplio conocimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica (requisitos esenciales), de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema de salud como la mejor IPS en esta zona del Huila como la ESE de referencia donde se prestan los servicios de salud con los estándares y el mínimo riesgo donde el cliente externo se sienta seguro y satisfecho sobre el servicio recibido, buscando la ESE ganancias y prestigio, aprendiendo a identificar el riesgo de los servicios prestados. Como al igual impactar entre la población de la ESE municipal Laura Perdomo de García para producir adherencia a los servicios de salud que preste la ESE y al mismo tiempo crear confianza entre la ciudadanía para que se sienta orgullosa de su ESE municipal.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el cumplimiento de los estándares de habilitación de la ESE Hospital Laura Perdomo de García del municipio de Yaguará departamento del Huila, basados en la oferta de servicios de salud declarados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los servicios de salud declarados por la ESE ante la Secretaria de Salud Departamental del Huila.
- Establecer la plataforma organizacional de la ESE, en la concertación de los procesos de evaluación, según criterios metrológicos correspondientes a: Recursos humanos, Infraestructura, Dotación y Mantenimiento, Medicamentos y Dispositivos médicos, Procesos Prioritarios Asistenciales, Historia Clínica y Registros Asistenciales, Interdependencia de Servicios, Referencia y Contrarreferencia, y Seguimiento a Riesgos.
- Hacer seguimiento a la auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, establecida por la ESE.
- Analizar y discutir la información, generando conclusiones y recomendaciones respectivas.
- Elaborar informe de evaluación, para la socialización y aporte en las Decisiones de la dirección gerencial de la institución.

4. MARCO DE REFERENCIA

4.1 ANTECEDENTES EN COLOMBIA

La Constitución Política de Colombia de 1991, establece que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Definida por el Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte. Y en el 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.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. 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.

Durante las últimas décadas y especialmente a lo largo de los noventa, América Latina y el Caribe han experimentado profundos procesos de reorganización de sus sistemas de salud. Los objetivos perseguidos fueron variados, asignándoseles mayor o menor peso relativo a cada uno. Entre ellos se destacan la redefinición en la estructura de financiamiento del sistema a fin de brindarle mayor sustentabilidad, la ampliación de su cobertura y acceso, especialmente en los sectores más desprotegidos y el incremento de la eficiencia en la prestación de servicios. Los instrumentos para lograr tales objetivos fueron muy variados: desde la integración institucional hasta la separación de funciones, desde la participación del sector privado en el gerenciamiento de seguros sociales hasta la contratación de actores no públicos en la provisión de servicios.

Luego de la crisis macroeconómica con amplias repercusiones en el continente durante los años ochenta, los sectores sociales en general, y el sector salud en particular, se encontraron ante un desafío:

¿Cómo atender las crecientes demandas de la población, contando con un Estado limitado en sus capacidades de definir políticas y financiar la prestación de servicios? A partir de ello, se ensayaron diversos tipos de reformas, que incluyeron la descentralización en el manejo de los recursos hacia niveles locales, un intento de cambio en los incentivos a los proveedores de servicios y la utilización de los sistemas de seguro social como herramienta para distribuir los fondos de salud más solidariamente y ampliar la cobertura.

El origen de estos cambios reconoce diversas fuentes. Una de ellas es el Informe para el Desarrollo Mundial publicado en 1993 por el Banco Mundial, que propone una serie de prioridades en los mecanismos de financiamiento público para intervenir en salud, como así también sugiere la existencia de espacios de participación privada y competencia.

El Banco Interamericano de Desarrollo, a partir de su Estrategia para los Sectores Sociales de 1996, intenta dar un nuevo impulso a estas reformas en el ámbito regional. Si bien los avances logrados en algunos de los casos fueron positivos, no existe consenso acerca de la dirección y efectividad de los mismos. El Informe de la Organización Mundial de la Salud (2000) propone avanzar en tal dirección mostrando las múltiples facetas a ser consideradas. Este debate no sólo incluye aspectos de gestión y seguimiento de las reformas, sino también el diagnóstico, las prioridades y los instrumentos utilizados para reformar el sector salud y posteriormente evaluar sus resultados. En otros casos, se propone profundizar en ciertos aspectos ya iniciados, tendientes a especificar los criterios para el uso de los recursos disponibles para satisfacer las demandas y necesidades de salud de la población.

El sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud, definido por el Gobierno Nacional, tiene sus orígenes y conserva conceptos y fundamentos en las normas sanitarias dirigidas a preservar, restaurar o mejorar las condiciones necesarias en lo relacionado con la salud humana, dictadas en la Ley 9 de 1979, que entre otros temas, definió la existencia de licencias sanitarias de funcionamiento, particularmente para edificaciones cuyo uso se destine a la prestación de servicios de salud.

El concepto de licenciamiento para la prestación de servicios de salud ha evolucionado paralelo con el desarrollo del sistema de salud en Colombia y su normatividad. En 1990, la Ley 10 crea el registro especial de instituciones de salud, con el fin de organizar una base de datos de la oferta de servicios de salud. En 1993, con la organización del Sistema de

Seguridad Social en Salud, se establece la calidad como uno de los principios rectores, y se ordena la definición del Sistema de Garantía de Calidad, que mediante el Decreto 2174 de 1996, sustituido por el Decreto 1011 de 2006, incorpora el concepto de habilitación para la prestación de servicios de salud, como una serie de estándares de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) que quieran participar en la oferta de estos servicios.

Con la expedición de la Ley 715 de 2002, se ordena la creación del Sistema de Garantía de Calidad y del Sistema Único de Habilitación, entre otros temas. El Gobierno Nacional, mediante Decreto 2309 de 2002, hoy sustituido por el Decreto 1011 de 2006, reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.2 POLITICA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD,

Comprende:

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC)
- Definición del Marco del SOGC en el contexto del Sistema de Calidad del país (CONPES 3446, Ley 872)
- Seguridad del paciente
- Acreditación en salud
- Sistema de información
- Talento Humano
- Incentivos

4.2.1 Definición de calidad. Es el grado en que un conjunto de características inherentes cumplen con los requisitos.

El termino “Calidad” puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente, “Inherente”, en contraposición a “asignado”, significa que existe en algo especialmente, como una característica permanece.

4.2.2. Calidad en 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 los beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

4.3 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Herramienta de gestión sistemática y transparente, que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de la entidad.

El sistema de Gestión de Calidad está fundamentado paralelamente en las normas NTCGP1000:2004 y NTC-ISO9001:2008, Certificación NTCGP1000:2004 Certificación ISO 9001:2008, Certificación de Habilitación Distintivo de Acreditación en Salud.

Norma la cual establece los requisitos para la implementación de un sistema de gestión de la calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y a otras entidades prestadoras de servicios, la está dirigida a todas las entidades, y tiene como propósito mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes para el cumplimiento de este objetivo es importante implementa los 10 principios de calidad:

- Enfoque hacia el cliente
- Liderazgo
- Participación activa de los servidores
- Enfoque basado en los procesos
- Enfoque del sistema para la gestión
- Mejora continua
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones
- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes y servicios
- Coordinación, cooperación y articulación
- Transparencia.

4.4 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD (SOGC)

En Colombia fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y esta reglamentado bajo el decreto 1011 del 2006, en busca de lograr la calidad de la atención en salud definida 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".

4.4.1 Características del sistema:

- 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 pretenden 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 científico.”

4.4.2 Componentes del sistema:

- La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continúa y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.
- La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

- Sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.5 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Es un facilitador del incentivo legal para la calidad de la atención en salud, es un componente obligatorio y estatal del sistema de garantía de calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud. Su propósito fundamental es la protección de los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de servicios de salud, sistema que fue definido normativamente 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 cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud, como son los mecanismos para el registro, la evaluación de los servicios y la declaración juramentada en el cumplimiento de los requisitos definidos por estándares; ante el ente territorial de salud el cual le otorga la responsabilidad de inscribir a los prestadores en el Registro Especial de prestadores, la verificación posterior en su jurisdicción de las condiciones técnicas, administrativas, tecnológicas y científicas y de suficiencia patrimonial y financiera, que le permiten la entrada y la permanencia en el Sistema. Además debe informar a los usuarios de las entidades habilitadas para prestar servicios de salud.

4.5.1 Proceso de habilitación se describen a continuación las actividades:

- Formulario de Inscripción en el Registro Especial de los Prestadores de Servicios en Salud. Este se realiza para efectos de inscripción al Registro Especial de los Prestadores de Servicios en Salud y se declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el decreto 1011 de 2006
- Evaluación. De manera previa a la presentación del formulario los prestadores de servicio de salud deberán realizar una evaluación de las condiciones exigidas en la habilitación con el fin de verificar su pleno cumplimiento.

- Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicio de Salud: Luego de efectuar la evaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación (se inscribe ante el Ministerio de la Protección social en el registro Único de prestadores).
- Radica el formulario de inscripción y los soportes en la entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente para la incorporación al Registro Especial de los Prestadores de Servicios en Salud. El funcionario revisa los documentos y confronta el registro realizado ante el Ministerio y si cumplen con todo los requisitos, asigna el código que identificara a la IPS y lo registra en el REPS del Ministerio de la Protección Social.
- A partir de la inscripción y asignación del código correspondiente ante el ministerio la IPS puede iniciar la prestación de los servicios de salud.
- Cada prestador en el Registro Especial de los Prestadores de Servicios en Salud tendrá un término de vigencia de 4 años contados a partir de la fecha de erradicación.
- Reporte de Novedades: a través del formulario “Reporte de Novedades” se efectuara la actualización del registro por parte del prestador ante el ministerio de la protección social y posteriormente se dirige a la entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción con los documentos en físico para que el funcionario del ente territorial convalide la novedad.
- Verificación del Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación: las entidades Departamentales o Distritales de Salud contarán con un equipo humano de carácter interdisciplinario responsable de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la Habilitación.
- Certificación: Una vez efectuada la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación enviara en un plazo de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de la visita la “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación”.

4.5.2 Estándares de habilitación. Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud independientemente del tipo de servicios que ofrece en las siguientes áreas temáticas:

- Recursos humanos: son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la competencia que tiene el mismo para la atención. A nivel de pregrado se debe demostrar el título del profesional y su inscripción ante el ente territorial de salud correspondiente,

cuando se oferte una especialización debe demostrarse el título de la especialidad. Todos los profesionales con estudios realizados en el exterior deben demostrar la homologación del título ante el ICFES, de igual forma el personal técnico y auxiliar debe demostrar certificado de formación e inscripción ante él entre territorial respectivamente.

- **Infraestructura física e instalaciones:** determina las características de las áreas y el mantenimiento que se realiza en las mismas para la prestación de los servicios. En odontología se exige que los pisos y muros sean lisos, impermeables y que permitan la fácil limpieza y desinfección. Equipos periapicales o panorámicos deben contar con la licencia de funcionamiento y el estudio previo realizado por un radiofísico que demuestre que cumple con los requisitos de ley sobre Seguridad y Protección radiológica.

- **Dotación:** Determinado por las condiciones y la cantidad de equipos médicos y odontológicos, el mantenimiento de los mismos; se verifican las hojas de vida de los equipos y cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo específico; para especialistas se verifica el instrumental utilizado para cada especialidad.

Aunque no se establece una cantidad mínima de instrumental, ésta se determina de acuerdo con el número de pacientes atendidos y el sistema de esterilización utilizado.

