

UNIDAD DE ONCOLOGÍA PARA LA IPS UNIVERSITARIA,
MEDELLÍN 2.010.

JOSÉ FERNANDO MÉNDEZ JIMÉNEZ
YURANI ANDREA ORTIZ GARCÍA

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS GRUPO 15
MEDELLÍN – ANTIOQUIA
2.010

UNIDAD DE ONCOLOGÍA PARA LA IPS UNIVERSITARIA,
MEDELLÍN 2.010.

JOSÉ FERNANDO MÉNDEZ JIMÉNEZ
YURANI ANDREA ORTIZ GARCÍA

Propuesta de Estudio para Optar al Título de:
Especialista en Gerencia de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud

ASESORA
PIEDAD ROLDÁN JARAMILLO
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE IPS GRUPO 15
MEDELLÍN – ANTIOQUIA
2.010

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo General.....	14
3.2 Objetivos Específicos.....	14
4. REFERENTE TEÓRICO	15
4.1 Cáncer	15
4.2 Incidencia cáncer en Colombia	15
4.3 Tratamiento cáncer.....	15
4.4 Servicios Oncológicos.....	16
4.5 Tipos de Unidades de Oncología.....	17
4.6 Operación de la Unidad Oncológica.....	19
5. Marco Legal	20
6. METODOLOGÍA.....	32
7. RESULTADOS	35
7.1. Estudio de Mercado. Oferta y Demanda de los Servicios Oncológicos ..	35
7.1.1 Aspectos Generales de Colombia	35
7.1.2 Determinantes generales.....	40
7.1.3 Aspectos Generales Departamento De Antioquia	41
7.1.4 Situación de Salud para el Departamento de Antioquia	44
7.1.5 Respuesta social	45
7.1.6 Demanda de servicios de Oncología	48
7.1.7 Oferta de servicios de Oncología	49
7.1.8 Situación actual IPS UNIVERSITARIA	50
7.1.9 Estructura funcional de la Unidad Oncológica.....	52
7.1.10 Organización empresarial.....	52
7.1.11 Servicios de Unidad Oncológica.....	54
7.1.12 Tipos de radioterapia	54
7.1.13 Tratamientos a base de Quimioterapia	55
7.1.14 Estructura de la Unidad de Oncología.....	55
7.1.15 Definición de Unidad de Oncología.....	56
7.1.16 Localización y descripción	56
7.2. Requisitos de Habilitación para la Unidad De Oncología según normas y sus estándares.	58
7.2.1 Oncología Clínica:.....	63
7.2.2 Cirugía oncológica.....	86
7.2.3 Quimioterapia.....	116
7.2.4 Radioterapia	141
7.3. Definición de inversión.....	142
7.3.1 Costos de inversión, operación del servicio y mantenimiento	142
7.3.2 Inversión Inicial	142
7.3.3 Inversión en equipamiento.....	143
8. CONCLUSIONES.....	145
9. RECOMENDACIONES.....	146
10. BIBLIOGRAFÍA.....	147

Eliminado: 34

Eliminado: 39

Eliminado: 43

GLOSARIO

Accesibilidad: Condición que relaciona la población que necesita servicios de salud con el sistema de prestación de servicios de calidad¹.

Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer. Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las Entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, deben garantizar acciones de promoción y prevención de 105 factores de riesgo para cáncer y cumplir con los indicadores de resultados en salud que se definan para esta patología por el Ministerio de la Protección Social y que estarán definidos en 1056 meses siguientes a la sanción de esta ley².

Adquisición de Tecnología: Actividad mediante la cual una tecnología es incorporada a la empresa, incluyendo los procesos de asimilación necesarios para garantizar seguridad de los pacientes, menores costos en el uso para la empresa y cumplir con los requisitos de calidad establecidos¹.

Atención primaria: Servicios de salud que satisfacen la mayoría de las necesidades de atención básica de salud con el transcurso del tiempo. La atención primaria incluye exámenes físicos, tratamientos de las afecciones médicas comunes y atención preventiva, como las inmunizaciones y la detección temprana¹.

Calidad: La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario¹.

Calidad de vida: Percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. Es un concepto de amplio espectro que incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno¹.

Cáncer: Grupo de enfermedades en las cuales las células se multiplican sin control y tienen la capacidad de invadir los tejidos vecinos y pueden diseminarse a través del torrente sanguíneo y en sistema linfático a otras partes del cuerpo¹.

Control integral del cáncer. Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. El

control integral del cáncer de la población colombiana, considerará los aspectos contemplados por el Instituto Nacional de Cancerología, apoyado con la asesoría permanente de las sociedades científicas clínicas y/o quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología y un representante de las asociaciones de pacientes debidamente organizadas y avalado por el Ministerio de la Protección Social, que determinara acciones de promoción y prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos².

Cuidado paliativo. Atención brindada para mejorar la calidad de vida de los pacientes que tienen una enfermedad grave o que puede ser mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de la enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con la enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas².

Eficacia: Capacidad de cumplir con la producción comprometida y de logro de objetivos¹.

Eficiencia. Obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos¹.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles. También se le denomina medida de impacto¹.

Nuevas tecnologías en cáncer. Se entiende por nuevas tecnologías, la aplicación del conocimiento empírico y científico a una finalidad práctica, para lo cual se requieren nuevos medicamentos, equipos y dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, y modelos organizativos y sistemas de apoyo necesarios para su empleo en la atención a los pacientes. Nuevas tecnologías deben considerar también incluir todas las tecnologías que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), así como las habilidades personales y el conocimiento necesario para su uso².

Quimioterapia: Tratamiento de las enfermedades, en este caso el cáncer con productos químicos que destruyen las células cancerosas¹.

Rehabilitación integral. Las entidades promotoras de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social, incluyendo prótesis².

Seguridad del paciente: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y tecnologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar las consecuencias¹.

Unidades funcionales. Son unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, habilitadas, conformadas por profesionales especializados, apoyado por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, su función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento. Debe siempre hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial, un medico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología².

RESUMEN

El presente proyecto se desarrolla a partir del “ESTUDIO DE DEMANDA Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL AREA DE INFLUENCIA DE LA CLÍNICA LEÓN XIII, Y SU POYECCION DE LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y LOS SERVICIOS QUE DEBE OFRECER EN SU PORTAFOLIO”. A partir de este estudio se analizan las nuevas unidades que debería desarrollar la IPS UNIVERITARIA en el corto, mediano y largo plazo. El estudio antes mencionado permite identificar los tipos cáncer, así como la situación actual en Colombia respecto a esta patología.

A partir de los resultados en el estudio mencionado, dieron como recomendación desarrollar en la “IPS UNIVERSITARIA”, una unidad de Oncología que dé respuesta a las necesidades de los usuarios y las diferentes Entidades Responsables de Pago. Por esta razón se inicia el proceso de estructuración de este proyecto para establecer la factibilidad técnica para la conformación de una Unidad de Oncología para la IPS UNIVERSITARIA, cumpliendo con los requisitos de habilitación y la normatividad vigente. Esta nueva unidad supone un gran desafío para todo el equipo directivo y administrativo, ya que en Colombia son muchas las normas que se deben cumplir, las cuales se describen en el desarrollo del presente proyecto.

Desde este proyecto se propone desarrollar una estructura funcional para la unidad de oncología, y una propuesta de un estudio de factibilidad técnica que permitirá a la IPS UNIVERSITARIA, y a otros actores, tener un referente para el desarrollo de nuevas unidades estratégicas de negocio que permitan mejorar la oferta actual de servicios de alta complejidad, así como también mejorar la rentabilidad de las instituciones que las logren desarrollar.

La metodología utilizada consistió en realizar una revisión del estudio de oferta y demanda de servicios de alta complejidad, este fue uno de los insumos principales para iniciar con el estudio de factibilidad técnica de la unidad de oncología. Para el desarrollo de la factibilidad técnica se analizaron los recursos físicos, humanos y financieros con los que cuenta la institución según lo descrito en el estudio de oferta y demanda, y se determina en base a los requisitos de habilitación, los recursos que se tendrían que invertir para la operatividad de la unidad de oncología.

Los resultados, destacan que la inversión que se debe realizar es de \$386'652.852. Se propone una estructura funcional y planos del área física en una de las sedes, donde se ubicará la atención para los pacientes que requieren tratamiento contra el cáncer en todas sus esferas.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. La carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos amerita a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad¹.

En su estructura, este documento inicia con los aspectos generales de Colombia y Antioquia, presenta la situación de salud actual enfocada principalmente en el cáncer, posteriormente aborda los aspectos de la oferta y la demanda de servicios de oncología. Aunado a esto se presenta el perfil de morbilidad de los pacientes atendidos por urgencias y hospitalización que son objeto de atención específica del área de Oncología en la "IPS Universitaria". Se describe también la estructura funcional de lo que podría ser la Unidad de Oncología para la "IPS Universitaria" haciendo énfasis en los requisitos de habilitación a cumplir. En el último aparte se calcula los costos y gastos considerando el tamaño, la tecnología, localización, infraestructura física y la estructura organizacional de la unidad de Oncología.

Se calcula que cada año se presentan en el mundo más de once millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales cerca de del 80% se presentan en países en vías de desarrollo. Para estos países, el control del cáncer y de las otras enfermedades crónicas impone retos particulares pues generalmente estas enfermedades coexisten con necesidades básicas insatisfechas y también con una carga alta por enfermedades transmisibles en una franja importante de población. Uno de los aspectos que motivan la formulación de acciones de control es la posibilidad que tienen las enfermedades crónicas de ser prevenidas¹.

Los marcos específicos de acción desarrollados para el control del cáncer, se basan en gran medida en la prevención integrada de factores de riesgo de la población, en la posibilidad de detección temprana y también en la calidad, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida y disminuir el impacto económico y desarrollo social negativos. Un número importante de las acciones para la prevención y el control del cáncer cuenta con estudios científicos que evalúan la eficacia y efectividad de las mismas¹.

Una buena aproximación a la carga de la enfermedad, que incluye estimaciones de la incidencia y prevalencia de los distintos tipos de cáncer, permite a los países o regiones estimar la demanda potencial de servicios médicos especializados en esta área y orientar la organización de los mismos.

La Organización Mundial de la Salud en países como España y Estados Unidos, la atención a este tipo de pacientes y la administración de la terapéutica específica se realiza en unidades asistenciales diseñadas para tal fin, donde se prevén tanto las medidas cautelares para el enfermo como

también para el personal de enfermería adscrito a la Unidad de Asistencia Oncológica.

De esta manera el personal asume el reto de proporcionar cuidados a los pacientes que presentan una enfermedad oncológica, por lo que permanece en constante búsqueda de nuevas herramientas que le permitan proporcionar cuidados de calidad. Una de esas herramientas es la utilización de las diferentes fases del proceso administrativo como un medio de organizar las actividades que contribuyen al cuidado del paciente oncológico.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el contexto de los servicios oncológicos del país, el 85% de la oferta de los mismos está en el sector privado y a pesar de que desde el año 2.007 los requerimientos para la habilitación de los servicios oncológicos son más exigentes, en los últimos años ha habido una proliferación de servicios que en general están dedicados solamente a una modalidad terapéutica y no responden a un proceso de atención integral del paciente con cáncer¹.

Dado que el tratamiento de cáncer es multidisciplinario y exige con frecuencia la integración de más de una modalidad terapéutica, en el panorama actual los pacientes transitan por un número importante de centros de tratamiento, lo que impone retos especiales para una adecuada coordinación y oportunidad en la administración de los tratamientos. Distintos estudios han evidenciado entre otras, la fragmentación y la falta de articulación entre servicios preventivos y de detección temprana y la asistencia médica⁽³⁻⁴⁾.