- **Insumos y gestión (medicamentos y dispositivos médicos:** Son los procesos que garantizan un adecuado almacenamiento y uso de los insumos médicos. Se verifica la existencia de registros sanitarios del INVIMA para cada uno de los insumos, así como los procesos para la verificación de las fechas de vencimiento. Todos los insumos deben tener registro sanitario.

- **Procesos prioritarios asistenciales:** son procesos para la atención de usuarios que minimizan la presencia de riegos. Se verifica la existencia documentada de Guías Clínicas de atención para las patologías de acuerdo con el perfil epidemiológico y Manuales de Procedimientos.

- **Historia clínica y registros clínicos:** son los procesos que garantizan el archivo, custodia y diligenciamiento de las historias clínicas para cada uno de los pacientes, así como los procesos documentados que garanticen la reserva en la información de la misma. Igualmente deben registrar cada una de las atenciones mediante el sistema RIPS.

- **Interdependencia de servicios:** es la existencia y disponibilidad de servicios que son necesarios para el funcionamiento de otros servicios.

- Referencia de pacientes: determina los procesos documentados que existen para la remisión de pacientes entre instituciones.
- Seguimiento a riesgos: es la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos inherentes en la prestación de los servicios definidos como prioritarios.

4.6 VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES

Conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida ó la salud de los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

Adopción de conductas en caso de incumplimiento y Registro de entidades. La verificación del cumplimiento de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas, es la adopción de conductas en caso de incumplimiento, la recepción de la declaración de requisitos esenciales, y el registro de prestadores de servicios de salud en el registro especial de instituciones, corresponde a las direcciones Departamentales y Distritales de salud, en las instituciones de su jurisdicción, dadas las funciones de inspección vigilancia y control en el nivel territorial. Las Entidades Promotoras de Salud, de acuerdo con sus sistemas de Garantía de Calidad, podrán verificar el cumplimiento de los estándares o podrán acoger los procesos de auto evaluación o las verificaciones realizadas por las direcciones territoriales de salud.

4.7 PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas (IPS, ESEs), los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, son los Grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

La circular externa 061 de junio 10 de 2010 Aclara la inviabilidad que tienen las EAPB para contratar recursos del aseguramiento con consorcios y uniones temporales, ya que carecen del requisito sine qua non, es decir la habilitación, o cual conllevaría a que dichos consorcios y/o uniones temporales realicen operaciones de intermediación que se encuentran prohibidas en la normatividad vigente.

4.8 PROFESIONAL INDEPENDIENTE

Toda persona natural reconocida por la Ley como profesional, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud, para lo cual podrá contar con personal de apoyo en los niveles técnico y auxiliar.

4.9 MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN

Se define de acuerdo con el Anexo Técnico No.1 de la Resolución 1043 de 2006.

4.10 MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN

Se define de acuerdo con el Anexo Técnico No.2 de la Resolución 1043 de 2006.

4.11 EVALUACIÓN.

Procedimiento previo a la presentación del formulario de inscripción que debe realizar todo prestador de servicios de salud de acuerdo con el anexo técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006 según los servicios que preste. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

4.12 FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Formulario mediante el cual se declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad, con el propósito de inscribirse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

4.13 INSCRIPCIÓN

Procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la evaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones de habilitación, se inscribe ante el Ministerio de la Protección Social y posteriormente radica el formulario de inscripción autoevaluación PAMEC, Cámara de comercio ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

El funcionario del ente territorial verifica que estos documentos estén en regla, confronta que la inscripción ante el Ministerio coincida con el medio físico y proceda a signar el código que identificara esta entidad. A partir de la inscripción (registro ante el Ministerio y asignación del código de identificación), el prestador puede ofertar y prestar los servicios declarados.

4.14. REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Base de datos de Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados.

4.15 VIGENCIA DE LA INSCRIPCIÓN

Cuatro años contados a partir de la fecha de radicación ante la Entidad Departamental o Distrital correspondiente.

4.16 CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN

Cuatro años contados a partir de la fecha de radicación ante la Entidad Departamental o Distrital correspondiente.

4.17 DISTINTIVO DE HABILITACIÓN

Símbolo dirigido a los usuarios que garantiza que el prestador está inscrito en el registro especial de prestador de servicios de salud. Debe ser visible a los usuarios en los servicios habilitados.

5. RESEÑA HISTORICA DEL MUNICIPIO DE YAGUARÁ

El nombre de Yaguará descende del felino mas grande y esbelto de América "Jaguar". Una fracción de la tribu de los Paeces fueron los primeros pobladores de este territorio que se llama Yaguará, cuyo cacique se casó con una hija del cacique Chuirá del territorio de Campoalegre. Los Yaguareños crearon un ejército para defenderse de los indios Pijaos que venían del Tolima y luego de los españoles se acentuaron en la desembocadura del río Yaguará, lugar que denominaron Tumburagua, que quería decir río de peces.

Siendo gobernador de Neiva el capitán Diego de Ospina y Medinilla, "Le ordenó al capitán Francisco Gómez Quintero en el año de 1.623 la creación de este pueblo, a quien le fue adjudicada una gran extensión de tierras". El ilustre historiador huilense , dice: "Vino con el gobernador Don Diego de Ospina y Medinilla, el capitán Francisco Gómez Quintero a quien premió en cambio de sus servicios, con cuatro estancias de ganado mayor y dos de pan coger, en tierras de Yaguará .

5.1 CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS DEL MUNICIPIO DE YAGUARA

El territorio del municipio de Yaguará, está situado sobre los valles del río del mismo nombre y el Magdalena, en la parte centro del departamento del Huila, en la vertiente oriental de la cordillera central, a una distancia por carretera pavimentada de 49 Km. de Neiva, capital del departamento. La cabecera urbana se encuentra localizada a dos grados y cuarenta minutos ($2^{\circ} 40'$) de latitud norte, y setenta y cinco grados y treinta y un minutos ($75^{\circ} 31'$) de longitud oeste.



La extensión total del territorio es de 329 km², equivalente al 1.6% del área departamental, ocupando el veintiséis habo puesto por su tamaño entre los municipios del departamento.

Yaguará limita al norte con los municipios de Teruel y Palermo; al sur con los municipios de Gigante, Hobo y Tesalia; al oriente con los municipios de Campoalegre y Hobo; y al occidente con Tesalia e Iquira.

EL municipio de Yaguará, solamente presenta dos clases de pisos térmicos, siendo el predominante el clima cálido con 312 Km², equivalente al 94.8% del área municipal, quedando tan solo 17 Km² de clima medio, equivalente al 5.2% del área municipal. El área urbana del municipio se encuentra a 560 m.s.n.m, y rangos en el área rural entre 500 y 1200 m.s.n.m, con una temperatura promedio de 25° grados centígrados.

El municipio cuenta con 10 veredas (Flandes, El viso, Upar, Letrán, Jagual, Arenoso, Vilú, La Floresta, Bajo mirador y La Paz) y 21 barrios en su cabecera municipal (Samanes, Tumburagua, Guayabal, Guayabal II y III etapa, San Carlos, Las Ferias, La victoria, La milagrosa, Las Villas, Las Acacias Los Lagos, Las Mercedes, La trinidad, Santa Ana, San Vicente, La mochila, Francisco Gómez Santa Bárbara, Los Pinos y la Invasión Agua Dulce.

5.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DEL MUNICIPIO DE YAGUARÁ, ESTIMACIONES PARA EL 2008

El municipio de Yaguará, según estimaciones del DANE 2005-2011 posee un total de 8133 habitantes, de los cuales el 50.47% corresponden a Hombres y el 49.52% son mujeres, distribuidos en los rangos de edad que muestra la tabla 4, para una razón de masculinidad de 101:100.

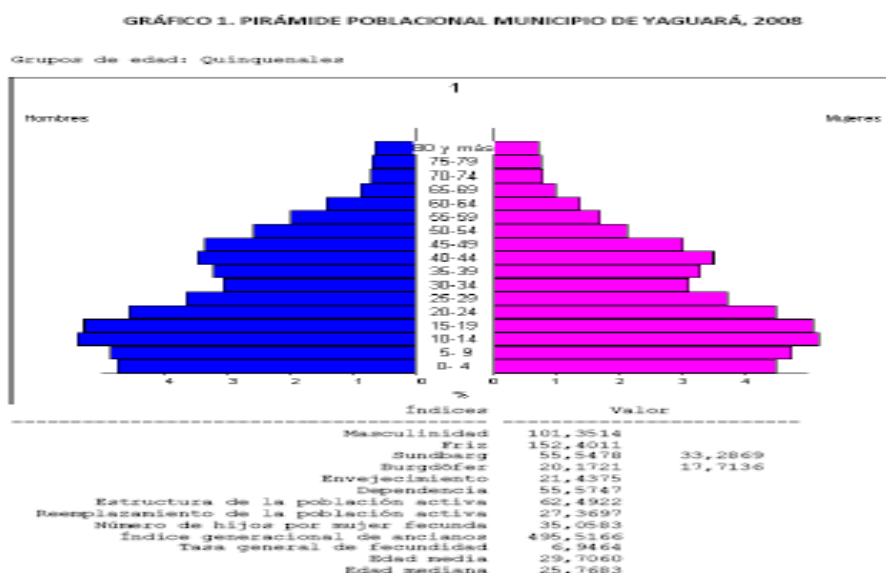
Tabla 1 Proyección Poblacional, municipio de Yaguará, año 2008

GRUPOS DE EDAD	TOTAL POBLACIÓN	HOMBRES	MUJERES
0-4	750	383	367
5-9	781	395	386
10-14	860	436	424
15-19	844	429	415
20-24	738	371	367
25-29	602	297	305
30-34	503	248	255
35-39	531	261	270
40-44	570	283	287
45-49	520	274	246
50-54	386	211	175
55-59	304	163	141
60-64	231	116	115
65-69	155	72	83
70-74	124	58	66
75-79	121	56	65
80 Y MÁS	113	52	61
TOTAL	8.133	4.105	4.028

Fuente: DANE 2005

Utilizando el software epidat 3.1 se desarrolló el modelo de la pirámide poblacional del municipio de Yaguará en base a las proyecciones municipales de población 2005-2011 según grupo y edad proporcionadas por el DANE.

La pirámide poblacional del municipio de Yaguará tiene una forma de campana, es de base reducida en comparación con los grupos poblaciones comprendidos entre los 10 a 14 y 20 a 24 años con una edad media de 29.7 años, decreciendo hacia el vértice de manera lenta, lo cual refleja un estado de madurez en cuanto a edad y unos niveles económicos y sanitarios adecuados.



Dicha afirmación se ve confirmada por el Índice de Friz de 152,4011 lo cual ubica al municipio con una población madura y en el índice de Burgdöfer, el porcentaje de población entre 15 a 14 años (20.17) es relativamente similar al de 45 a 64 años (17.71), lo que también le da el carácter de madura a la población Yaguareña, con base al índice de Sundberg, al comparar gráficamente los porcentajes de los grupos poblacionales entre 0-14 años y mayores de 50, se denota el carácter progresivo de la población Yaguareña, al ser el primero (55.54) mayor que el segundo (33.28).

5.3 SECTOR SALUD

La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en donde los entes territoriales desempeñan un papel relevante en la organización y la facilitación para que todos los habitantes tengan acceso a los servicios universales en materia de salud.

Así mismo el Municipio de Yaguará, bajo este parámetro fundamental cumple a cabalidad con todas las funciones que tienden a organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes dentro de su jurisdicción, al igual que las actividades de saneamiento básico ambiental, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

A nivel administrativo, el municipio de Yaguará cuenta dentro su organización con la Secretaría de Salud, acreditada por el Gobierno Departamental, para ejercer todas las políticas y competencias en los términos y condiciones señalados por la normatividad vigente.

5.3.1. Sistema general de salud. La salud del Municipio de Yaguará posee una importante red de servicios médicos básicos y asistenciales, sin embargo no se ve reflejado una buena calidad de vida y un estilo saludable de todos los habitantes, tanto en la parte urbana como rural.

El servicio social de salud es prestado principalmente a través de la ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA, único hospital local publico de primer nivel de atención, el cual cuenta con una infraestructura técnica, científica y de servicios habilitados para la prestación de los procedimientos de este nivel de complejidad, convertida en ESE, mediante Acuerdo número 026 de 1995 del Honorable Concejo Municipal, dependía administrativamente de la Alcaldía Municipal. En el sector privado se cuenta con un consultorio médico, dos consultorios odontológicos, un laboratorio clínico y siete farmacias.

Se han realizado actividades pertinentes para lograr autonomía financiera y administrativa que como empresa requiere, dependiendo de una Junta Administradora encabezada por el Alcalde que actúa como presidente, un delegado de la administración municipal, el Jefe Local de Salud, el comité científico del área de influencia, los COPACOS, la Asociación de Usuarios y un delegado de los trabajadores de la ESE. Actualmente la ESE es catalogada como una entidad descentralizada de primer nivel de atención que presta los servicios de Urgencias 24 horas, consulta ambulatoria médica y de enfermería, (Consulta médica general, actividades de promoción y prevención, Protección específica Plan ampliado de inmunizaciones) Laboratorio clínico básico, Odontología (Consulta y actividades de primer nivel), hospitalización, partos de bajo riesgo y servicio de farmacia.

En relación a la atención de los servicios en los niveles de complejidad (2, 3 y 4), son prestados por medio de la red de servicios que haya contratado las E.P.S.

En el sector salud existen los siguientes programas dirigidos a toda la Población:

5.3.2 Aseguramiento y seguridad social. Cumpliendo con el principio fundamental de salud, el Municipio con el propósito de mejorar el acceso de la población a los servicios básicos, tiene hoy en día 5.817 afiliados al régimen subsidiado en salud de los niveles 1 y 2 del SISBEN, distribuidos así:

Tabla 2 Relación de afiliados, municipio de Yaguará, año 2008

EPS	NUMERO DE AFILIADOS
ASMET SALUD EPS	2.536
ECOOPSOS	1.484
SOLSALUD	1.853

Igualmente, se beneficia a 83 personas sin capacidad de pago, denominados pobres no cubiertos con subsidios a la demanda, (vinculados), los cuales reciben una atención integral para el primer nivel de complejidad, a través de la ESE pública.

Los usuarios de estos servicios tanto en la oferta como en la demanda de servicios de salud, son focalizados por medio del sistema de selección de beneficiarios para programas sociales SISBEN, el cual posee la siguiente estratificación por niveles:

5.3.3. Plan territorial de salud pública. Con el fin de mejorar las condiciones de vida saludable de los habitantes, el Municipio ha implementado las actividades básicas del plan en forma anual, cumpliendo con las políticas y directrices del Ministerio de la Protección Social; tiene como objetivo principal promover, prevenir, proteger y mitigar los impactos en la salud de la población; garantizando el logro de metas nacionales y focalizando la inversión de los recursos en las prioridades en materia de salud pública de la comunidad.

Las actividades o subprogramas son:

- Reducción de enfermedades inmuno prevenibles prevalentes de la infancia y mortalidad infantil.
- Implementación de la política de salud sexual y reproductiva.
- Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.
- Promoción de estilos de vida saludable para la prevención de enfermedades crónicas.
- Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición e implementación de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria.

- Reducción del impacto en salud de la violencia e implementación de las políticas de Salud Mental y Reducción del consumo de sustancias psicoactivas.
- Prevención de enfermedades de interés pública como la TUBERCULOSIS Y LEPROSIS.
- Vigilancia en Salud Pública.
- Participación Social.
- Salud Ambiental.
- Se tendrán en cuenta los planes territoriales de salud pública del 2008 al 2011.

5.3.4 Perfil epidemiológico

5.3.4.1 Natalidad versus mortalidad. Durante el 2007, en el municipio se presentó un total de 44 nacimientos según reporte de estadísticas vitales de la ESE Laura Perdomo de García, de los cuales el 59.09% (26) de los frutos correspondieron a mujeres y el 40.9% (18) a varones, para una tasa bruta de natalidad de 54.91 nacimientos por cada 10000 habitantes y una tasa general de fecundidad de 234.91 embarazos-partos x 10000 mujeres en edad reproductiva (15-44 años).

Del total de embarazos, el 31.81% (14) correspondió a gestantes adolescentes entre los 10 y 19 años de con un promedio de edad de la madre al momento del parto de 22.95 años (desviación estándar: 5.21) y un predominio en frecuencia en el rango de edad materna entre los 20 y los 24 años, siendo el mínimo 16 años en un solo caso. La tasa específica de embarazos en adolescentes es de 168.67 x 10000 adolescentes mujeres.

Durante el mismo año, se presentaron un total de 33 muertes según el reporte de estadísticas vitales proporcionado por la ESE municipal, de las cuales el 60.60% (20) ocurrieron en hombres y el 39.39% (13) en mujeres, para una tasa bruta de mortalidad de 41.18 defunciones por cada 10000 habitantes, una tasa bruta de mortalidad específica en hombres de 49.39 x 10000 varones y en mujeres de 32.79 x 10000 mujeres para una razón de muerte hombre- mujer de 153,84:100. 8

La expectativa de Vida al nacer corresponde a 76.59 años y un recién nacido tiene una probabilidad de sobrevivir de 99.257% (0.99257) y de morir del 0.725% (0.00725).

De este modo, al llegar a la edad media de la población de 29.70 años (según pirámide poblacional), la probabilidad de morir es de 1.866% y la de sobrevivir es de 98.13%; aunque como es de esperarse en la población del municipio como en las demás, la probabilidad de morir aumenta con la edad y la de sobrevivir disminuye con el aumento de esta variable.

5.3.4.2. Mortalidad abreviada. En cuanto a la causa básica de defunción o la lesión inicial que desencadenó la cascada de acontecimientos patológicos que llevaron a la muerte, fueron clasificadas de acuerdo a la codificación dada por la OPS en “la lista Colombia 105 para la tabulación de la mortalidad”; herramienta de utilidad a la hora de estandarizar criterios en cuanto a la mortalidad, principalmente los eventos cardiovasculares son los responsables de las muertes de los Yaguareños. La enfermedad isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca ocuparon el primer y segundo lugar respectivamente, siendo numéricamente mayores que las demás causas de defunción y exclusivamente se presentaron en el grupo de personas de 60 años y mas; sin embargo, no hay diferencias mayores entre la mortalidad por estas causas entre sexos.

Llama la atención que como tercera causa se encontraran los ahogamientos y sumersiones accidentales, los cuales fueron alarmantemente mas frecuentes en niños entre 1 a 4 años de edad y los cuales se agruparon en un 75% en la población de niños y pre púberes (1 a 4 y 5 a 14 años), Como cuarta causa, se encuentran las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con una tasa de incidencia de 2.49 x 10000 habitantes, las cuales agrupó a dos casos de EPOC en individuos de 60 años y más de edad.

Las demás causas de defunciones son variadas; se pueden catalogar como de incidencia baja, ya que durante todo un año se presentaron solamente un caso. Al realizar el balance natalidad/mortalidad se obtiene una tasa de crecimiento natural o vegetativo de 13.72 x 10000 habitantes, lo cual indica un crecimiento natural positivo y un índice vital del municipio de Yaguará durante el 2007 de 133.33.

Es de aclarar que la base para el cálculo de los indicadores anteriormente mencionados fue la población según estimaciones DANE 2005-20011 del año 2007, la cual correspondió a 8013 habitantes (4049 hombres y 3964 mujeres).

5.3.4.3 Morbilidad por enfermedades de interés en salud pública. Con base a los reportes proporcionados por la única UPGD activa en el SIVIGILA en Yaguará durante el 2007 (aclarando que resulta ser la ESE Laura Perdomo de García la única Empresa Social del Estado presente en el municipio y la cual tiene cobertura a todo el municipio) se elaboró el consolidado de las enfermedades de interés en salud pública que son incidentes en la municipalidad.

Como evento de mayor incidencia fueron las Enfermedades Respiratorias Agudas Graves –Enfermedades Semejantes a la Influenza (IRAG-ESI), con una tasa de incidencia acumulada de 2829.15 por 10000 habitantes, principalmente en los niños de 1 a 4 años, seguidos por aquellos entre 5 a 14 años y estrechamente por aquellos entre los 14 y los 44 años de edad.

En segundo lugar se encontraron las Enfermedades Diarreicas agudas, las cuales afectaron significativamente al grupo de niños entre 1 a 4 años de edad, seguidos por aquellos entre 14 a 44 años, aunque en los demás grupos se vieron igualmente afectados, la frecuencia no resultó ser mayor como en el grupo inicial de comparación.

El grupo de edad mayormente afectado son los niños entre 1 y 4 años de edad ya que son los que presentaron las tasas más altas de incidencia por esta clase de eventos. Aunque las tasas presentadas son por 10000 habitantes, se pensaría que en este grupo poblacional se encontrara una incidencia de 10932.09 por dicha cantidad de individuos del mismo grupo.

La exposición rábica presentó un número de casos significativamente inferior a las ERA y La EDA, lo cual lo ubicó en el tercer puesto con una incidencia de 16.20 casos por cada 10000 habitantes.

Con una incidencia de 24.95 casos por 10000 habitantes, el Dengue ocupa el cuarto lugar con 20 casos, afectando principalmente al grupo de edad de los 5 a los 14 años y con una diferencia de 1 caso a los de 1 a 4 y a los de 5 a 14 años. El número de casos casi triplica a los presentados en el 2006, lo cual corresponde al comportamiento del evento de ciclos epidémicos cada dos o tres años.

Las enfermedades transmitidas por alimentos ocuparon la quinta causa de morbilidad por enfermedades de interés en salud pública con 14 casos, de los cuales 13 fueron en individuos entre los 5 a 14 años de edad.

Como sexta y séptima causa están las hepatitis virales y la varicela con 3 y dos casos respectivamente, las cuales no mostraron un comportamiento marcado hacia un grupo específico de edades.

Como conclusión general se puede deducir que los grupos poblacionales mayormente afectados son aquellos entre 1 a 4 años de edad, seguidos por los de 5 a 14. La incidencia de las enfermedades de interés en salud pública fue mayor en dichos grupos. De este modo, los eventos que son de mayor incidencia corresponden a las IRA y las EDAS, las cuales afectan principalmente a los individuos de los rangos de edades anteriormente mencionados.