Una reciente evaluación de la organización y gestión de la red de servicios para la atención del cáncer en Colombia¹, mostró los siguientes problemas prioritarios:

- Concentración de la oferta de servicios oncológicos en cinco grandes ciudades: Barranquilla, Bogotá, Cali, Bucaramanga y Medellín.
- Falta de recurso humano especializado y subespecializado en oncología, en mastología, cabeza y cuello, tórax, neurocirugía, cirugía plástica reconstructiva, gastroenterología, hemato-oncología.
- Subdesarrollo de servicios de cuidado paliativo y de apoyo a familias y cuidadores.
- Fragmentación de la prestación de servicios sin articulación entre los servicios preventivos y los resolutivos.
- Limitada capacidad (técnica y operativa) para la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación en los servicios que representan un alto riesgo para los usuarios.
- Deficiente sistema de regulación, vigilancia y control de la oferta de servicios, uso de medicamentos oncológicos y calidad de la atención.
- Difícil control de costos de la atención por la fragmentación, modalidades de contratación y pago, negociaciones de tarifas y suministro de medicamentos.
- No se cuenta con organizaciones diferenciales dirigidas a los pacientes de otras regiones que agregan desplazamientos, estadía y otros que afectan la continuidad del tratamiento.
- Inexistencia de rutas crítica de atención integrada.
- Deficiente o casi nulo monitoreo de los contratos por capitación para la atención al paciente con diagnóstico de cáncer.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad y el número total de casos está aumentando en todo el mundo⁵.

Se prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones), debido en parte al crecimiento demográfico y al envejecimiento de la población. En las estimaciones se han tenido en cuenta las ligeras reducciones previstas de la mortalidad por algunos tipos de cáncer en países con grandes recursos. Se estima que durante el mismo periodo el número de casos nuevos de cáncer aumentará de 11,3 millones en 2007 a 15,5 millones en 2030.

En la mayor parte de los países desarrollados el cáncer es la segunda causa principal de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollado, en particular en los países en transición y países de ingresos medianos, por ejemplo en América del Sur y Asia. Más de la mitad de los casos de cáncer se registran ya en países en desarrollo.

Algunos tipos de cáncer, como los de próstata, mama y colon, son más frecuentes en los países desarrollados. Otros tipos de cáncer, como los de hígado, estómago y cuello uterino, son más frecuentes en los países en desarrollo.

La aparición de cáncer se ha asociado a varios factores de riesgo comunes, a saber: un modo de vida poco sano como el consumo de tabaco y alcohol, dieta inadecuada, falta de actividad física, y exposición a carcinógenos, por ejemplo amianto en el entorno laboral o en el medio ambiente como la contaminación del aire en locales cerrados, radiación ultravioleta o ionizante y algunas infecciones como la hepatitis B o infección por virus del papiloma humano.

Los datos publicados por el Instituto Nacional de Cancerología muestran variación de la presentación de la enfermedad según la zona geográfica, lo que supone que tanto el acceso como la demanda de servicios se modifican de acuerdo con características geográficas específicas; por lo tanto, la oferta de servicios oncológicos debe ser adecuada y suficiente para que contribuya a la solución de las necesidades de los pacientes en el ámbito local, o, por otro lado, se optimice la orientación de recursos y dirección de los pacientes para garantizar la atención y solución en otras regiones o en otras instituciones de mayor nivel de complejidad, bien sea con intención curativa o paliativa⁶.

Se considera a los determinantes de la salud como el conjunto de factores que inciden directamente en el estado de salud de los individuos y de las poblaciones. Uno de estos factores está relacionado con el sistema de salud y con la forma cómo se organizan y se prestan los servicios de atención en salud, un determinante considerado modificable⁷. Por eso, permanentemente la sociedad, las autoridades sanitarias, los técnicos y los individuos se preguntan

cuáles servicios de salud se deben ofrecer, en qué cantidades, cómo ofrecerlos, a qué precios y costos, y qué resultados se esperan de ellos⁸.

Con el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a partir de 1993, en Colombia se ha observado que nuevas y antiguas instituciones prestadoras de servicios de salud vienen ampliando progresivamente la oferta de los servicios, en particular, los servicios considerados de alta complejidad, fenómeno que no es ajeno para el departamento de Antioquia. Oferta que produce efectos, tanto en el estado de salud de la población como en las variables financieras, económicas, administrativas, científicas y tecnológicas del sector; y que además influye en los modelos de atención a las personas, e induce a reflexiones éticas en los profesionales de la salud y la población en general.

Estas ampliaciones en la oferta de los servicios de alta complejidad pueden ser valoradas como beneficiosas por la sociedad, al considerar que tener una mayor disponibilidad de oferta favorece el acceso a la atención, mejora los perfiles de mortalidad, morbilidad, discapacidad; aumenta la esperanza y calidad de vida; y porque además, refleja un mayor nivel de desarrollo tecnológico y científico.

El incremento en el uso de los servicios de salud de alta complejidad implica que el Estado, los actores del Sistema de Salud y usuarios realicen un esfuerzo financiero mayor, ya que los costos generados por cada atención son cada vez más altos.

El perfil de morbimortalidad en el departamento de Antioquia muestra que dentro de las primeras 10 causas se encuentran las relacionadas con el grupo de las crónicas y degenerativas, las de mayor contribución a la mortalidad han sido las cardiocerebrovasculares, cuya participación es del 23.7%, seguidas por los tumores malignos que inciden en el 5.3% y la diabetes para el 4,2%. Además, las de origen infeccioso han sido desplazadas a lugares más inferiores en la clasificación. Vienen retomando importancia las agresiones y accidentes por causas externas que impactan mayormente a la población en edad productiva⁹.

La oferta de servicios para los niveles según complejidad se soporta en el sistema único de habilitación, en el departamento de Antioquia, el sistema de prestadores cuenta con 584 instituciones registradas, de las cuales 74 reportan oferta de servicios de alta y 510 de mediana complejidad.

Teniendo en cuenta esto, y de acuerdo al estudio de oferta y demanda de servicios de salud de alta complejidad para el área de influencia de la Clínica León XIII, el cual muestra la creciente necesidad que habrá de servicios de alta complejidad relacionados con el tratamiento, diagnóstico y rehabilitación del cáncer por el número de personas que padecerán este tipo de patologías, se hace evidente y necesario ofrecer estos servicios en la Clínica León XIII, por lo que se pretende diseñar un modelo de unidad de oncología en el año 2010 que pueda dar respuesta a esta necesidad particular del mercado.

Para la IPS UNIVERSITARIA representa un reto desarrollar nuevas unidades estratégicas de negocio, de acuerdo a las descritas en el estudio de oferta y demanda de servicios de alta complejidad, ya que esto supone inversiones que tienen que estar acordes a los recursos con los que actualmente se cuenta, y se debe considerar también que la organización es relativamente nueva en el mercado. A continuación se extrae del estudio una tabla, en donde se evidencian los servicios de alta complejidad que se deberían fortalecer y crear en la IPS.

Tabla 1

Resumen recomendaciones fortalecimiento y creación servicios:

Orden de prioridad	Servicio	AVIS A	Ingresos	Desarrollo Tecnológico	Total *	Recomendación	Servicio trazador	Horizonte de tiempo	Talento Humano estimado adicional ***
1	Oncología	5	5	5	15	Creación Unidad Oncología.	Unidades Funcionales de Cáncer de Mama, Cuello Uterino, Próstata, Cáncer de Estómago.	Inmediato	5 Oncólogos**
2	Nefrología	5	5	4	14	Creación Unidad Renal.	Trasplante Renal.	Inmediato	NA
3	Cirugía Cardíaca	4	4	3	11	Ampliación y fortalecimiento portafolio actual.	Unidad de Cuidado Coronario.	Inmediato	1 Cardiólogo intervencionista 1 Hemodinamista
4	Ortopedia	4	5	2	11	Ampliación y fortalecimiento portafolio actual.	Unidades Funcionales de Reemplazos Articulares (cadera, rodilla).	Inmediato	NA
5	Ginecología ARD	5	3	2	10	Fortalecimiento portafolio actual.		1 a 2 años	NA
6	Neurología-Neurocirugía	4	3	1	8	Fortalecimiento portafolio actual.	Unidades Funcionales de Cefalea, Migraña, Epilepsia, ECV.	1 a 2 años	NA
7	VIH/SIDA	3	3	2	8	Fortalecimiento portafolio actual.	Unidad Funcional de Soporte	1 a 2 años	1 infectólogo
8	Enfermedades respiratorias	2	2	1	5	Creación Unidad Terapia Respiratoria.	Unidad de Terapia Respiratoria.	3 años adelante	NA
VICIUCE		Se trata de servicios trazadores, indispensables para el desarrollo de los anteriores.							

Fuente: “ ESTUDIO DE DEMANDA Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DE LA CLÍNICA LEÓN XIII, Y SU PROYECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y LOS SERVICIOS QUE DEBE OFRECER EN SU PORTAFOLIO”

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y de acuerdo al estudio el cual muestra la creciente necesidad que habrá de servicios de alta complejidad relacionados con el diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación del cáncer por el número de personas que padecerán este tipo de patologías, se hace evidente y necesario ofrecer

estos servicios en la Clínica León XIII, por lo que se propone establecer un estudio de factibilidad técnica de una unidad de oncología en el año 2010 que pueda dar respuesta a esta necesidad particular del mercado.

2. JUSTIFICACIÓN

Partiendo de un estudio realizado para la IPS UNIVERSITARIA de servicios de alta complejidad en el área de influencia de la Clínica León XIII, se busca ampliar el portafolio de servicios de esta clínica y ofrecer una alternativa más de atención para los usuarios y sus familias en todo lo relacionado con el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer, teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos de habilitación y la normatividad que aplique.

La información disponible sobre demanda y oferta de servicios en Medellín y en el Departamento de Antioquia, hace imperativo que la IPS UNIVERSITARIA Clínica León XIII ajuste su portafolio de servicios en el corto y mediano plazo dirigiendo esfuerzos y recursos especiales al desarrollo de Unidades Funcionales en las siguientes áreas: Oncología, Nefrología, Cardiovascular, Ortopedia (Con énfasis en Trauma y Reemplazos Articulares), Trasplantes, Neurología – Neurocirugía, VIH / Sida, Enfermedades Respiratorias.

La IPS UNIVERSITARIA debe desarrollar en el corto plazo una Unidad de Oncología que preste servicios de salud integrales, que le permita obtener reconocimiento y participación en el mercado de la salud de los servicios oncológicos, además de obtener ingresos que mejoren su rentabilidad.

La unidad de Oncología, permitirá a la IPS UNIVERSITARIA Clínica León XIII, la incorporación de nuevas tecnologías para el tratamiento del cáncer, lo que va a generar beneficio a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y usuarios particulares que requieran este tipo de atención contra el cáncer.

Es probable que de no realizarse el proyecto de la Unidad de Oncología en la IPS Universitaria, se pueda convertir en una debilidad ya que no tendría una participación en el sector salud en tratamiento de enfermedades de alto a nivel departamental y nacional.

Una vez finalizado este estudio, se habrá establecido la factibilidad técnica para la conformación de una Unidad de Oncología para la “IPS UNIVERSITARIA” cumpliendo con los requisitos de habilitación y la normatividad vigente.

Este estudio permitirá conocer la demanda actual de servicios de salud oncológicos a nivel institucional y regional. Además se describirán los estándares en habilitación referentes a: Recurso Humano, Infraestructura y Mantenimiento, Dotación y Mantenimiento, Medicamentos y dispositivos médicos - Gestión de medicamentos y dispositivos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros asistenciales, interdependencia de servicios, seguimiento de riesgos en la prestación de servicios; necesarios en oncología clínica, cirugía oncológica, quimioterapia y radioterapia.

También se contará con información que constituirá una línea base para la realización de este estudio, partiendo del “ESTUDIO DE DEMANDA Y OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD DE ALTA COMPLEJIDAD EN EL AREA DE INFLUENCIA DE LA CLÍNICA LEÓN XIII, Y SU POYECCION DE LA ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y LOS SERVICIOS QUE DEBE OFRECER EN SU PORTAFOLIO”

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Establecer la factibilidad técnica para la conformación de una Unidad de Oncología para la IPS UNIVERSITARIA, Medellín 2010 cumpliendo con los requisitos de habilitación y la normatividad vigente

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar la oferta y la demanda de servicios de Oncología en el Departamento de Antioquia.
- Identificar los requisitos en habilitación para los servicios de Oncología clínica, cirugía oncológica, quimioterapia y radioterapia.
- Definir la inversión inicial para el funcionamiento de una unidad Oncológica en la “IPS UNIVERSITARIA”

4. REFERENTE TEÓRICO

4.1 Cáncer

El cáncer está constituido por tumores malignos, que están caracterizados por la multiplicación y crecimiento desordenado de las células y que pueden invadir tejidos adyacentes por extensión, infiltración o a distancia también conocido como metástasis.

El cáncer puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal y se clasifica en función del tejido y tipo de célula de origen.

4.2 Incidencia cáncer en Colombia

El cáncer es una de las enfermedades de mayor impacto social y económico; fue la causa de 7,6 millones de muertes en el 2005; más del 70% de estas muertes se presentaron en países de bajos y medianos ingresos. Con los cambios demográficos, y a pesar de las dificultades de registro e información precisos, se ha observado un incremento de la incidencia y la mortalidad por cáncer, entre otros países Colombia, en donde se observa persistencia de las neoplasias de cuello uterino, estómago, pulmón, próstata y seno entre las cinco primeras causas de incidencia y mortalidad desde los años sesenta¹⁰.

Las principales localizaciones de cáncer en los hombres adultos son estómago, pulmón, próstata, colon y recto, mientras que en las mujeres se presenta en cuello uterino, mama, estómago y pulmón. Por otro lado, en los niños, el cáncer se localiza principalmente en leucemias, tumores del sistema nervioso central y linfomas⁹.

Las variaciones en la incidencia y la mortalidad del cáncer se relacionan con la posibilidad de que existan diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica, la situación socioeconómica de la población y la educación que reciben, así como aspectos culturales y psicosociales¹¹.

4.3 Tratamiento cáncer

La terapia tradicional incluye intervenciones quirúrgicas como principal tratamiento mediante la escisión de todas las células malignas. Sin embargo, si el tumor no se puede intervenir o se presenta metástasis a distancia, la cirugía no es la solución.

Por otro lado se encuentra la radioterapia, que por medio de radiaciones ionizantes produce una destrucción tisular. Cuando los tumores son sensibles a

radiación y son accesibles por ser superficiales y estar en órganos específicos, pueden ser curados por medio de radioterapia.

La quimioterapia por su parte, emplea fármacos para el tratamiento del cáncer. Los fármacos son distribuidos por el organismo a través del sistema circulatorio, por tanto es muy útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia. La multitud de fármacos anticancerosos existentes, actúan en su mayoría, interfiriendo la función del ADN, por tanto las células en división son más sensibles a la quimioterapia⁶.

4.4 Servicios Oncológicos

Se define como el conjunto de actividades, procesos y procedimientos relacionados con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, el cuidado paliativo y el mantenimiento de la calidad de vida, que son realizados en unidades funcionales de consulta externa, cirugía, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, atención domiciliaria, entre otros. A través de estas actividades, los proveedores de servicios y las agencias de aseguramiento comprenden e intervienen las necesidades de los usuarios en los que se sospecha alguna neoplasia, o en los pacientes con diagnóstico comprobado de cáncer, en las áreas de: atención primaria; prevención y tamizaje; diagnóstico y tratamiento en todos sus componentes; atención de niños y personas en transición entre adolescente y adulto joven; dolor y cuidado paliativo; docencia; investigación; desarrollo, e innovación¹.

El tratamiento del cáncer es multidisciplinario, por lo tanto, los servicios o unidades medicas implicadas, deben trabajar en forma coordinada en el diagnóstico y tratamiento del paciente, así como en el diseño de programas encaminados a la prevención de algunos tipos de cáncer.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), es necesario un oncólogo médico por cada 100 – 200 nuevos casos anuales o 1, 2 por cada 100.000 habitantes.

Una Unidad de Oncología debe practicar siempre la medicina basada en la evidencia científica tanto para el tratamiento como para el seguimiento de los pacientes. Cuando no existan las evidencias suficientes, será preciso aplicar el mayor rigor científico a la hora de decidir un tratamiento¹².

Las características de duración y periodicidad de los tratamientos oncológicos tanto radioterapéuticos como quimioterapéuticos, brindan la posibilidad de que sean proporcionados en una unidad de tipo ambulatorio, es decir dentro de una unidad en la que el paciente acuda a recibir su tratamiento con base en una adecuada programación de citas, sin la necesidad de que permanezca hospitalizado para que la reciba (con excepción de braquiterapia de baja tasa de dosis, donde cada paciente debe permanecer al menos 72 horas hospitalizada en estricto aislamiento supervisado, para concluir la sesión de radiación.

No obstante, dadas las características de los pacientes oncológicos (inmunosuprimidos, con complicaciones, etc.), estas unidades deberán planear su ubicación adjunta a un hospital especializado, donde los pacientes puedan recibir:

- Atención para ser diagnosticados (Laboratorio Clínico, Imagenología, Anatomía Patológica, etc.)
- Hospitalización para tratamientos terapéuticos más específicos como podría ser el caso de presentarse alguna urgencia durante el tratamiento específico o para someterse a un procedimiento quirúrgico programado, o para recibir una transfusión sanguínea, etc.

Idealmente las unidades ambulatorias disminuyen el riesgo y exposición de los pacientes oncológicos a infecciones intrahospitalarias. Del mismo modo, incrementan la seguridad radiológica al entorno y al público en general y al paciente no oncológico, al concentrar las fuentes de radioterapia y separarlas del entorno intrahospitalario.

4.5 Tipos de Unidades de Oncología

La Organización Mundial de la Salud¹³, sugiere la estratificación en dos categorías para estos centros o unidades de Oncología, que claramente se diferencian en su complejidad tecnológica; sólo recomienda establecer un tercer nivel de complejidad tecnológica en países muy grandes y desde luego, dependiendo en la distribución de su población.

Tabla 2

Categoría	Servicios	Equipamiento mínimo propuesto OMS	Equipamiento mínimo propuesto CENETEC/MÉXICO
<i>Centro o Unidad de Oncología con complejidad tecnológica grado 1:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Teleterapia ❖ Braquiterapia ❖ Quimioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Unidad de cobalto 60 ❖ Terapia superficial ❖ Braquiterapia de baja tasa de dosis manual con fuentes de Cesio 137 ❖ Unidad de radiodiagnóstico o simulador ❖ Equipo de dosimetría 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Unidad de cobalto 60 en caso de existir unidad con actividad de la fuente dentro de niveles terapéuticos, en caso contrario se optará por: Acelerador Lineal de al menos 2 energías (6 y 18 MV) ❖ Braquiterapia de baja tasa de dosis manual con fuentes de Cesio 137 ó Braquiterapia de alta tasa de dosis (previo análisis costo-beneficio) ❖ Unidad de radiodiagnóstico o simulador CT ❖ Sistema de planeación 3D ❖ Equipo de dosimetría <p><i>La incorporación de equipos específicos para Clínica de Displasias y Clínica de Mama estará sujeto a las necesidades de cada localidad</i></p>
<i>Centro o Unidad de Oncología con complejidad tecnológica grado 2:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Teleterapia ❖ Braquiterapia ❖ Terapia de radiación con radionúclidos ❖ Radiocirugía (opcional) ❖ Quimioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Unidad de cobalto 60 o un acelerador de 4-6 MV ❖ Un acelerador lineal de 15-20MV con fotones y electrones ❖ Un acelerador lineal para radiocirugía con electrones (opcional) ❖ Terapia Superficial ❖ Un simulador ❖ Un sistema de planeación ❖ Braquiterapia de baja tasa de dosis manual con fuentes de Cesio 137 ❖ Braquiterapia de alta tasa de dosis de carga diferida o remota ❖ Un equipo de dosimetría con capacidad de generación de isodosis y medición de dosis 3D ❖ Un calibrador de radionúclidos. ❖ Una gammacámara de doble cabezal 	<p><i>El equipamiento que describe la OMS/OPS corresponde al nivel de atención 3, de alta especialidad; equivalente o muy similar al que cuentan servicios como el Instituto Nacional de Cancerología, el Hospital General de México, el Hospital de Oncología del CMN Siglo XXI.</i></p> <p><i>La cantidad de equipo por cada tipo de tecnología puede variar dependiendo de la situación particular de cada localidad.</i></p>

Titulo: Estratificación de Unidades de Oncología propuesta por la OMS

Fuente: CENETEC Salud. GE URQ. 02, V. 02, VI. 2005, México

La tabla indica la estratificación propuesta por la OMS, y adicionalmente incluye una columna con las recomendaciones que el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud hace para el establecimiento de Unidades de Oncología en el territorio nacional. Estas recomendaciones se basan en la consideración de recursos económicos y humanos especializados que se requieren para su puesta en marcha y operación.

De igual forma, la Organización Mundial de la Salud recomienda que se establezcan las unidades de Oncología, de la siguiente forma:

Centro o Unidad de Oncología con complejidad tecnológica grado 1 para una población de aproximadamente 500,000 habitantes.

Centro o Unidad de Oncología con complejidad tecnológica grado 2 para una población de aproximadamente un millón de habitantes.

El primer paso en la planeación de un servicio de atención ambulatoria oncológica, debe ser el análisis de la morbilidad y mortalidad por cáncer, acompañado de una revisión de los patrones o indicadores de demanda del servicio (tendencias); adicionalmente deberá considerarse la disponibilidad de recursos económicos y humanos, ya que hay que recordar que estas unidades requieren de la interacción de diferentes especialistas certificados.

4.6 Operación de la Unidad Oncológica

- Funcionamiento

El diseño, construcción, licenciamiento y funcionamiento de este tipo de unidades debe apegarse en todo momento a la normatividad nacional vigente.

- Recursos Humanos

Una unidad con sistemas de tratamiento de radioterapia (acelerador lineal, unidad de Cobalto, sistema de terapia superficial, sistema de braquiterapia y otros) necesita contar con profesionales especializados para la realización de la planeación y dosimetría del tratamiento, verificación del funcionamiento y calibración de los sistemas de tratamiento, diseño y manufactura de moldes, etc.

Entre el personal médico y paramédico especializado se incluyen a: médico oncólogo, médico especialista en oncología en alguna especialidad médica (psico-oncólogo, nutriólogo, cirujano dental estomatólogo), médico radioterapeuta, técnico en radioterapia, físico médico, enfermeras.