5.3.4.4 Enfermedades transmitidas por vectores. Según los reportes obtenidos de los consolidados de las notificaciones cuadrisemanales del SIVIGILA de los últimos 7 años, en la municipalidad no se han presentado casos de leishmaniasis, chagas ni fiebre amarilla, enfermedades que son consideradas propias de las regiones tropicales y de las cuales, el municipio de Yaguará presenta las condiciones geoecológicas de temperatura y altitud propicias para su desarrollo, siendo considerado el municipio, endémico para los dos primeros eventos de interés en salud pública.

Aun así, se destaca de la revisión realizada, el comportamiento del dengue (el cual agrupa las manifestaciones clásicas, hemorrágicas y de shock) en los últimos siete años.

Entre el 2001 y el 2003 se presentó un aumento significativo en los casos de esta enfermedad, observándose el pico más alto en este último, el cual es el año epidémico de los observados. Entre el 2004 y el 2007, la disminución de los casos fue considerable con respecto a los primeros años del registro, pero con tendencia al rápido incremento de los casos nuevos de la enfermedad, lo cual se ve reflejado en la incidencia de este evento, la cual pasó de 2.96 x 10000 habitantes en 2005 a 8.85 casos en el 2006 y a 24.95 por 10000 habitantes en 2007.

El panorama epidemiológico descrito corresponde al comportamiento del evento de ciclos epidémicos cada dos o tres años sumados a factores comportamentales y geoecológicos propicios para el desarrollo del vector transmisor de la enfermedad.

No se ha presentado mortalidad por Dengue desde el 2005 al 2007.

5.3.4.5 Morbilidad por hospitalización. En el municipio de Yaguará, la única ESE existente y la que ofrece el servicio de hospitalización es la ESE Laura Perdomo de García, por lo cual los registros en cuanto a este tipo de eventos refleja los de dicha institución y los del municipio en su totalidad. Durante el 2007 se presentaron un total de 4981 casos de hospitalizaciones en una población de 8013 habitantes para una incidencia acumulada de hospitalización de 6216.14 casos por cada 100000 habitantes; aunque la dicha tasa resulte ser alta, vale la pena aclarar que dentro de las causas de dichas hospitalizaciones se encuentran enfermedades que son de frecuencia significativa y en las cuales una sola persona puede verse afectado en repetidas ocasiones durante un año.

En el primer puesto se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas -ERA, la cual corresponde al 45.77% de todas las causas de hospitalización en el municipio afectando principalmente al grupo de individuos de 1 a 4 años.

En segundo lugar y con un número de casos casi 6 veces inferior a la primera causa, estuvo el parasitismo intestinal, el cual afectó principalmente al grupo poblacional de 5 a 14 años, seguido por el de 15 a 44 años; significando una proporción de casos de 8.59%.

En tercer lugar están las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), las cuales mostraron el mismo comportamiento en la morbilidad por enfermedades de interés en salud pública, siendo de mayor incidencia en los niños de 1 a 4 años de edad; sin embargo, del total de hospitalizaciones, sólo el 7.34% son atribuibles a este conjunto de enfermedades.

Las vaginitis ocuparon el cuarto lugar con una incidencia acumulada de 416.82 casos por cada 10000 habitantes, afectando en mayor parte a las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años); vale la pena resaltar que dichas afecciones han sido constante los años anteriores y han ocupado los primeros puestos dentro de las 10 primeras causas de hospitalización en el municipio, fenómeno atribuible *a priori* a un tratamiento individual y no de pareja. Aunque no sea considerado un evento de vigilancia en salud pública, las vaginitis y vaginosis representan un costo para el sistema ya que requieren en repetidas ocasiones de tratamientos múltiples a lo largo del año.

Como quinta causa se encuentran las cefaleas sin causa especificada con una incidencia de 401.84 casos por cada 10000 habitantes, afectando en mayor parte al grupo poblacional entre 15 a 44 años de edad con 155 casos y una proporción de la enfermedad del 6.46% del total de hospitalizaciones.

En el municipio de Yaguará, la única ESE existente y la que ofrece el servicio de hospitalización es la ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA, por lo cual los registros en cuanto a este tipo de eventos reflejan los de dicha institución y los del municipio en su totalidad.

6 ESE HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCIA

Institución de salud convertida en ESE, mediante Acuerdo número 026 de 1995 del Honorable Concejo Municipal. Cuenta con autonomía financiera y administrativa que como empresa requiere, su alto nivel jerárquico esta dado por la Junta Administradora encabezada por el Alcalde que actúa como presidente, un delegado de la administración municipal, el Jefe Local de Salud, el comité científico del área de influencia, los COPACOS, la Asociación de Usuarios y un delegado de los trabajadores de la ESE.

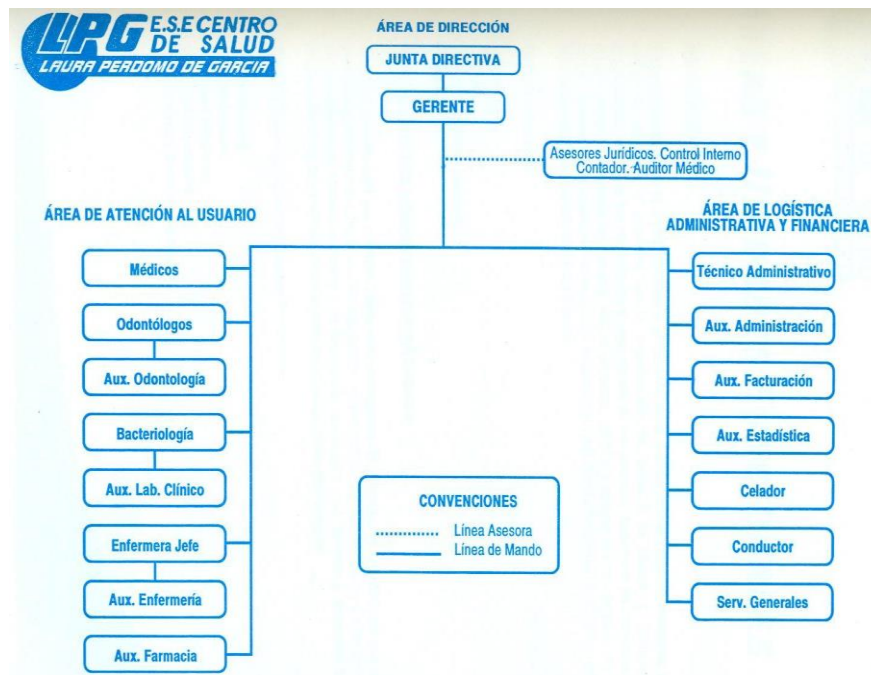
Actualmente la ESE es catalogada como una entidad descentralizada de primer nivel de atención que presta los servicios de Urgencias 24 horas, consulta ambulatoria médica y de enfermería, (Consulta médica general, actividades de promoción y prevención, Protección específica Plan ampliado de inmunizaciones) Laboratorio clínico básico, Odontología (Consulta y actividades de primer nivel), hospitalización, transporte básico, partos de bajo riesgo y servicio de farmacia.

6.1. PLANEACION ESTRATEGICA ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA

6.1.1 Misión. Prestar servicios integrales de salud de baja complejidad (en los aspectos básicos de la promoción de salud, prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y rehabilitación) a toda la población Yaguareña; con Eficacia, Oportunidad y Calidad contribuyendo al bienestar social y económico de la región; reconociendo en el usuario el sentido y razón de ser de la institución como un ser humano e individuo biosicosocial miembro de una comunidad dinámica y pujante.

6.1.2 Visión. La ESE LAURA PERDOMO DE GARCIA será en tres años una empresa prestadora de servicios de salud líder en el municipio de Yaguara que garantice una atención integral y de calidad a todos sus usuarios; con responsabilidad y sentido social; acreditada de acuerdo a la normatividad vigente; ejemplo de institución pública y modelo a seguir, que exalte la dignidad humana y promueva los valores de calidad, eficiencia y oportunidad en la prestación de los servicios que ofrece a la comunidad que los reclama y que satisfaga las necesidades y expectativas del cliente interno y externo.

6.1.3 Estructura organizacional.



6.1.3.1 Áreas y unidades funcionales

- Área de Dirección
Esta área comprende:

Junta directiva
Gerente
Órganos colegiados (Comités)
Asesores

- Área Logística (administrativa y Financiera)
Esta comprenderá las unidades funcionales como:

Talento humano
Recursos físicos
Recursos financieros
Sistema de Información
Mantenimiento y servicios generales

- Área de atención al usuario
Coordinación del SIAU

6.1.3.2 Servicios que oferta:

- Servicios ambulatorios Consulta médica general
- Odontología
- Laboratorio Clínico
- Programas de promoción y prevención
- Servicio de psicología
- Farmacia
- Servicio de urgencias
- Sistema de referencia y contra-referencia
- Servicio de partos
- Servicio de hospitalización
- Esterilización y manejo integral de residuos hospitalarios.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente proyecto investigativo se tendrá en cuentas las implicaciones éticas dependiendo de: ¿quiénes realizan la investigación?, ¿cuáles son los intereses para realizarla?, ¿si se justifica su desarrollo?, ¿si el diseño es adecuado?, ¿quiénes son los sujetos de investigación?, cuál es su impacto?, ¿cuál el valor y la validez de sus resultados?, ¿cuáles son sus riesgos?, ¿cuáles son sus beneficios? y la reglamentación correspondiente existente para investigaciones que se lleven.

El grupo investigador adopta la resolución 8430 de 1993 la cual establece las normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud, y consciente de la responsabilidad ética, académica y legal de la realización de dicho proyecto, se adopta los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Fidelidad para la realización de la misma, lo cual el grupo investigador se ve en la obligación de salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes durante el tiempo en que transcurra la investigación.

Las implicaciones éticas del proyecto investigativo se garantizarán y certificarán mediante las siguientes consideraciones:

- Se oficializara oficio al gerente de la ESE Laura Perdomo de García, solicitado autorización para la ejecución del proyecto en su respectiva institución.
- Teniendo en cuenta el proceso que contempla el proyecto, se concerta cronograma de visitas y acompañamiento de directivos y personal en el desarrollo del mismo.
- Durante la investigación, siempre se dará relevancia a aspectos éticos como la autonomía, privacidad, veracidad, individualidad, respeto a la dignidad y protección de los derechos de la institución.
- La información proporcionada, será manejada con total disciplina y confidencialidad por el equipo investigador.
- De ninguna manera se alterará ni se falsificará información proporcionada; por el contrario, se buscará mantener el rigor metodológico de toda la investigación.

8. DISEÑO METODOLOGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio de tipo descriptivo cuantitativo trasversal, donde la información se recolectó en un solo momento mediante la evidencia del cumplimiento de estándares de habilitación de servicios de salud, con la utilización de instrumentos normados por la resolución 1043 de 2006 establecido por el Ministerio de la Protección Social

8.2 POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Servicios de salud ofertados y declarados por la ESE Laura Perdomo de García ante la Secretaría de Salud del Huila.

8.3 MUESTRA

El 100% de los servicios que estén siendo ofertados y demandados en la ESE.

8.4 CRITERIOS DE INCLUSION

Servicios de salud que estén operando en la institución en el momento de la visita.

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

Servicios de salud que estén declarados ante Secretaria de Salud del Huila que no estén siendo prestados en el momento de la visita.

8.6 METODO, TECNICA DE INSTRUMENTO

Se hizo aplicación del instrumento de recolección de información, el formato establecido en el anexo técnico No. 1 de la resolución 1043 de 2006. Emanado por el Ministerio de la Protección Social.