El número de médicos especialistas, físicos, técnicos y enfermeras se definirá de acuerdo al número de salas de tratamiento, consultorios, turnos y demanda del servicio.

- Físicos Médicos

El objetivo primordial de las actividades en física médica consiste en la ejecución de un tratamiento radiante de alta calidad. Esto requiere de un control permanente para los componentes físicos de un tratamiento, a saber:

- Funcionamiento y seguridad de los equipos
- Planificación del tratamiento
- Ejecución del tratamiento
- Dosimetría
- Seguridad del personal²

5. Marco Legal

Todos los prestadores de servicios de salud que están obligados a seguir las condiciones establecidas en el Sistema Único de Habilitación, deben cumplir los requisitos mínimos de prestación y realizar autoevaluaciones encaminadas a controlar y minimizar el riesgo en la prestación de sus servicios, teniendo como objetivo fundamental asegurar calidad en la atención al usuario, ya que se debe tener en cuenta el costo beneficio en cualquier entidad prestadora de servicios de salud.

Con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC se pretende cada vez más aumentar y mejorar la calidad de la atención en salud teniendo como referente la seguridad del paciente, gracias al cumplimiento de los Estándares de Habilitación Resolución 1043 de 2006 se puede desarrollar este objetivo y de promover una estrategia que en realidad lleve a la institución a prestar un verdadero servicio de confiabilidad y calidad en cuanto al servicio asistencial ofrecido.

- Ley 09 de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias. Importancia de la protección del Medio Ambiente y las reglamentaciones necesarias para preservar, restaurar y mejorar las condiciones sanitarias en lo que se relaciona a la salud humana; y los procedimientos y las medidas que se deben adoptar para la regulación, legalización y control de los descargos de residuos y materiales que afectan o pueden afectar las condiciones sanitarias del Ambiente. Manejo de residuos líquidos, sólidos, disposición de excretas, emisiones atmosféricas. Disposiciones generales del suministro de agua. Salud Ocupacional para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones. Saneamiento en edificaciones. Disposiciones sanitarias sobre drogas, medicamentos, cosméticos y similares. Título VI. Disposiciones generales. De los establecimientos farmacéuticos. Sección de control. Rótulos, etiquetas, envases y empaques. Publicidad. Almacenamiento y transporte. Drogas y medicamentos de control especial. Vigilancia y control epidemiológico. Título XII Derechos y deberes relativos a la salud.
- Resolución 13437 de 1991, Derechos de los Pacientes. Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adopta el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen en esta resolución. 1o. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país. 2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le

permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión. 3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre. 4. Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos. 5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible. 6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios. 7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa. 8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar. 9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos. 10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad. Conformer en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria.

- Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El Sistema de Seguridad social Integral en Colombia vigente en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que este acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas,

normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social. Principios de prestación de servicios del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad, Participación. La Ley 100 de 1993 establece la legislación de cuatro frentes generales: El Sistema general de Pensiones, El Sistema General de Seguridad Social en Salud, El Sistema General de Riesgos Profesionales, Los servicios sociales complementarios. El fin principal del Sistema General de Pensiones es asegurar a la población el cubrimiento de los riesgos o contingencias derivados de la vejez, la invalidez y la muerte, por medio del reconocimiento de pensiones y prestaciones determinadas por la Ley. Este sistema busca además la ampliación de la cobertura a segmentos de la población no cubiertos hasta ese momento por el antiguo Sistema. Con la Ley 100 se autoriza la creación de las Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones, encargadas de administrar los recursos destinados a pagar las pensiones de los afiliados que escojan pensionarse de acuerdo con las condiciones en que estos fondos operaran de acuerdo con las disposiciones que dicha Ley exige. También reglamenta y autoriza el manejo del régimen pensional manejado por el Instituto de Seguros Sociales y por el cual se reconoce un porcentaje fijo de pensión de acuerdo con el cumplimiento de requisitos de edad y tiempo cotizado. Con la Ley 100 de 1993, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, implanta tres reformas fundamentales: la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud a los trabajadores colombianos, adicional al Instituto de Seguros Sociales I.S.S., la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía para asegurar un nuevo sector subsidiado en Colombia y la posibilidad para todos los trabajadores de elegir la entidad prestadora de salud. Entidades del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia: Entidades Promotoras de Salud E.P.S., Instituciones Prestadoras de servicios de Salud I.P.S., Fondos de Cesantías, Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones, Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones y Cesantías. Entidades encargadas de administrar los recursos destinados a pagar las pensiones de los afiliados. En Colombia estas entidades también se encargan de la administración de la Cesantía, que es la prestación social que todo empleador debe reconocer a sus trabajadores con el fin de que este pueda atender sus necesidades primarias en caso de quedar cesante.

- Resolución 4445 de 1996, Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. Modalidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud según el tipo de servicio que ofrezcan, pueden clasificarse como instituciones hospitalarias e instituciones ambulatorias de baja, mediana y alta complejidad. Requisitos para la construcción y ubicación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Diseño y

construcción de instalaciones interiores para suministro de agua y evacuación de los residuos líquidos. Suministro de agua potable. Disposición sanitaria de residuos líquidos, sólidos. Control de emisiones atmosféricas. Condiciones generales de pisos, cielos rasos, techos, paredes y muros. Accesos, áreas de circulación, salidas y señalización. Características de las áreas.

- Ley 430 de 1998, por la cual se dictan normas prohibitivas en materia ambiental, referentes a los desechos peligrosos y se dictan otras disposiciones. Regula todo lo relacionado con la prohibición de introducir desechos peligrosos al territorio nacional, en cualquier modalidad según lo establecido en el Convenio de Basilea y sus anexos, y con la responsabilidad por el manejo integral de los generados en el país y en el proceso de producción, gestión y manejo de los mismos, así mismo regula la infraestructura de la que deben ser dotadas las autoridades aduaneras y zonas francas y portuarias, con el fin de detectar de manera técnica y científica la introducción de estos residuos, regula las sanciones en la Ley 99 de 1993 para quien viole el contenido de esta ley y se permite la utilización de los aceites lubricantes de desechos, con el fin de producir energía eléctrica. Responsabilidad del generador y del receptor. Vigilancia y control. Sanciones.
- Decreto 2676 de 2000, por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. Tiene por objeto reglamentar ambiental y sanitariamente, la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, generados por personas naturales o jurídicas. Clasificación de los residuos hospitalarios y similares: Residuos peligrosos y residuos no peligrosos. Gestión integral de residuos hospitalarios y similares. Tecnologías: Uso de tecnologías más limpias. Los generadores deberán implementar programas para el análisis y adopción de tecnologías más limpias, que minimicen la generación de sus residuos hospitalarios y similares, sin comprometer de ninguna forma la salud humana y/o el medio ambiente, en un plazo no mayor de 3 años contados a partir de la vigencia del presente decreto. Autorizaciones para la gestión y manejo externo de los residuos hospitalarios y similares.
- 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. Naturaleza del Sistema General de Participantes. Título III Sector Salud. Competencias de la Nación en el Sector Salud. Competencias de las Entidades Territoriales en el Sector Salud, dirección, prestación, salud pública, aseguramiento de la población al SGSSS. Competencias de los Municipios. Competencias de los Distritos. Capítulo III. Distribución de recursos para la salud. Disposiciones generales del sector salud.

- Decreto 1669 de 2002, por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2676 de 2000. Alcance. Las disposiciones del presente Decreto se aplican a las personas naturales o jurídicas que presten servicios de salud a humanos y/o animales e igualmente a las que generen, identifiquen, separen, desactiven, empaquen, recolecten, transporten, almacenen, manejen, aprovechen, recuperen, transformen, traten y dispongan finalmente los residuos hospitalarios y similares en desarrollo de las actividades, manejo e instalaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, incluidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Autoridades del sector salud. El Ministerio de Salud formulará los planes, programas y proyectos relacionados con las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia e inspección en salud pública, que deberán organizar las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de salud. Igualmente establecerá el sistema de información epidemiológico de los factores de riesgo derivados del manejo y gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, así como de los eventos en salud asociados a los mismos. Las Direcciones Departamentales, Distritales y Locales de Salud efectuarán la inspección, vigilancia y control de la gestión interna de los residuos hospitalarios y similares, y de la gestión integral en relación con los factores de riesgo para la salud humana, sin perjuicio de las acciones a que haya lugar por parte de las autoridades ambientales competentes, con fundamento en el presente decreto y demás normas vigentes, así como lo exigido en el Manual para la gestión integral de los Residuos Hospitalarios y Similares y podrán exigir el plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.
- Decreto 2200 de 2005, por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones. El decreto tiene por objeto regular las actividades y/o procesos propios del servicio farmacéutico. Es el servicio de atención en salud responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva. La distribución física de medicamentos estará regulada por las normas técnicas que expida el Ministerio de la Protección Social. El embalaje y/o transporte de productos farmacéuticos forman parte de la distribución intra hospitalaria o física y deberán ser tenidos en cuenta en el desarrollo del modelo de gestión del servicio farmacéutico. El servicio farmacéutico deberá determinar el sistema o los sistemas de distribución intra hospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos que deban implementarse en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para garantizar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deban suministrarse a los

pacientes. Los servicios farmacéuticos de las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad deberán implementar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, de acuerdo con las condiciones, criterios y procedimientos establecidos en la normatividad vigente y los que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico. Los servicios farmacéuticos del primer nivel de complejidad podrán adoptar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, sometiéndose a las condiciones, criterios y procedimientos señalados. El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria podrá operar en una Institución de Salud con otro u otros sistemas intra-hospitalarios de distribución. Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán colocar en funcionamiento el Comité de Farmacia y Terapéutica, entendiéndose como tal, el grupo de carácter permanente al servicio de la Institución Prestadora de Servicios de Salud que brinda asesoría en el ámbito de sus funciones.

- Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Características del SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes: 1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad. Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. Transición. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que al momento de entrar en vigencia el presente decreto estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de la Protección Social para presentar el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores. Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá continuar la operación. Actualización de los estándares del SOGCS. El Ministerio de la Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

- Resolución 1043 de 2006, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios. Capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico administrativa. Estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud. Estándares de habilitación. Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y Verificación” que se anexan en la presente resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” que se anexa a la presente Resolución como Anexo Técnico No.2°. Formulario de inscripción en el registro especial de Prestadores de Servicios de Salud. Adopción de distintivos para servicios habilitados. Reporte de novedades. Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. Plan de visitas. Inscripción.
- Resolución 2680 de 2007 por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. Dentro de las funciones del Ministerio de la Protección Social, se encuentra la de dictar las normas científicas y administrativas que regulen la calidad de los servicios. de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios. Capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico administrativa. Reporte de Novedades. Inscripción. Anexo técnico número 1. Manual único de estándares y verificación. Anexo técnico número 2. Manual único de procedimientos de habilitación.
- Resolución 3763 de 2007, Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Dentro de las funciones del Ministerio de la Protección Social, se encuentra la de dictar las normas científicas y administrativas que regulen la calidad de los servicios. El Ministerio de la Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Resuelve: Modificar el contenido del criterio correspondiente al código 2.28 Servicio Consulta Externa del Estándar 2 “Instalaciones físicas” de la Resolución 1043 de 2006, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución. Modificar el contenido del criterio correspondiente al código 3.7 Servicio Cuidado Intermedio Pediátrico y Adulto, Cuidado Intensivo Pediátrico y Adulto y Unidad de Quemados, del Estándar 3 “Dotación y su

Mantenimiento” del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006, modificado parcialmente por la Resolución 2680 de 2007, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución. Modificar los contenidos de los criterios correspondientes a los códigos 7.2, 7.3, 7.6, 7.10, 7.11, 7.12 y 7.14 del Estándar 7 “Interdependencia de Servicios” del Anexo Técnico N° 1 de la Resolución 1043 de 2006 modificada parcialmente por la Resolución 2680 de 2007 el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución. Modificar el contenido del criterio 2.6 del Estándar 2 “Dotación y su mantenimiento” del Anexo Técnico 1 de la Resolución 1448 de 2006 el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral de la presente resolución. Modificar el contenido del criterio 3.3. del Estándar 3 “Dotación y su mantenimiento” del Anexo Técnico 2 de la Resolución 1448 de 2006 en el sentido de corregir la referencia hecha a “cm” debiendo ser “mm”, el cual quedará tal como se señala en el Anexo Técnico que hace parte integral la presente resolución. La resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y deroga el artículo 5° de la Resolución 2680 de 2007.

- Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. La ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza. Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social. Financiación. El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de las subcuentas de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas subcuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Recursos del régimen subsidiado. Aseguramiento. De la prestación de servicios de salud. Salud Pública. Inspección, vigilancia y control.

- Decreto 2006 de 2008, Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Créase la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, como órgano responsable de la toma de decisiones derivadas de las funciones públicas relacionadas con la formación, el ejercicio y el desempeño del talento humano en salud que requieran acciones conjuntas de los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional. La Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, contará con dos (2) Grupos Técnicos de Apoyo, así: Grupo Técnico de Apoyo en el Área de la Relación Docencia – Servicio. Grupo Técnico de Apoyo en el Área de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano.
- Acuerdo 008 de 2009, Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Aclara y actualiza integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. POS. POS-S. Estructura POS y POS-S. Nomenclatura. Principio y enfoque de integralidad de los Planes Obligatorios de Salud. Principio de Territorialidad. Principio de Pertinencia Epidemiológica y Costo Efectividad. Principio de Calidad. Principio de Corresponsabilidad. Principio de Complementariedad. Principio de Eficiencia y Sostenibilidad Financiera. Principios de Transparencia y la Participación. Principio de las Exclusiones. Condiciones generales de cobertura. Niveles de complejidad de actividades, procedimientos e intervenciones incluidas en el POS. Condiciones de acceso a servicios especializados de salud. Cobertura integral. Cobertura de insumos, suministros y materiales. Utilización de prótesis, ortesis y aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica. Medicina alternativa. Re intervenciones. Salud oral. Suministro en especie de sangre o de productos de hemoderivados. Atención de urgencias. Atención Ambulatoria. Atención Domiciliaria. Atención con internación u hospitalización. Atención de pacientes con enfermedades terminales. Medicamentos. Alto costo. Exclusiones y limitaciones del POS contributivo. Cobertura del subsidiado. Exclusiones del POS-S.
- Ley 1384 de 2010 “Sandra Ceballos” del 19 de abril del 2010, por la cual se establecen las acciones para la Atención Integral del Cáncer en Colombia“. por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. Principios. Campo de aplicación. Definiciones: Control integral del cáncer, Cuidado paliativo, Unidades funcionales, Nuevas tecnologías en cáncer, Control

integral del cáncer, Acciones de promoción y prevención para el control del cáncer, Prestación de servicios oncológicos. Criterios de funcionamiento de las unidades funcionales: Las Entidades Promotoras de Salud, los regímenes de excepción y especiales y las entidades territoriales responsables de la población pobre y vulnerable no asegurada, las demás entidades de aseguramiento y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas, estarán obligados a contratar la prestación de servicios con Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, que contengan Unidades Funcionales para la Atención Integral del Cáncer, a excepción de las actividades de promoción y prevención y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente. Recurso Humano: Hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología; enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado y el recurso humano requerido según la complejidad y la demanda de la unidad funcional. Infraestructura: Deberá contar con central de mezclas exclusiva para la preparación de medicamentos antineoplásicos y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad, de acuerdo con los estándares internacionales definidos para estas unidades. Interdependencia de servicios: Deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contra referencia mediante la red de prestadores de las EPS con las cuales posee convenio. Radioterapia: La unidad funcional debe contar con un servicio de radioterapia y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contra referencia. Hospitalización: La unidad funcional deberá disponer de servicios de hospitalización y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contra referencia. Rehabilitación: La Unidad Funcional deberá disponer un servicio de rehabilitación integral con enfoque amplio y multidisciplinario que permita promover la rehabilitación total del paciente y en caso de no tenerlo, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contra referencia. Unidad de Cuidado Paliativo: La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del tratamiento previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, para lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contra referencia. Criterios de atención en lugares aislados del país. Red Nacional de Cáncer: El Ministerio de la Protección Social definirá los mecanismos y la organización de la Red Nacional de Cáncer y concurrirá en su financiación. Esta Red será coordinada por el Instituto Nacional de Cancerología. Red de Prestación de Servicios Oncológicos: Las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, deberán responder por la organización y gestión integral de la Red de

Prestación de Servicios Oncológicos, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social y contenidos en la presente ley. Servicio de Apoyo Social. Sistemas de información. Observatorio Epidemiológico del Cáncer: Se establece el Observatorio Epidemiológico del Cáncer. Este hará parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. La dirección estará a cargo del y coordinación técnica del observatorio estará a cargo del Instituto Nacional de Cancerología con participación de las Entidades Territoriales. Investigación en cáncer en Colombia: Considérese en el Plan Nacional de Ciencia y Tecnología al cáncer como tema prioritario de investigación. El Ministerio de la Protección Social, Colciencias y el Instituto Nacional de Cancerología, con participación de la Academia, definirán y actualizarán de manera permanente las líneas de investigación en cáncer para el país. Se promoverá los estudios clínicos que de acuerdo con el consenso de los actores antes relacionados sean convenientes para el país, en la especialidad hemato oncológica, bajo estándares definidos por Colciencias, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología y las Sociedades Científicas Clínicas y/o Quirúrgicas relacionadas directamente con temas de oncología. Instrumentos para evaluación e implementación de tecnologías y medicamentos. Formación de recurso humano en Oncología. Inspección, vigilancia y control. Sanciones. Financiación. Día de Lucha contra el Cáncer. Establézcase el día 4 de febrero como el Día Nacional de Lucha contra el Cáncer en Colombia.

- **Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia, 2010-2019**, febrero de 2010, del Ministerio de la Protección Social, INC. El Plan Nacional para el Control del Cáncer busca a partir de los lineamientos establecidos en el modelo para el control del cáncer y con base en la evidencia científica existente, sentar las bases para controlar los factores de riesgo, reducir la mortalidad evitable por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. El Plan Nacional para el Control del Cáncer adopta los principios del Plan Nacional de Salud Pública orientados a garantizar una adecuada gestión de los servicios como son la calidad, la eficiencia y la responsabilidad; los orientados a la protección y promoción de derechos fundamentales como la universalidad, la equidad y el respeto por la diversidad cultural y étnica, y los orientados a la promoción de una construcción colectiva de la salud pública como la participación social y la intersectorialidad. Situación actual del cáncer en Colombia. Marco político y normativo. Metas y acciones por línea estratégica. Línea estratégica 1: Control del riesgo. Línea estratégica 2: Detección temprana de la enfermedad. Línea estratégica 3: Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer. Línea estratégica 4: Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer. Línea estratégica 5: Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer. Línea estratégica 6: Gestión del talento humano. En su estructura el documento tiene en primer lugar una introducción a la problemática y

resalta los principales antecedentes al respecto. En un segundo capítulo presenta la situación del cáncer en Colombia organizada de acuerdo con los determinantes y la respuesta social. El tercer capítulo aborda los aspectos políticos y normativos más importantes relacionados con el tema para presentar un cuarto capítulo la propuesta del plan. De acuerdo con cada uno de los objetivos del Modelo para el control del cáncer, se establecieron las líneas estratégicas. Para cada una de ellas y con base en la revisión de la evidencia científica se establecieron metas y acciones en los distintos niveles, que están alineadas con el Plan de Desarrollo Nacional, con el Plan Nacional de Salud Pública y con la visión estratégica que el país definió para el año 2019. El último capítulo lo constituyen las responsabilidades de distintos actores e instituciones para el desarrollo y puesta en marcha del plan. Adicionalmente se consideró necesario incluir un glosario de términos que oriente al lector y unifique los principales criterios y conceptos con los que se trabajó el plan.

6. METODOLOGÍA

El presente proyecto se desarrolló a partir del “Estudio de demanda y oferta de servicios de salud de alta complejidad en el área de influencia de la Clínica León XIII, y su proyección de la organización institucional y los servicios que debe ofrecer en su portafolio”, este estudio permitió obtener información del mercado de los servicios de salud en el Departamento de Antioquia.

Para la metodología se va a desarrollar un estudio técnico, el cual tiene por objeto proveer información para cuantificar el monto de las inversiones y costos de operación pertinentes a esa área. De este estudio se podrá obtener información de las necesidades de recurso humano, inversión, condiciones de infraestructura, entre otros para la ejecución del proyecto.

En el desarrollo de la factibilidad se identifican 4 estudios básicos, los cuales son:

- Estudio de factibilidad de mercado
- Estudio de factibilidad técnica
- Estudio de factibilidad medio ambiental.
- Estudio de factibilidad económica-financiera

Eliminado: ¶

Con formato: Justificado

Dentro de este alcance, se va a tomar como uso el análisis de la información del mercado del Estudio de demanda y oferta de servicios de salud de alta complejidad en el área de influencia de la Clínica León XIII, y su proyección de la organización institucional y los servicios que debe ofrecer en su portafolio” obteniendo la identificación de la oferta y la demanda de los servicios de Oncología en el Departamento de Antioquia.

Uno de los resultados esperados de este proyecto es identificar los requisitos en habilitación para los servicios de Oncología Clínica, Cirugía Oncológica, Quimioterapia y Radioterapia, para lo cual se realizará una revisión de la normatividad existente y se presentará un cuadro consolidado de los diferentes estándares y criterios a cumplir, para garantizar la habilitación del servicio de Oncología.

Para definir la inversión inicial para el funcionamiento de la Unidad de Oncología, se debe especificar el área aproximada requerida para su funcionamiento en cuanto a infraestructura, el recurso humano necesario, el equipamiento, provisión para la operación en los primeros tres meses de funcionamiento y un flujo de efectivo contemplando gastos adicionales, con el fin de dimensionar las necesidades de espacio físicas y características para su normal funcionamiento, considerando las normas aplicables a esta área; para lo cual se realizará una sistematización de la información económica,

identificando y ordenando todos los rubros de inversión con el costo estimado para cada ítem. Para el equipamiento se realizará un inventario físico cuantificado y valorado para la prestación del servicio, adicionalmente se va a considerar el término de la vida útil y el mantenimiento requerido.

El estudio de factibilidad técnica de la unidad de oncología pretende mostrar que entre las diferentes tecnologías disponibles, la seleccionada es la apropiada para generar los resultados y productos esperados del proyecto y que es coherente con los aspectos culturales de la población a beneficiar. Además que los riesgos que se derivan son mínimos o fácilmente controlables.

Para desarrollar el estudio de factibilidad técnica se deben determinar los aspectos de: Tamaño, Localización y la ingeniería del proyecto.