8.7 CONFIABILIDAD

La confiabilidad se hizo en la consistencia, coherencia y estabilidad de la información recolectada, que le dio seriedad e importancia al estudio planteado. En la presente investigación, los puntos anteriormente mencionados estarán soportados por la calidad en la aplicación de la normatividad en salud y la idoneidad de los investigadores que se fortaleció mediante asesorías y capacitación en proporcionada en el diplomado de Verificadores de las condiciones de habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, que forma la Universidad Surcolombiana Facultad de Salud.

8.8 VALIDEZ

Se logró la aplicabilidad de los instrumentos y se midió la construcción relacionando los ítems del instrumento con las bases teóricas y objetivos del proyecto, determinándose existencia entre la consistencia y coherencia técnica.

8.9 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información fue realizada por los ocho integrantes del grupo investigador. La metodología utilizada para la recolección de la información se desarrollo de la siguiente manera:

- Concertación de visitas para la verificación con el directivo de la institución.
- Ejecución de visitas a la institución.
- Observación y reconocimiento de las áreas físicas, dotación y mantenimiento de equipos, documentos (procesos, procedimientos, manuales, guías, historias clínicas, registros asistenciales entre otros) y demás áreas que establece la habilitación de servicios.
- Diligenciar los formatos de recolección de la información.
- Verificar y consolidar la información.
- Analizar la información y emitir concepto según lo establece la normatividad.

9. PRESUPUESTO

9.1 PRESUPUESTO GENERAL

RUBROS	VALOR
TALENTO HUMANO	
8 Investigadores.	8.000.000
1 Docente asesor	3.000.000
<i>Subtotal</i>	\$ 11.000.000
INFRAESTRUCTURA FISICA	
Arrendamiento de oficina equipada	300.000
<i>Subtotal</i>	\$ 300.000
INSUMOS	
Fotocopias e impresiones	100.000
<i>Subtotal</i>	\$ 100.000
APOYO LOGISTICO	
Transporte	300.000
Bienestar	150.000
<i>Subtotal</i>	\$ 450.000
GRAN TOTAL	\$11.850.000

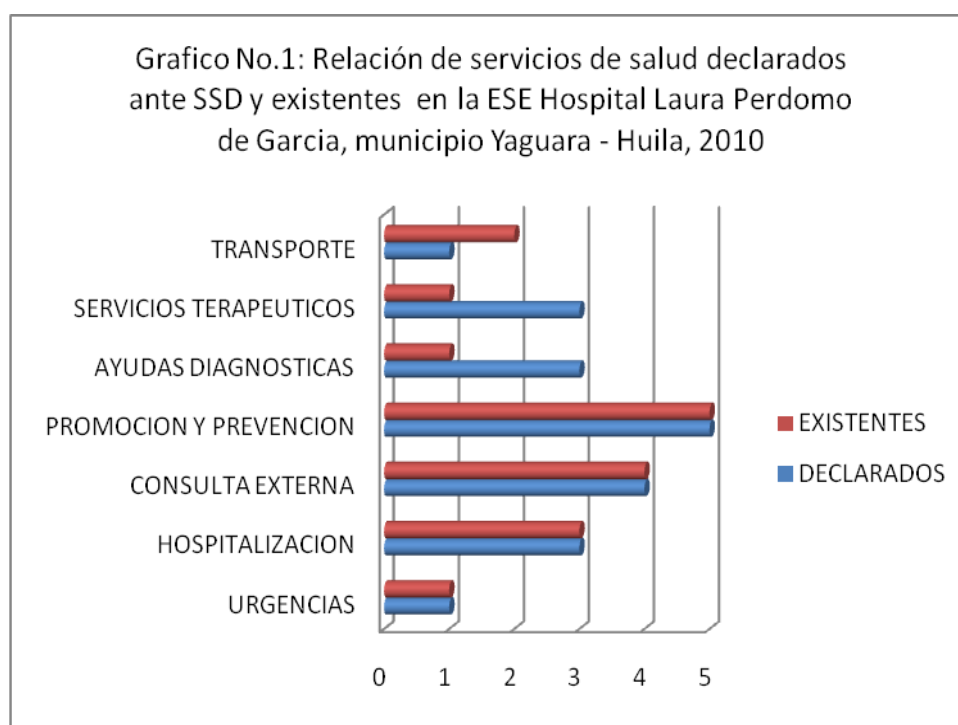
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1 S	2 S	3 S	4 S	1 S	2 S	3 S	4 S	1 S	2 S	3 S	4 S	1 S	2 S	3 S	4 S
Identificación de la población para el desarrollo del proyecto	X	X	X	X												
Socialización del Proyecto con directivos institucionales			X	X	X											
Elaboración del Anteproyecto		X	x	x	X											
Revisión Bibliográfico y diseños instrumentos					X	X										
Concertación con directivos instituciones cronograma para desarrollo del proyecto							X	X								
Asesoría para aplicación de visitas de Habilitación							X	X								
Visitas institucionales ESE Hospital Laura Perdomo de García									X	X	X	X				
Recolección de información									X	X	X	X				
Análisis e Interpretación de la información										X	X	X	X			
Realización de informe final													X	X		
Entrega de informe final del proyecto a pares.														X	X	X

11. RESULTADOS Y ANALISIS

La ESE Hospital Laura Perdomo de Garcia, presta servicios de salud a la comunidad de Yagura Huila, y en aplicativo a la normatividad del Ministerio de la Protección Social la direccion de esta entidad declara los servicios ante la secretaria de salud departamental mediante Resolucion 035 de 2005, dando aplicación a la normatividad vigente.

Grafico 1 Relación de servicios de salud declarados ante SSD y existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, municipio de Yaguara, 2010



Al relacionar servicios declarados con los que actualmente se encuentran en la visita de evaluación de los estándares de habilitación, se encuentra que los servicios de consulta externa (medicina general, odontología, enfermería y servicio extramural), servicios de hospitalización (adultos, pediatría, obstetricia) y urgencias corresponden al 100% de los declarados; los servicios terapeuticos (Fisioterapia, Terapia Respiratoria y Servicio Farmaceutico) solo estan en servicio el 33.3% correspondiente al servicio Farmaceutico; a nivel del servicio de ayudas diagnosticas (Radiología e imágenes diagnosticas, ultrasonido y laboratorio clínico) se encontró en funcionamiento el servicio de laboratorio clínico de baja complejidad correspondiente al 33.3% únicamente de los declarados, a nivel de transporte se encontró la prestación de servicios de transporte básico.

La plataforma organizacional de la ESE Laura Perdomo de Garcia, se caracteriza por division de trabajo, encontrandose a nivel superior la junta directiva integrada por el alcalde, secretario de salud municipal, representante del COPACO, representante de usuarios y representante de los funcionarios de la ESE este ultimo vacante; quienes lideran y estan comprometidos en la gestion para la habilitación de los servicios de salud que oferta la institución partiendo de una nueva infraestructura, avalada por el Ministerio de la Protección Social y Secretaria de Salud Departamental. A nivel medio se encuentra el gerente y asesores como: auditor medico, juridico, contador. Y por ultimo en el nivel inferior se encuentran las divisiones operativas a nivel administrativo y asistencial, descrito por una estructura personal.

Se evidencio a nivel de la visita disposicion gerencial y de personal para la evaluacion de servicios enmarcado en el mejoramiento de la calidad en la prestacion de servicios partiendo de la gestion y ejecucion de la infraestructura fisica y adecuacion funcional para la atención a los usuarios. Sin embargo a nivel medio, especificamente asesor en auditoria medica se observó desinterés en el proceso de evaluación de las condiciones de habilitacion de servicios que se realizó.

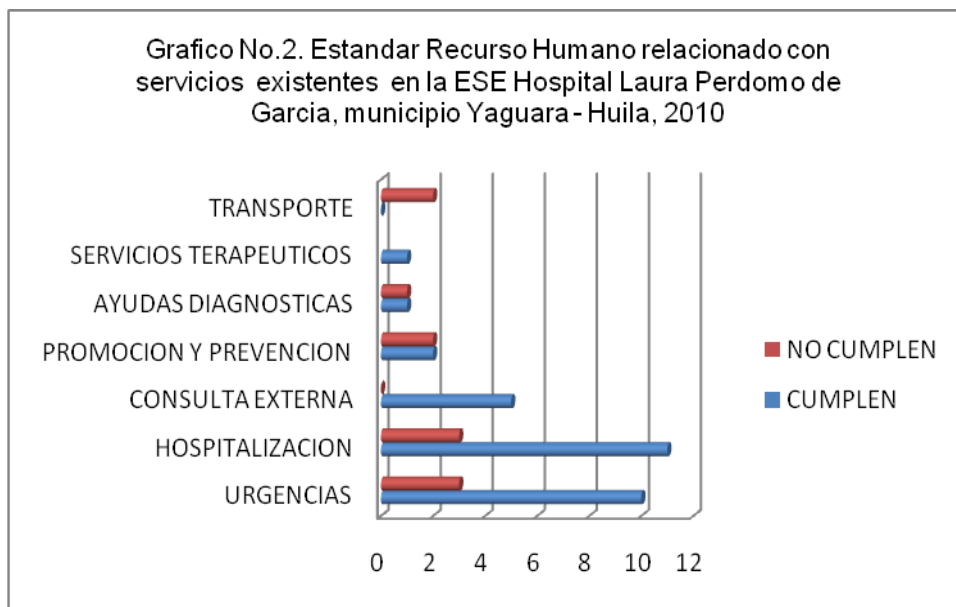
- Al hacer seguimiento a la auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud establecida por la ESE Hospital Laura Perdomo de Garcia, se evidenció a nivel gerencial positiva disposicion y compromiso en el liderazgo para la organización y cumplimiento de planes de mejoramiento continuo, procesos y documentos que estan bajo la dirección y custodia del auditor medico; a nivel de las áreas operativas las personas desconocen indicadores para seguimiento a riesgos como la existencia de planes de mejoramiento para contribuir a su logro, manifestando no haber recibido capacitación referente.

Al solicitar documento de planes de mejoramiento para la revision del cumplimiento, no fue posible debido a la no disponibilidad del mismo en el momento de la visita por parte del auditor; lo que conlleva a emitir concepto de no existencia.

- Medición de Estándares de Servicios Habilitados. La ESE cuenta con buena capacidad resolutive en recurso humano, actualmente tiene vinculados 73 personas de las cuales 9.5% son de planta y el 90.5% de contrato. A nivel asistencial se encuentra el 76.7% de personal para la prestación de servicios, el resto pertenecen al área administrativa.

En la revisión del archivo de hojas de vida la ESE cumple con la centralización de las mismas, permitiendo a los verificadores la revisión del 100% de las hojas de vida. Tiene establecido una ruta de verificación de Hojas de Vida, pero no se evidencia el proceso de selección documentado.

Grafico 2 Estándar Recurso Humano relacionado con servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.



Como se observa en la grafica, en el servicio de urgencias el 23% no cumple, debido a que una auxiliar de enfermería no cuenta con registro ante la secretaria de salud del Huila, y dos personas vinculados como camilleros no cuentan con entrenamiento específico, ni las funciones contractuales; en el servicio de hospitalización el 21.4% no cumple, la enfermera no cuenta con registro único de enfermería y dos auxiliares no tienen registro ante la secretaria de salud del Huila.