- Tamaño

El tamaño de la unidad de oncología se define según la cantidad de personas que padecerán esta patología, y se estima atender anualmente entre 1500 y 2000 nuevos casos, según lo refleja la tabla de casos de cáncer atendidos en la IPS Universitaria durante los últimos 3 años.

Eliminado: ¶

- Localización de la Unidad de Oncología de la IPS UNIVERSITARIA

Se utiliza el método de calificación por puntos, ya que facilita de forma sencilla la evaluación de las alternativas de localización de la unidad de oncología.

Se toman como factores condicionantes los siguientes para definir la localización de la unidad.

- Disponibilidad de terrenos y edificios
- Políticas de desarrollo
- Infraestructura
- Clima y topografía
- Accesibilidad

Las alternativas de localización son las siguientes:

- Sede Clínica León XIII
- Sede Universitaria Bloque 22 U de A
- Sede Ambulatoria

La calificación que se tomará de referencia, de acuerdo a cuál de las sedes ofrece las condiciones de acuerdo a los factores son:

- Excelente.....5
- Buena.....4
- Aceptable.....3

- Regular.....2
- Deficiente.....1

Tabla 3 Localización de la Unidad de Oncología

Alternativas de Localización	Factores condicionantes locacionales					Total
	F1	F2	F3	F4	F5	
Sede Clínica León XIII	3	4	3	4	5	19
Sede Ambulatoria	5	4	4	4	5	22
Sede Universitaria B22 U de A	1	2	2	4	2	11

Se establece, de acuerdo a la evaluación por puntos obtenida de la calificación dada a las diferentes sedes de la IPS UNIVERSITARIA, que la mejor opción para localizar la unidad de oncología es en la sede ambulatoria, ubicada en la cra 51ª nro 62-42. Por lo cual, en el desarrollo del presente proyecto se presentan planos que permitan identificar el área de la sede donde se establece la ubicación de la unidad.

- Ingeniería del proyecto

Para el funcionamiento del proyecto, se describen y definen los recursos que debe invertir la IPS UNIVERSITARIA para lograr desarrollar la unidad de oncología. Se propone, además un esquema funcional de la unidad para su funcionamiento, se describe la plataforma estratégica y sus objetivos, se establece el marco legal al que se debe dar cumplimiento y se hace referencia a los estándares de habilitación que le aplican¹⁴.

Para el desarrollo de este proyecto, no se incluye el estudio de factibilidad medio ambiental ni el estudio de factibilidad económica – financiera.

7. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados, siguiendo la secuencia de los objetivos propuestos y la estructura metodológica. De esta forma, se inicia con una descripción general del área geográfica de Colombia y del Departamento de Antioquia, a partir de la cual iniciamos con el estudio de oferta y demanda de servicios de Oncología, un análisis de la situación actual de la IPS UNIVERSITARIA realizando un consolidado de los casos atendidos con diferentes diagnósticos de cáncer; continuamos con un análisis detallado de los estándares y criterios para cumplir con los requisitos en habilitación para los servicios de oncología clínica, cirugía oncológica, quimioterapia y radioterapia y por último presentamos la inversión total para lograr el funcionamiento de la Unidad de Oncología.

7.1. Estudio de Mercado. Oferta y Demanda de los Servicios Oncológicos

7.1.1 Aspectos Generales de Colombia

Colombia, es un país ubicado en la zona noroccidental de América del Sur. Limita al este con Venezuela y Brasil, al sur con Perú y Ecuador y al noroeste con Panamá. Su superficie es de 2.070.408 km², de los cuales 1.141.748 km² corresponden a su territorio continental y los restantes 928.660 km² corresponden a su extensión marítima, es el único en la región bañado por el mar Caribe y el Océano Pacífico.

Posee fronteras marítimas con Costa Rica, Ecuador, Haití, Honduras, Jamaica, Nicaragua, República Dominicana y Venezuela. La extensión en costa suma aproximadamente 2.900 Km.

Limita: al norte con el Mar Caribe, al occidente con el Océano Pacífico, al noroccidente con Panamá, al sur con Ecuador y Perú, al oriente con Brasil y Venezuela. Colombia es cruzada en el sur por la línea Ecuatorial, sobre la selva amazónica.

La división política la constituyen 32 departamentos. Su capital es Bogotá. Es el cuarto país más grande de América del Sur. Forman parte de su territorio los archipiélagos de San Andrés y Providencia (Soberanía reafirmada por la CIJ el 13 de diciembre de 2007), El Rosario y San Bernardo, en el Caribe; y las islas de Gorgona, Gorgonilla y Malpelo, en el Pacífico¹⁵.

- **Indicadores demográficos y generales**

De acuerdo a las estimaciones de población del DANE, y proyecciones 1985 - 2020, habitan en Colombia, aproximadamente 44.977.758 millones de personas de las cuales el 49,3% son hombres. Lo que nos lleva a un índice general de masculinidad 0.947.hombres por mujer.

La estructura poblacional muestra que cada vez es más marcado el incremento del grupo de personas que superan los 60 años, mientras que el grupo de menores de 4 años viene en decrecimiento haciendo que la base de la pirámide de población se estreche para llegar a conformar aquella conocida como de transición o forma de pera, la misma que es común en los países en vía de desarrollo, como Colombia que presenta problemas de salud combinando enfermedades crónicas, degenerativas con las infecciosas, inmunoprevenibles.

La densidad de población estimada según datos de población al 2009 se calcula en 39.3 habitantes por Km². Por su parte el crecimiento de la población anual desde el censo 2005 registra que fue del 1.7% en el periodo 2000-2005.

- **Relieve**

El territorio de Colombia está atravesado de norte a sur por la cordillera de los Andes que, cerca de la frontera con Ecuador, se divide en tres ramales: Occidental, Central y Oriental. Además hay tres sistemas montañosos independientes: la cordillera del Baudó, que corre paralela a la costa del Pacífico y entra en Panamá, la Sierra Nevada de Santa Marta y la cordillera Macarena, en el departamento del Meta.

Para destacar aspectos dentro de este relieve, está el Macizo Colombiano, o Nudo de Almaguer, el cual es un conjunto montañoso de los Andes colombianos que cubre a los departamentos de Cauca y Nariño, al sur posee el Nudo de los Pastos y al norte se desprenden las cordilleras Central y Oriental, es identificado como la estrella hídrica de Colombia, porque de él nacen ríos como el Patía (de la vertiente Pacífica), el Cauca y el Magdalena (de la vertiente Caribe), el Putumayo y el Caquetá (de la cuenca Amazónica).

- **Hidrografía y clima**

Dentro de la riqueza hídrica que aún posee Colombia se destacan los ríos Atrato, San Juan y Patía; y los ríos Cauca y Funza o Bogotá que desembocan en el Magdalena, el mismo que la atraviesa hasta desembocar en el mar Caribe. De la vertiente este de la cordillera oriental nacen los grandes ríos Arauca, Meta, Vichada, Inírida y Guaviare, afluentes del Orinoco; el Vaupés, Apaporis, Caquetá y Putumayo, afluentes del gran Amazonas. Abundan las lagunas, entre las que se encuentran la de Fúquene y la Cocha.

En su territorio se encuentran cinco grandes vertientes hidrográficas, llamadas por el sitio en que desembocan: Caribe, Orinoco, Amazonas, Pacífico y

Catatumbo, ésta última formada por los ríos que vierten sus aguas al Lago de Maracaibo¹⁶.

Colombia es un país ecuatorial cuyo clima está determinado por los vientos alisios, la humedad y la altitud sobre el nivel del mar. En casi todo el territorio se presentan dos períodos de lluvia y dos de verano aunque no hay fechas definidas que indiquen el inicio o finalización de éstas. El país disfruta de una luminosidad constante durante todo el año, con igual cantidad de horas diurnas y nocturnas¹⁷.

- **Indicadores Económicos**

La crisis financiera internacional, y sus repercusiones sobre el crecimiento económico mundial, fueron un choque importante recibido por la economía colombiana, el cual se dio con mayor intensidad en el último trimestre de 2008.

Derivado de lo anterior, se genera para el país tener tasas de desempleo que no cumplen las metas del gobierno, manteniéndose en el 10.6% para diciembre del 2008.

La economía Colombiana está basada en el sector de servicios con una participación del 58.3% (2003), seguido por la industria con 29.4% (2003) y el sector agrícola con 12.3% (2003)¹⁸.

- **Situación de Salud en Colombia**

Al contextualizar el panorama Colombiano en el entorno de la salud, se puede evidenciar en los registros de mortalidad, el escenario de un país en desarrollo, donde se tiene la combinación de eventos como el grupo de enfermedades crónicas, las isquémicas del corazón, las cerebro-cardiovasculares, la diabetes y los cánceres de cuello uterino, seno, gástrico y pulmón vienen mostrando una tendencia creciente y que se encuentran dentro de las diez primeras causas de mortalidad en el país.

- **Situación actual del cáncer en Colombia**

En Colombia el cáncer representa un problema de salud pública creciente. Abordar la situación actual del cáncer en nuestro país implica describir la situación epidemiológica, considerar algunos de los determinantes generales de la situación y presentar la respuesta social que se ha dado particularmente desde el sistema de salud y orientada hacia la prestación de servicios oncológicos¹¹.

- **Situación epidemiológica**

De acuerdo a las estimaciones de la agencia internacional para la investigación en cáncer IARC, en el año 2002 se presentaron en Colombia alrededor de 7.750 casos nuevos de cáncer, sin incluir el cáncer de piel que es el cáncer más frecuente pero sobre el que no se cuenta con cifras de magnitud¹⁹.

En 2005 se registraron 30.693 defunciones por cáncer, que representaron 16,3% del total de defunciones; de estas 15.195 fueron en hombres y 15.498 en mujeres, con una tasa cruda de mortalidad por cáncer de 71,8 por 100.000 y 71,6 por 100.000, respectivamente.

Las tasas crudas de incidencia por cáncer (excepto piel) en Cali, muestran un incremento importante en el tiempo, pasando en los hombres por 99 casos nuevos por 100.000 en el quinquenio 1962-67, a 136,6 por 100.000 respectivamente²⁰. Para el área metropolitana de Bucaramanga las tasas de incidencia de cáncer reportadas en el periodo 2000-2004 fueron 98,1 casos nuevos por 100.000 en hombres y 120 casos nuevos por 100.000 en mujeres²¹.

En adultos las principales localizaciones de cáncer en hombres son el cáncer de estomago, pulmón, próstata, colon y recto mientras que en mujeres son el cáncer de cuello uterino, mama, estomago y pulmón. Como se mencionó, no se cuenta con cifras sobre el cáncer de piel que es el cáncer más frecuente ya que los sistemas de información existentes no contemplan su recolección en razón a su alta frecuencia y baja mortalidad. En niños, las principales localizaciones son las leucemias, los tumores del sistema nervioso central y los linfomas.

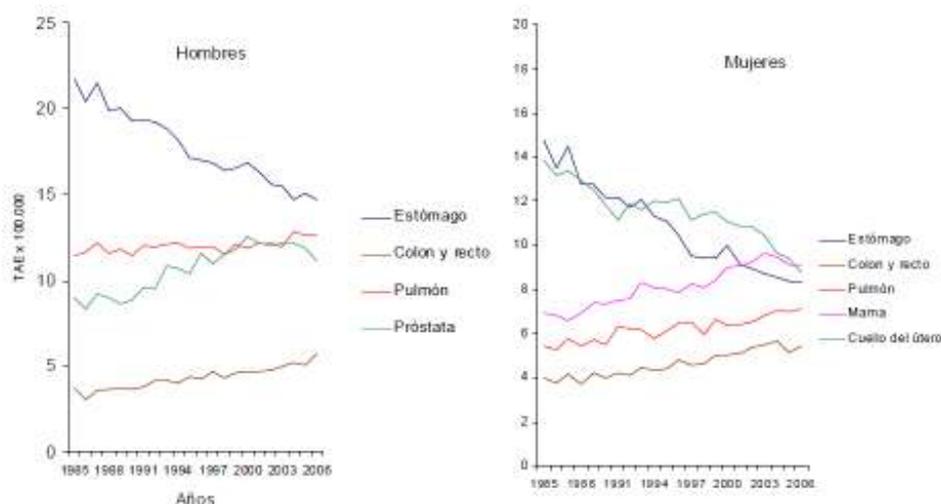
Como es conocido, el cáncer presenta importantes variaciones en términos geográficos; si se compara con otros países Colombia tiene elevadas tasas de incidencia particularmente en cáncer de estomago y cuello uterino en adultos y de leucemias en niños.

En Colombia, la variación geográfica en la mortalidad por cáncer también ha sido descrita para los principales canceres. Así se observan patrones claramente definidos en la mortalidad por cáncer de estomago que muestra mayor riesgo en la zona andina y las cordilleras, en cáncer de mama donde el mayor riesgo coincide con los grandes centros urbanos y en cáncer de cuello uterino donde las mujeres con mayor riesgo son las habitantes de departamentos alejados, zonas de fronteras y riveras de los grandes ríos²².

A nivel social se presentan diferencias y desigualdades en los comportamientos de los distintos canceres. Es así como el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres; en el periodo 2000 a 2002, 42,8 % de las defunciones por este tipo de cáncer se presentaron en mujeres que pertenecían al régimen subsidiado; a su vez, en el mismo periodo, 50% de las defunciones por cáncer de mama correspondieron a mujeres que hacían parte del régimen contributivo, lo que implica cargas diferenciales en los años de vida potencial perdidos entre regímenes para estos dos canceres²³.

El comportamiento de la mortalidad por cáncer para los principales cánceres es en general al incremento, tanto en hombres como en mujeres, con excepción del cáncer de estómago²⁴. La tendencia en la mortalidad por cáncer de mama a nivel nacional es claramente al aumento, mientras que en cuello uterino se empieza a observar un lento descenso²⁵.

GRAFICO 1. Tendencia en la mortalidad por cáncer, principales localizaciones, Colombia 1985-2006(tasas ajustadas por edad).



La tasa estandarizada por edad en mortalidad por cáncer de cuello uterino en 2005 fue de 9,4 por 100.000; la meta de reducción propuesta en el plan nacional de Salud Pública para el 2010 es una tasa de mortalidad de 7,6 por 100.000 y 4,5 por 100.000 en 2019⁸.

Las elevadas razones de mortalidad/incidencia para los principales cánceres indican un mal pronóstico, lo que podría atribuirse a estados muy avanzados al momento del diagnóstico o a falta de eficacia en el tratamiento. En el caso de cáncer de mama, la información disponible sobre el estado clínico al diagnóstico indica que en Bogotá, 60% de los cánceres son diagnosticados en estados avanzados²⁶.

La información sobre supervivencia a nivel poblacional suministrada por el registro de población de cáncer de Cali muestra que el cáncer de cuello uterino tiene una supervivencia a 5 años de 45%²⁷. En el caso de cáncer pediátrico, la supervivencia de niños con leucemias es de 41% a cinco años, cifra que contrasta negativamente con la supervivencia obtenida en países desarrollados para este cáncer²⁸.

7.1.2 Determinantes generales

La situación epidemiológica es determinada por múltiples factores que están en el contexto económico, social, cultural y de las características de los distintos países en el sector de la salud. En general, algunos de los determinantes principales están dados por los cambios sociales y demográficos que Colombia ha experimentado en las últimas décadas. El primero de los determinantes está relacionado con el volumen de la población: el número total de habitantes se triplicó en los últimos cincuenta años, la esperanza de vida pasó de ser 48 años en 1950 a 72 años en 2007 y la fecundidad bajó de cerca de 7 hijos por mujer a 2,6 hijos²⁹.

Por otro lado, la población pasó de ser predominantemente rural a ser predominantemente urbana, lo que trae implicaciones sobre las condiciones de vida de la población, en términos de la industrialización y las oportunidades laborales, el nivel educativo, la exposición a carcinógenos ambientales, el acceso a servicios de salud, las condiciones y estilos de vida y en general todos aquellos factores que se han catalogado como factores de riesgo en cáncer.

Todos estos cambios han contribuido a una modificación en la estructura por edad de la población que muestra un envejecimiento con incremento en la población mayor de 60 años. Se estima que los cambios en la estructura poblacional junto con el crecimiento de la población podrían explicar hasta dos terceras partes de la carga futura del cáncer³⁰, dado que la edad es uno de los factores de mayor efecto sobre el riesgo del cáncer.

- **Factores de riesgo**

La proporción de muertes por cáncer puede atribuirse a factores de riesgo conocidos, que muestran un mayor peso como el tabaco y la dieta, donde se estima que cada uno de ellos aportan un 30% respectivamente³¹. En Colombia, factores como el estado socioeconómico, las infecciones y las exposiciones ocupacionales tienen porcentajes mayores a las estimaciones mencionadas.

Tabla 1. Porcentaje estimado del total de muertes por cáncer atribuibles a causas de cáncer establecidas.

Factor causal	Fracción atribuible (%)
Historia familiar de cáncer	5 a 10
Tabaco	25 a 30
Dieta	30 a 35
Obesidad	10 a 20
Infecciones	15 a 20
Alcohol	4 a 6
Otros	10 a 15

En Colombia, la prevalencia de tabaco en adultos para el año 1993 fue de 21,4 % en ambos sexos³² y en 1998 de 18,9 %³³. El estudio nacional de salud 2007, demostró que el 12,8% de la población colombiana entre 18 y 69 años ha fumado 100 cigarrillos o más en la vida y 60% fuma en la actualidad. El uso de tabaco experimental en jóvenes entre 13 y 18 años paso de 12,7% en 1993 a 18% en 1998³⁴. Las encuestas realizadas para los años 2001 y 2007 en estudiantes escolarizados de 13 a 15 años en Bogotá, muestra que no hubo diferencia significativa en relación con el uso experimental entre ambas encuestas: en 2001, 69,1% de los jóvenes de colegios oficiales habían probado alguna vez el cigarrillo, lo cual en 2007 fue de 61,7%³⁵.

Según la encuesta nacional de situación nutricional 2005, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta (18 a 64 años) es de 32,3% y 13,7% respectivamente. El porcentaje de individuos que no consumen frutas es 36,8% y el que no consume verduras 27,9%. El porcentaje de personas que cumplen el mínimo de actividad física recomendada es 42,6%³⁶.

La radiación ultravioleta en otro factor de riesgo de gran peso en Colombia, de acuerdo con el IDEAM los niveles de ozono en la atmosfera están por debajo de los valores mínimos en todo el país³⁷.

7.1.3 Aspectos Generales Departamento De Antioquia

- **Ubicación**

Departamento que se encuentra localizado en la zona noroccidental del país, su capital es Medellín. Limita al norte con el mar Caribe y con el departamento de Córdoba; al occidente con el departamento del Chocó; al oriente con los departamentos de Bolívar, Santander y Boyacá; y al sur con los departamentos de Caldas y Risaralda.

Presenta diversidad de potencialidades en términos de recursos naturales y en su territorio, se han constituido tres parques nacionales naturales: Las Orquídeas, Paramillo y Los Katíos. Hace parte de las cuencas de los ríos

Cauca y Magdalena y es además atravesado por otros importantes ríos como Atrato, Nechí y San Juan; además tiene costa sobre el océano Atlántico en el golfo de Urabá³⁸.

- **Ríos y climas**

Antioquia está bañada al norte, por el Mar Caribe, en la zona costera y al occidente por el Océano Pacífico, en la zona de sus selvas. Sus ríos son muy numerosos y establecen el origen del potencial hidrográfico e hidroeléctrico que posee el departamento, cuenta con varias fuentes; entre ellas, los ríos más importantes son el Atrato, que la separa del departamento del Chocó; el Cauca, que la atraviesa por el centro y separa la Cordillera Occidental de la Central, en el corazón del departamento, y el Magdalena, que le sirve de límite con el departamento de Santander, en el extremo oriente de la región. La riqueza hídrica del departamento está representada también en sus múltiples ciénagas, como las de Buchadó, Los Medios, Tumaradó, Caucasia, Nechí, El Bagre, Yondó y Puerto Berrío³⁹.

En varias regiones del departamento se utilizan los depósitos de agua subterránea como fuente de abastecimiento para la población. Actualmente la mayor explotación de estas aguas, para consumo humano y riego en la agroindustria del banano se da en Urabá, sobretodo en la cuenca del río León y en la zona entre Chigorodó y Turbo. En el valle de Aburrá también se hace explotación de acuíferos, la mayoría para uso industrial. Existen igualmente pozos para uso doméstico y agrícola en La Pintada y en el Oriente antioqueño.

Se encuentran cuatro pisos térmicos cálido, medio, frío y páramo con alturas sobre el nivel del mar desde 2 metros (Turbo), hasta 2.550 (Santa Rosa de Osos, Belmira y San José de la Montaña) y temperaturas ambientales medias en las cabeceras municipales que oscilan entre 13 y 28°C. El clima frío es uno de los factores condicionantes, que al asociarse con otros, favorece la presencia de enfermedades respiratorias en la población. La presencia de vectores transmisores de enfermedades como la malaria, el dengue y la leishmaniosis, es favorecida por el clima cálido y húmedo⁹.

La zona del Mar Caribe registra altas temperaturas, con una marcada estación seca que se extiende aproximadamente desde diciembre hasta marzo, mientras que en los páramos y los altos de las cordilleras las temperaturas son muy bajas.

Por otra parte, las zonas llamadas Norte y Oriente, son de clima frío. Las zonas que en el departamento se denominan Magdalena Medio, Bajo Cauca y Atrato, poseen clima cálido. Por su parte el Suroeste de Antioquia y el Valle de Aburrá poseen clima templado⁴⁰.

- **Configuración administrativa actual**

El Departamento de Antioquia, está dividido en 9 subregiones, que están subdivididos en 27 zonas para su administración, lo cual está integrado por 125 municipios⁴¹.

La organización administrativa de los municipios, su entorno y contexto geográfico inciden en la forma de poblamiento de cada territorio, originando la mayor o menor concentración de habitantes, como es entre otras se evidencia en el Valle de Aburrá, con la máxima, pues residen en esta área el 58,4% de los habitantes del departamento, o en el Magdalena Medio, donde residen solo el 1.8%⁹.

- **Aspectos Económicos**

La economía del departamento de Antioquia se constituye en la prestación de servicios, la industria, el comercio, la agricultura, la ganadería y la minería. Actualmente el departamento ocupa el segundo renglón en el ámbito nacional y en cuanto a industria se refiere, la producción textil, de tejidos y la confección, junto con la elaboración de productos químicos, farmacéuticos, maquinaria, cemento, abonos, concentrados, metalmecánica y papel, son los que representan los mayores ingresos al departamento.

El sector de servicios se especializa en finca raíz, servicios bancarios, transportes y comunicaciones. En cuanto a la agricultura, el departamento de Antioquia, ocupa el primer lugar en la producción de café y banano tipo exportación y productos tales como la caña, algunos cereales, cacao, yuca y tabaco junto a algunos frutales contribuyen en menor proporción a la economía regional.