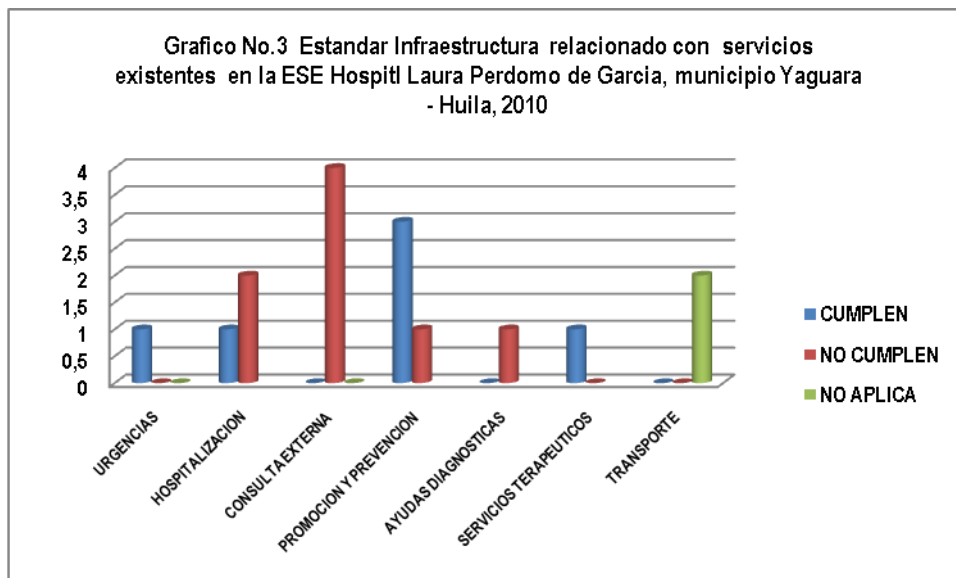
En los programas de promoción y prevención el 50% no cumple (citología vaginal y vacunación); la enfermera no tiene certificado de entrenamiento específico en toma de citología cervicouterina y en vacunación la auxiliar de enfermería no está certificada en entrenamiento específico.

En el servicio de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico), cumple el 50%, del personal debido a que la auxiliar de laboratorio no tiene inscripción ante la secretaria de salud del Huila.

En el servicio de transporte no cumple el 100%, debido a que los conductores de ambulancia no tienen certificación de entrenamiento específico en Atención Pre-Hospitalaria.

Los servicios terapéuticos (farmacia) y consulta externa cumplen en el 100%.

Grafico 3 Estándar Infraestructura relacionada con servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.



La ESE Hospital Laura Perdomo de García actualmente está terminando la construcción de su nueva sede, para atender la demanda de servicios de observación, hospitalización, urgencias, laboratorio clínico, fisioterapia, consulta externa y atención al usuario.

A nivel del servicio de hospitalización se cuenta con sistema de llamado de emergencia del usuario al personal asistencial de turno, ubicado en las habitaciones, camillas y baños; al igual en el piso de las habitaciones se encuentra con luz baja. El 66.6% de los servicios de hospitalización no cumple el estándar; en el servicio de pediatría no se cuenta con unidad sanitaria apropiada para niños, los pisos tienen desnivel hacia el interior de las habitaciones. En el servicio de hospitalización adultos, las unidades sanitarias presentan desnivel hacia afuera generando riesgo para la seguridad de los usuarios y personal asistencial. En el servicio de Obstetricia, cuenta con tres áreas definidas: parto, sala de partos y Puerperio, este último con unidad sanitaria, las puertas tienen visor; las paredes y techos no son lisos, lavables ni impermeables, el consultorio donde se realiza ecografías obstétricas y monitoria fetal no tienen dos ambientes ni unidad sanitaria, por lo tanto no se cumple con el estándar.

En consulta externa la infraestructura es nueva; las paredes, techos y ventilación cumplen, pero en el momento de la visita los consultorios médicos no tienen los dos ambientes, puertas ni ventanas.

En el consultorio de odontología se encuentran instalaciones eléctricas e hidráulicas expuestas, proyectadas para una segunda unidad odontológica, la unidad sanitaria, poceta de lavado de instrumental y lavamanos presentan filtraciones permanentes de agua, los tomas eléctricos no cumplen con la normatividad establecida en el estándar; siendo estos factores de riesgo para la seguridad del usuario y personal asistencial.

En el servicio de promoción y prevención el 66.6% cumple, correspondiente a Crecimiento y Desarrollo, Control Prenatal, Toma de Citologías Cervicouterinas y Riesgo Cardiovascular; el 33.3 % que corresponde al servicio de vacunación no cuenta con independencia del área de embalaje, ni mesón en acero inoxidable, como al igual no está integrado en el área de promoción y prevención, la manguera de desagüe del aire acondicionado está expuesta y su disposición final está ubicada en la poceta del área de embalaje.

Los servicios de ayudas diagnosticas (laboratorio clínico) no cumple, la prestación de servicios esta en un área provisional la cual no contempla zona de toma de muestras, sala de espera, área administrativa, área de procedimientos, área de trabajo limpio, área de trabajo sucio ni señalización respectiva.

A nivel de servicios terapéuticos (farmacia) cumple; está ubicada en un área física exclusiva y de circulación restringida, garantiza un sistema de ventilación artificial, cuenta con Termo-higrómetro, los espacios para transitar el personal operativo y para el almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos médicos es muy reducido.

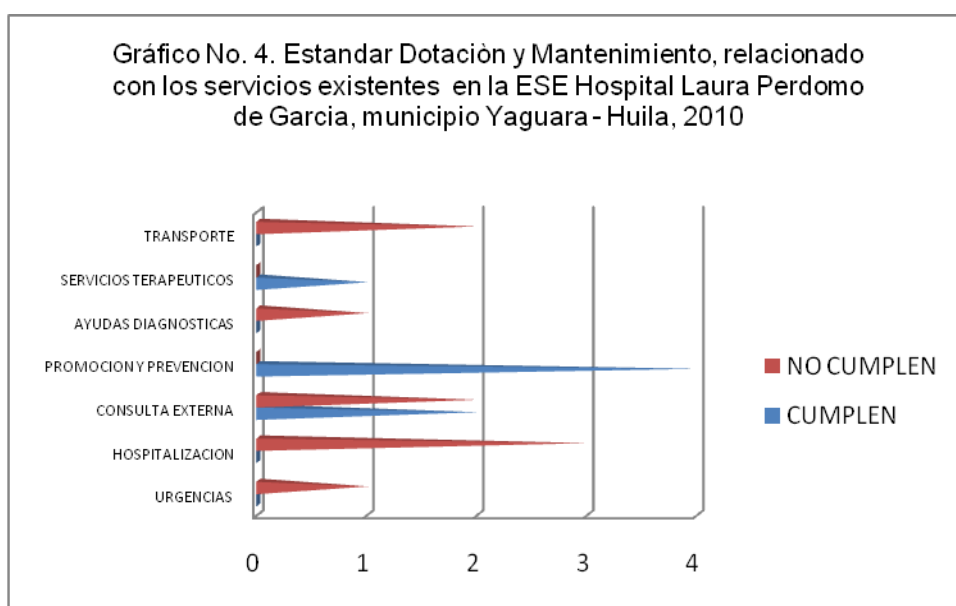
El servicio de Urgencias y Observación cumplen con el estándar de Infraestructura; para el servicio de transporte no aplica.

El servicio de esterilización no cumple; los pisos, paredes y techos no son lisos, lavables ni impermeables; la altura de las paredes, los espacios para trabajo sucio, limpio y estéril no aplica a la normatividad; la poceta de lavado está deteriorada, oxidada, la profundidad no es la recomendada, existen filtraciones en los tubos de drenaje.

A nivel de infraestructura de suministro de agua potable y fluido eléctrico cumple, cuenta con dos tanques de almacenamiento de agua y según referencia del gerente tiene capacidad de almacenamiento hasta para ocho días, y la planta eléctrica tiene capacidad de respuesta es de 8 segundos para suplir las necesidades de toda la institución. No se evidenció documento manual para lavado de tanque.

Con respecto a manejo de desechos hospitalarios cuenta con personal capacitado y exclusivo para el manejo de los mismos; el lugar de almacenamiento de residuos y desechos hospitalarios se encuentra ubicado en un área distante al sitio donde se prestan los servicios de salud; área que se encuentra cerrada, enmallada y protegida por techo. La disposición final está contratada con la firma AMBIENTAL.

Grafico 4 Estándar dotación y mantenimiento, relacionado con los servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.



El 43.7% de los servicios que se ofertan en la ESE no cumplen con el estándar de dotación y mantenimiento, los servicios de urgencias y hospitalización cuentan con equipos, monitores y camas eléctricas nuevos para cada unidad hospitalaria; las camas y camillas para hospitalización y observación pediátrica no son las adecuadas para el tipo de usuario, debido a que no cuentan con barandas protectoras. Se encuentra dotación de hotelería y un solo carro de paro en la institución, el cual está deteriorado y ubicado en sala de reanimación. No se dispone de hojas de vida de los equipos, manual de funcionamiento y plan de mantenimiento preventivo, correctivo y de limpieza de los mismos.

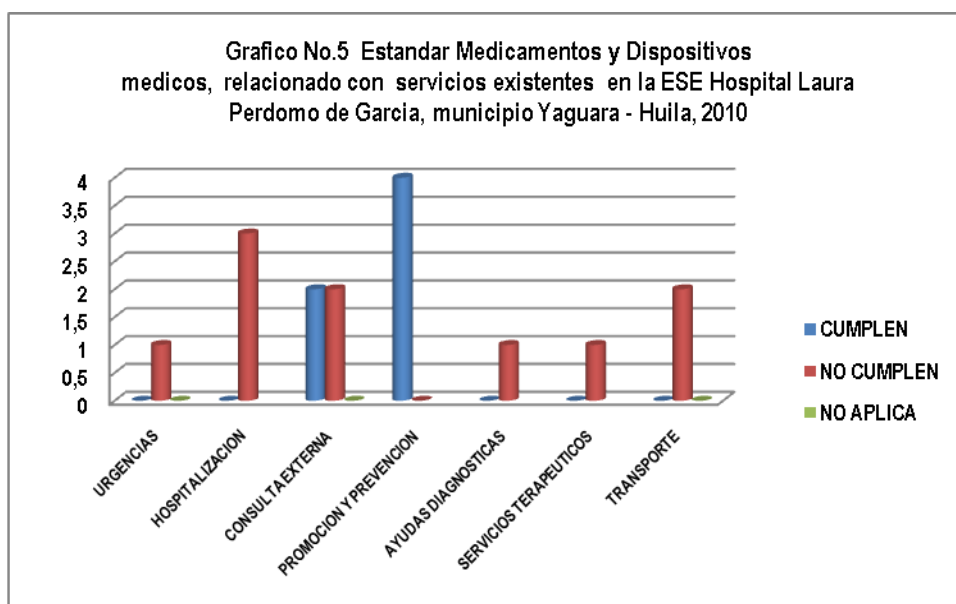
En el servicio de Obstetricia se encuentra dos camillas eléctricas modernas para atención al parto, equipos para atención de preparto y del parto en buen estado; no cuentan con carro de paro, Hoja de Vida, manuales ni plan de mantenimiento de los equipos.

En el área de esterilización no se cuenta con los accesorios adecuados para el funcionamiento del autoclave (manguera de presión) existen dos autoclaves uno operando y el otro sin funcionar, estos no tienen hojas de vida, ni manuales correspondientes, lo que conlleva al no cumplimiento del estándar.

En los servicios de consulta externa como odontología los equipos están en buen estado pero no se evidencia las hojas de vida, manual y cronograma de mantenimiento de los mismos; en el servicio de consulta médica no se cumple con los dos ambientes. En el servicio de laboratorio no se encuentra la dotación completa de equipos, algunos están deteriorados, al igual no se cuenta con las hojas de vida y manual de mantenimiento de los equipos. En el servicio de transporte tienen dos vehículos uno identificado como TAB la cual no está dotada de insumos mínimos y básicos para el servicio, el otro TAM cuenta con dotación de equipos como para transporte básico, no tiene desfibrilador ni ventilador, los extintores están vencidos, los dispositivos médicos están expuestos al aire libre y están mal distribuidos en las áreas correspondientes asignadas en el vehículo, el manual de la ambulancia esta en idioma ingles, los documentos de revisión tecnicomecanica y mantenimiento del vehículo no se encontró en el servicio correspondiente.

En el servicio extramural - Unidad Móvil Laurita, no se cumple con el estándar debido a la ausencia del adaptador para las piezas de alta y baja velocidad.

Grafico 5 Estándar medicamentos y dispositivos médicos, relacionado con servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.



La ESE a nivel del estándar de Medicamentos y dispositivos médicos cumple en un 100% en los servicios de promoción y prevención ya que la utilización de dispositivos médicos, aplica la técnica estéril y se hace Fármaco-Tecno vigilancia de los mismos en los servicios de control de crecimiento y desarrollo, planificación familiar, vacunación y riesgo cardiovascular.

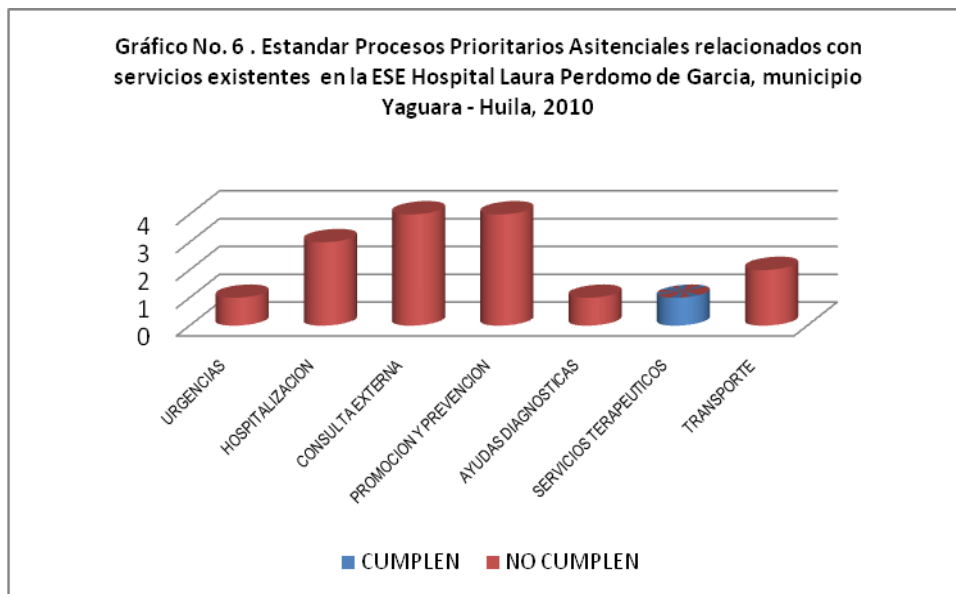
En el servicio terapéutico- farmacia, se realiza los procesos de tecno y fármaco vigilancia, se evidencia la funcionalidad de la gestión de suministros en la adquisición, distribución y traslado de medicamentos; presentándose fallas en el almacenamiento de los insumos por limitación de espacio y ausencia de estivas, evidenciándose el almacenamiento en cajas. Lo que conlleva al no cumplimiento del estándar.

Los servicios de hospitalización, urgencias, ayudas diagnosticas y transporte no cumplen con este estándar; al encontrarse medicamentos vencidos y sin semaforización, dispositivos médicos sin registro de fecha de vencimiento; en las ambulancias los dispositivos médicos y medicamentos están mal almacenados, expuestos al medio ambiente, extintores vencidos. En general el personal no conoce el manual de uso y reúso, en su efecto no se practica la tecno – fármaco vigilancia respectiva.

En los servicios de consulta externa el 50% no cumplen con este estándar, debido que en el servicio de odontología existen medicamentos vencidos, sin registro INVIMA; los medicamentos importados no tienen registro de importación correspondiente, el almacenamiento de dispositivos y medicamentos odontológicos no cumplen con las especificaciones del fabricante, están expuestos al medio ambiente. No cuenta con termohigrómetro.

En el servicio extramural se encontró dotación de dispositivos como guantes, jeringas, material medicoquirurgico expuesto al medio ambiente.

Grafico 6 Estándar procesos prioritarios asistenciales relacionados con servicios en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.



En el estandar Procesos Prioritarios la ESE Hospital Laura Perdomo de Garcia cumple solamente con el 6.25% debido a que el servicio de farmacia cuenta con las guías, manuales de procedimiento, protocolos en medio magnetico de facil acceso y aplicación activa por la persona responsable del servicio.

El 93.75% no cumple, encontrándose guías únicamente en las áreas de hospitalización seis guías sistematizadas sin actualizar y en el servicio de urgencias una guía en medio físico correspondiente a Intubación Orotraqueal, documento deteriorado y sin identificación institucional; al medir la aplicación y conocimiento de guías, manuales y protocolos en el personal asistencial los desconoce; excepto a nivel del servicio de vacunación que el conocimiento y aplicación se evidencia correctamente. Al igual las guías existentes no cuentan con acto administrativo de gerencia para adopción institucional.

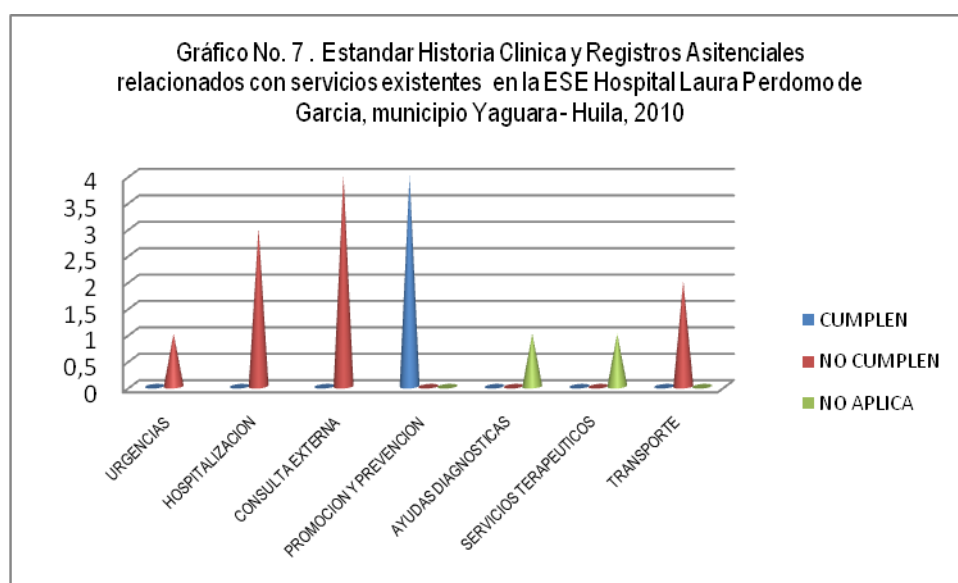
En el servicio de odontología, se conoce la existencia de guías de procedimientos y MPGIRH, a los cuales el personal no tiene el acceso directo a ellos, encontrándose en el área de sistemas. No se encontraron guías de esterilización ni manuales de uso y reúso.

Con respecto al sistema de información y atención al usuario SIAU cumple con la asignación exclusiva de la infraestructura y persona responsable de la oficina.

Al evidenciar la operatividad del sistema se aplica el proceso de atención a usuarios, pero no existe documentos de procesos pertinentes en el área, se cumple con atención de quejas y reclamos evidenciado por la presencia de actas, al seguimiento y respuesta a quejas. Sin embargo la persona responsable además de atender al usuario es encargada de asignar citas para consulta externa y no tiene línea telefónica.

Caracterizado el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) como documento principal para auditar la aplicabilidad de los procesos, normas y seguimiento a la calidad en la prestación de servicios; se informó por parte de la dirección la existencia de éste, pero no se evidencio durante la visita, por lo cual no se logró identificar el cumplimiento y actualización respectiva.

Grafico 7 Estándar historia clínica y registros asistenciales relacionados con servicios existentes en la ESE Hospital Laura Perdomo de García, Municipio de Yaguara Huila 2010.



Entre los servicios que deben cumplir con el estandar historia clinica y registros asistenciales, la ESE cuenta con el servicio sistematizado en el area de consulta externa incluyendo promoción y prevencion, la cual esta en periodo de prueba; en el servicio de odontologia no se aplica consentimiento informado, en urgencias el registro es fisico y se limita a identificación del usuario y diagnóstico de la atención en forma resumida, en observacion y hospitalizacion la historia clinica es en medio físico y se observó la realizacion de registro medico en la historia clinica el dia posterior al ingreso del paciente.

No se evidenciaron registros asistenciales en el traslado de pacientes.

La ESE cuenta con un espacio centralizado de archivo de historia clínica pasivo y el archivo activo lo manejan en cada centro de atención como urgencias y hospitalización.

A nivel del estándar INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS, el personal de la ESE cumple en la realización de los procesos, pero no cuenta con los protocolos escritos; al igual el personal desconoce la existencia de estos documentos, no existe lactario siendo indispensable en hospitalización de pediatría; lo que conlleva a conceptuar que no se cumple con este estándar.

El servicio de urgencias funciona en la nueva sede sin contar con el reporte de la novedad y visita de verificación por parte de la Secretaría de Salud Departamental; desde el año 2005 la ESE declaró los servicios de radiología y fisioterapia los cuales actualmente no son ofertados y a la fecha no se ha reportado dicha novedad.

Con respecto al estándar de REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA la ESE cumple con la operatividad del sistema de comunicaciones, permitiendo con este intercambio de información, direccionamiento de la atención desde la institución con la red prestadora de cada una de las EPS con quien se tiene contrato, al igual el personal de los servicios de remisión y de transporte aplican los procedimientos necesarios, pero no se evidenció la existencia de protocolos y guías correspondientes.

Los dos vehículos que operan para transporte una identificada como TAB, no cumple con los criterios y la otra de Transporte de atención medicalizada TAM, cuenta con criterios para transporte de atención básica. Por lo cual no se cumple con el estándar de referencia y contrareferencia ya que no se puede garantizar seguridad del paciente.

El formato de referencia de pacientes se diligencia según aplicativo al lineamiento de la Secretaría de Salud Departamental, no se evidencia seguimiento a la contrareferencia de servicios.

Con respecto al estándar de SEGUIMIENTO A RIESGOS no cumplen, porque en la ESE Hospital Laura Perdomo de García no se tienen establecidos indicadores de control de eventos que impliquen riesgo en la prestación de servicios implicando la seguridad del paciente, aunque a nivel de la dirección refieren su existencia no se evidenció, como al igual no se conoce ni se aplica por el personal de la institución.

12. CONCLUSIONES

12.1 RECURSO HUMANO

- ✓ Se evidencia voluntad política administrativa a nivel gerencial de la ESE.
- ✓ La ESE cuenta con setenta y tres personas vinculadas para la funcionalidad de la empresa; personal profesional, técnico y auxiliar; con experiencia y compromiso institucional.
- ✓ La contratación de servicios se realiza de manera directa, no hay intermediación.
- ✓ No cumple con la certificación de entrenamiento específico en las áreas de toma de citología, vacunación, APH y registro de personal de apoyo asistencia ante la Secretaría de Salud del Huila.

12.2 INFRAESTRUCTURA

- ✓ El diseño de la Infraestructura nueva cuenta con un ambiente agradable, amplio, acogedor y limpio; que satisface la permanencia del cliente. En su mayor parte cumple con la normatividad vigente, excepto los hallazgos a nivel de los servicios de consulta externa, vacunación, hospitalización pediatría..
- ✓ En las instalaciones antiguas, se encuentra la prestación de servicios de laboratorio clínico el cual no cumple con el estándar.

12.3 DOTACION Y MANTENIMIENTO

- ✓ Los equipos nuevos adquiridos son de alta tecnología y de buena capacidad resolutive, los cuales son aptos para ofrecer y garantizar servicios con calidad.
- ✓ No se evidencio la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos ni hojas de vida de los mismos, por lo cual la La ESE no cumple con este estándar.

12.4 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

- ✓ La farmacia es el único servicio que cumple con este estándar.
- ✓ En los servicios de urgencias y hospitalización los medicamentos y dispositivos médicos cuentan con semaforización, pero se evidencio algunos con fechas extemporáneas.

- ✓ El servicio de odontología no cumple con el estándar

12.5 PROCESOS PRIORITARIOS

- ✓ La empresa cuenta con personal contratado para la elaboración de protocolos, manuales, guías y procesos; a nivel de la dirección se conceptúa que estas son de conocimiento y aplicadas por el personal de la institución. No se evidenció documentación respectiva, por lo cual no cumple con el estándar..

12.6 HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES

- ✓ La institución mediante Software realiza la sistematización de Historias Clínicas, operando en el área de consulta externa específicamente.
- ✓ Las historias clínicas en medio físico, evidencian registros extemporáneos a la intervención.

12.7 INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

- ✓ La ESE oferta y demanda todos los servicios de baja complejidad.
- ✓ No cumple con la existencia y ejecución de la operatividad de este estándar.

12.8 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- ✓ La ESE cuenta con el servicio de traslado de pacientes con disponibilidad de dos vehículos en buen estado mecánico automotor y al día con la documentación exigida por el ministerio de transporte.
- ✓ No cumple con los estándares de habilitación según identificación y prestación de los servicios que demanda.

12.9 SEGUIMIENTO A RIESGOS

- ✓ En la institución no se evidenció la existencia de indicadores, fichas de notificación, informe de seguimiento a riesgos, como a la vez el personal asistencial los desconocen. No cumple con el estándar.

13. RECOMENDACIONES

13.1 RECURSO HUMANO

- ✓ Se sugiere dar utilidad gerencial y administrativa a la información correspondiente a la demanda de servicios, perfil epidemiológico, capacidad instalada para la distribución funcional y equitativa del talento humano.
- ✓ Establecer mecanismos de cultura del buen uso de servicios en los usuarios; ajustar cuadros de rotación para atender la mayor demanda por servicios, dar exclusividad de médico y auxiliar permanente en el servicio de urgencias.
- ✓ Establecer mecanismos de selección de personal y adherencia institucional, entre ellos inducción institucional a nivel de la secretaria de salud departamental, municipal y la ESE.
- ✓ Planear, diseñar y ejecutar programas de capacitación para satisfacción del cliente interno y externo. Específicamente a corto plazo la capacitación de entrenamiento específico como toma de citología vaginal, vacunación y APH.
- ✓ Cumplir con los procesos legales de contratación y hacer seguimiento al cumplimiento de los mismos, definiendo manual de funciones de acuerdo al cargo.

13.2 INFRAESTRUCTURA

- ✓ Establecer y ejecutar planes de seguimiento de obra con el interventor asignado.
- ✓ El arquitecto e interventor de la obra deben conocer sobre normatividad del sistema de salud, estar certificado o tener experiencia como verificador de las condiciones de habilitación de prestadores de servicios de salud.
- ✓ Gestionar recursos ante los entes gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional e internacional, para finalizar la totalidad de la obra nueva y adecuación física del área antigua basada en los cumplimientos de los estándares de habilitación.

- ✓ Ampliar o reubicar el área de farmacia, condicionándolo a un espacio de mayor circulación del operario; ubicación de estantes y almacenamiento adecuado de los medicamentos y dispositivos médicos.
- ✓ Reubicar o ampliar el área de laboratorio clínico, acorde al estándar y capacidad resolutive de calidad.
- ✓ Diseñar e implementar la señalización y semaforización de las áreas acorde a la normatividad vigente.

13.3 DOTACION Y MANTENIMIENTO

- ✓ Realizar listados y ubicación de equipos biomédicos, con sus respectivas hojas de vida y manuales en las áreas asignadas; al igual establecer y hacer cumplir con la empresa contratada plan de capacitación en el manejo de equipos y cumplimiento de cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los mismos, identificando las necesidades de acuerdo a la vida útil de estos.
- ✓ Adquirir nuevas tecnologías, previa prioridad de los servicios en concordancia y a la par con la infraestructura instalada.

13.4 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS

- ✓ Establecer planes de capacitación, seguimiento y evaluación en tecno vigilancia y farmacovigilancia dirigido al personal asistencial a nivel profesional, técnico y auxiliar de la Institución.
- ✓ Dar prioridad a la gestión de suministros en cumplimiento al comité de compras, selección de proveedores, adquisición de medicamentos y dispositivos médicos de buena calidad que cumpla con la normatividad de INVIMA.
- ✓ Verificar las fechas de vencimiento de los medicamentos de control, para gestionar con otros prestadores la venta o intercambio de los mismos, previniendo perdida de estos y/o generación de situaciones legales.

13.5 PROCESOS PRIORITARIOS

- ✓ El diseño, elaboración de protocolos, manuales, guías y procesos; deben ser concertados con el personal profesional, técnico y auxiliar de cada área adaptándolas a la necesidad de cada servicio y nivel de complejidad de la Institución.

- ✓ Establecer y ejecutar plan de capacitación, seguimiento y adherencia a las guías, protocolos, manuales y procesos, con el personal asistencial y administrativo a nivel profesional, técnico y auxiliar.
- ✓ Los protocolos, manuales, guías y procesos deben estar sistematizadas y en medio físico; centralizados y en cada área de servicio, de fácil acceso de consulta al personal interesado. Al igual deben contar con acto administrativo gerencial (acuerdo) de adopción institucional.
- ✓ Crear un sistema de registro de consulta de estos documentos por parte del personal interesado, con el fin de conceder estímulos de reconocimiento por la adherencia a las mismas.
- ✓ Es importante que a nivel de gerencia y profesionales asesores de la gerencia como jurídico, auditor, control interno entre otros, además de conocer la normatividad del sistema de salud, tengan la certificación y/o experiencia como verificador de las condiciones de habilitación de prestadores de servicios de salud, ya que es una herramienta necesaria para asesorar y aplicar la garantía de la calidad de prestación de servicios de salud .
- ✓ Velar por que el documento PAMEC sea elaborado de acuerdo al perfil epidemiológico, situación de oferta y demanda del servicio, y capacidad resolutive de la institución; con la participación de cada una de las dependencias, dando prioridad a las situaciones de intervención a corto y mediano plazo.
- ✓ Reconocer que el PAMEC es un proceso dinámico y continuo por lo tanto la actualización de este debe ser ajustado permanentemente a las necesidades y satisfacción del cliente interno y externo.

13.6 HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS ASISTENCIALES

- ✓ Lograr el manejo de la sistematización de historias clínicas y registros en los servicios de urgencias, observación y hospitalización.
- ✓ Programar y hacer seguimiento a las Historias Clínicas y registros asistenciales que se generen en la institución, bajo el liderazgo del comité de historias clínicas.
- ✓ Crear la cultura y evaluar cumplimiento del buen registro, manejo de historia clínica y registros asistenciales a nivel del personal asistencial, profesional técnico y auxiliar.
- ✓ Diseñar e implementar formato para consentimiento informado de aplicabilidad en todos los servicios.

13.7 INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

- ✓ Documentar los procesos en todas las áreas, para agilizar los trámites pertinentes de acuerdo al servicio solicitado.
- ✓ Lograr que todo el personal de las diferentes dependencias asistenciales tenga adherencia y cumplan con los procesos diseñados para dar cumplimiento a este estándar.
- ✓ Evaluar los servicios y el personal que lidere la aplicabilidad de los procesos y conceder estímulos a quienes lo cumplan.

13.8 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- ✓ Adaptar el manual de ambulancia TAM al idioma español y velar por la custodia y consulta permanente por parte del conductor.
- ✓ Programar y ejecutar de forma inmediata la revisión de la dotación, aseo y mantenimiento de las ambulancias; al igual definir la identificación correcta de las mismas, según corresponda la oferta de servicio declarado (TAM-TAB).
- ✓ Establecer plan de capacitación a corto plazo; en APH para conductores y camilleros vinculados a la institución.
- ✓ Realizar mecanismos de control a la contrarreferencia de las remisiones que genera la institución delegando una persona exclusiva para este proceso.

13.9 SEGUIMIENTO A RIESGOS

- ✓ Crear indicadores de seguimiento a riesgos por servicios.
- ✓ Establecer plan de capacitación al personal asistencial a nivel profesional técnico y auxiliar en la identificación, notificación y seguimiento a riesgos.
- ✓ Capacitar al personal administrativo y asistencial en seguridad del paciente.

BIBLIOGRAFIA

DECRETO 2309 DE 2002 :Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

FRANCO A. Seguridad Social, Salud Pública y ley 100 de 1993. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 1995. 13(1):20-41.

GONZÁLEZ JI, Pérez-Calle F. Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada. Coyuntura Social;1998.18:149-171.

HERNÁNDEZ M. El derecho a la salud y la nueva Constitución Política colombiana. En: Cardona A. (Coord.) Sociedad y Salud. Bogotá: Zeus editores;1992:127-154.

JARAMILLO I. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993, cinco años después. 4ª ed. Santafé de Bogotá: FESCOL, FES, Fundación Restrepo Barco, Fundación Corona;1999.

LEY 715 DE 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Grupo de calidad., minproteccionsocial.gov.co.

MINISTERIO DE SALUD. La reforma a la seguridad social en salud. Antecedentes y resultados. Tomo 1. Bogotá: Ministerio de Salud;1994.6.

_____ Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes, 1998–1999. Santafé de Bogotá; julio de 1999: 4 y 6.

Resolución 1439 de 2002 (y anexos): Por la cual se adoptan 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.

Resolución 1995 de 1999: Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Resolución 1164 de 2002: por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.

Resolución 3374 de 2000: RIPS. Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Resolución 2182 de 2004: Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.