Durante las últimas décadas la ganadería ha venido presentado un importante desarrollo, principalmente en las zonas de Magdalena Medio, el río Cauca y Urabá. Actualmente produce oro, plata, hierro, cobre y otros minerales⁴².

Actualmente, su economía es la segunda en importancia en el país, después del Distrito Capital de Bogotá, brindando a los inversionistas nacionales y extranjeros una buena infraestructura productiva acompañada de modernos servicios de comunicaciones y transporte para la comercialización de productos en el mercado⁹.

- **Población**

El total de habitantes del departamento de Antioquia en el 2010 es de 6.066.377, de lo cual 49% corresponde a los hombres y 51% son mujeres⁴³.

7.1.4 Situación de Salud para el Departamento de Antioquia

Teniendo en cuenta aspectos sociales, culturales, económicos, demográficos y los procesos de salud y enfermedad, en el registro y el análisis de la dinámica de la población, se constituyen en una herramienta básica y fundamental, para valorar la magnitud y el riesgo de la población frente a la enfermedad en los diferentes estadios de su desarrollo, convirtiéndose en variables que determinan procesos de investigación desde la situación de enfermar y morir de la población, lo que aporta en grandes magnitudes a la definición de políticas públicas, entre las cuales se pueden definir, la planificación de servicios de salud, la determinación de la oferta, su capacidad instalada y resolutive a fin de que responda a las necesidades de la comunidad, controlar o minimizar el impacto negativo de la enfermedad, brindar apoyo en la toma de decisiones para generar mejora en la situación de salud de la población y lograr control en la carga de la enfermedad con visión no solo desde el punto de vista de costo – efectividad, sino desde la eficiencia social⁹.

- **Morbilidad y Mortalidad**

Se tienen en cuenta para este caso, las enfermedades clasificadas según CIE 10, las cuales se agrupan en tres grandes grupos:

- Grupo I. Enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y nutricionales.
- Grupo II. Enfermedades no transmisibles.
- Grupo III. Accidentes y lesiones.

- **Perfil de mortalidad en Antioquia**

Para el año 2005, la mortalidad muestra dentro de sus 10 primeras causas, 7 relacionadas en el grupo de las crónicas y degenerativas. Las que mayor número de muertes causaron fueron las cardiocerebrovasculares, cuya participación en el total fue del 23.7%, los tumores malignos inciden para el 5.3% y la diabetes para el 4,2%.

Se encontró una infecciosa clasificada en octavo lugar y las agresiones y accidentes en el segundo y sexto lugar. Las primeras causas analizadas representan el 57.2% del total de las muertes. Al analizar el comportamiento por sexo, se determinó que el mayor número de casos fue para el masculino representando un 57.3%.

Para los años 2006 y 2007, la tendencia a la muerte por causas crónicas y degenerativas se mantiene desde la agrupación según 21 causas, que registra la información donde las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias ocupan primero y segundo lugar, representando en conjunto casi el 48% del total de casos. Siguiendo en frecuencia, la muerte por causas

externas de morbilidad y mortalidad que viene relacionada en alto porcentaje con accidentes de transporte, caídas u otro tipo de eventualidades traumáticas, participación que varió entre el 18% para el 2006 y 17% para el 2007. Las enfermedades del sistema respiratorio varían en 94 casos menos de un año para el otro, caso contrario para las enfermedades del sistema digestivo que incrementan en 49 casos.

Según la variable edad, entre el 2006 y 2007, la mortalidad tuvo comportamientos similares en los diferentes grupos de edad, es así como, las edades de 1 a 14 son siempre donde menos casos se vienen presentando y luego de los 50 años cuando se hace más relevante en casos^{44,45,46}.

- **Perfil de morbilidad en Antioquia**

Según sexo, siempre la mujer es quién más consulta a los servicios médicos, la cual fue del 63% en el 2006 y en del 65% en el 2007.

Entre el 2006 y el 2007, se observó una disminución del 0.34% para el total de la demanda de la consulta registrada, sin embargo, se encontró que en el grupo de mujeres se dio un aumento en 71.385 consultas.

Según lugar de procedencia, la zona urbana siempre ha registrado mayor participación en la demanda, pero entre uno y otro periodo, se pasó del 60% al 80%.

Las afecciones del sistema circulatorio, se encontraron entre las cinco primeras causas de consulta, y la hipertensión arterial se encuentra entre la primera causa en las poblaciones⁹.

- **Perfil de Mortalidad por cáncer en Antioquia**

Para el año 2009, se reportaron en Antioquia dentro de las diferentes subregiones como Magdalena Medio, Bajo Cauca, Urabá, Nordeste, Occidente, Norte, Oriente, Suroeste y Valle de Aburrá, 177 casos de cáncer de cérvix, lo que corresponde a un 5,8 por cien mil mujeres; 355 casos de cáncer de mama, lo que corresponde a 11,6 por cien mil mujeres; 346 casos de cáncer de próstata, lo que indica un 11,8 por cien mil hombres; 939 casos de cáncer de pulmón, tasa de 15,7 por cien mil habitantes⁴⁷.

7.1.5 Respuesta social

La respuesta social existente para cáncer puede agruparse en tres grandes ámbitos: La que se da desde el ámbito político, la que se da desde la

comunidad y la sociedad civil y finalmente aquella que está relacionada con los servicios de salud.

Se puede afirmar que a pesar de ser el cáncer, un tema muy frecuentemente citado en medios de comunicación, no constituye en nuestro país una problemática visible a nivel general ni sectorial en lo que concierne a planes específicos para su control. Las enfermedades crónicas en su conjunto tampoco constituyen una problemática visible.

- **Ámbito político**

En el tema de seguridad social en salud, el gobierno centraliza sus esfuerzos en fortalecer los mecanismos dirigidos a ampliar y mantener la cobertura de afiliación de la población. Es fundamental esta estrategia en el objetivo de brindar protección financiera y posibilitar el acceso y la utilización de los servicios de salud para toda la población. Desde el sector salud se han adelantado acciones para promover la protección integral y efectiva de las familias en el sistema de protección social, tales como la implantación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, en el marco del programa Calidad en la Prestación de los Servicios de Salud, lo cual tiene como principal propósito, permitir que la población acceda a todos los servicios de nivel y atención profesional de forma equitativa, con calidad y con una adecuada atención al usuario⁴⁸.

Una medida explícita relacionada con el control del cáncer se ha dado en el tema del control del tabaco, donde después de 18 proyectos de ley no exitosos discutidos durante 16 años en el Congreso de la República, se sancionó la ley 1335 de 2009⁴⁹, promulgada en el marco del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.

- **Ámbito comunitario**

En este caso, se cuenta con una respuesta social desde diversas organizaciones que apoyan a los pacientes con cáncer; la oferta de estos servicios está principalmente en las grandes ciudades.

- **Ámbito de los servicios de salud**

En el ámbito de los servicios de salud, se presentan los servicios y actividades relacionadas con prevención, detección temprana, tratamiento y cuidados paliativos.

En cuanto a detección temprana hay dos cánceres que cuentan con actividades estipuladas en la resolución 412 de 2000: el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama. La información disponible muestra que un 76,6% de las mujeres colombianas entre 25 y 69 años de edad se han realizado una

citología en los últimos 3 años y 50% en el último año⁵⁰. Dicha información permite asegurar que en nuestro país no hay una relación entre cobertura de citología y mortalidad, lo que ha sido descrito para varios países en América Latina⁵¹ y denota dificultades en los componentes calidad y de seguimiento, diagnóstico definitivo, y tratamiento de lesiones cervicales precancerosas y cáncer. Un estudio, mostró que 49% de las citologías eran falsos negativos⁵², lo que confirma la baja sensibilidad de esta prueba, además de la necesidad de realizar esfuerzos en términos de la calidad. El Instituto Nacional de Salud se encuentra adelantando actividades de control de calidad de la citología.

En relación con cáncer de mama, no hay información nacional, y un estudio en tres aseguradoras de régimen contributivo en Bogotá evidenció que la cobertura de mamografía en los dos últimos años en mujeres de 50 a 69 años es de 55%⁵³, superando así las metas de cumplimiento estipuladas. Actualmente se han encontrado importantes problemas en la oportunidad de la atención del cáncer de mama, donde en Bogotá más del 50% de las mujeres sintomáticas se demoran más de tres meses entre²⁶ lo cual constituye una desventaja en términos del pronóstico de la enfermedad.

En el contexto de los servicios oncológicos del país, el 85% de la oferta de los mismos está en el sector privado y a pesar de que desde el 2007 los requerimientos para la habilitación de los servicios oncológicos son más exigentes, en los últimos años ha habido una proliferación de servicios que en general están dedicados solamente al aspecto terapéutico y no responden a un proceso de atención integral del paciente con cáncer.

Dado que el tratamiento del cáncer es multidisciplinario y exige con frecuencia la integración de más de una modalidad terapéutica, en el panorama actual los pacientes transitan por un número importante de centros de tratamiento, los que impone retos especiales para una adecuada coordinación y oportunidad en la administración de los tratamientos.

Una reciente evaluación de la organización y gestión de la red de servicios para la atención del cáncer en Colombia realizada por el MPS y el INC, mostró los siguientes problemas prioritarios (Ruiz IC y cols, comunicación verbal):

- Concentración de la oferta de servicios oncológicos e cinco grandes ciudades: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín.

- Falta de recurso humano especializado y subespecializado en oncología en mastología, cabeza y cuello, torax, neurocirugía, cirugía plástica reconstructiva, gastroenterología, hemato-oncología.

- Subdesarrollo de servicios de cuidado paliativo y de apoyo a familias y cuidadores.

- Fragmentación de la prestación de servicios sin articulación entre los servicios preventivos y los resolutivos.

- Limitada capacidad (técnica y operativa) para la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación en servicios que representan en alto riesgo para los usuarios.

Deficiente sistema de regulación, vigilancia y control de la oferta de servicios, usos de medicamentos oncológicos y calidad de la atención.
Difícil control de costos de la atención por la fragmentación, modalidades de contratación y pago, negociación de tarifas y suministro de medicamentos.

No se cuenta con organizaciones diferenciales dirigidas a los pacientes de otras regiones que agregan desplazamiento, estadías y otros que afectan la continuidad y resultados del tratamiento.

Inexistencia de rutas críticas de atención integradas.

Deficiente o casi nulo monitoreo de los contratos por capitación para la atención al paciente con diagnóstico de cáncer.

7.1.6 Demanda de servicios de Oncología

Todos los tumores malignos registrados, se identifican con los códigos C00 al C97, D00 al D09 y D32-D33 de la Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión CIE-10 Capítulo II.

Al ser los carcinomas basocelulares, de baja agresividad y alta frecuencia, no son registrados, al igual que los carcinomas in situ de piel (excepto melanomas). Los tumores benignos del sistema nervioso central también son recolectados debido a la complejidad de manejo y agresividad.

Al hablar de la distribución de casos de cáncer por sexos se presenta un porcentaje para los hombres de 36,9% y para las mujeres de 63,1%.

Las cinco localizaciones anatómicas del cáncer más frecuentes son en su orden: cérvix, mama, piel, próstata y sistema hematopoyético.

Estas constituyen el 52.7% del total de causas, mientras que las diez primeras localizaciones representan el 73.3%. El número de casos con primario desconocido ocupan el noveno lugar, con un 3.9%.

Tabla 4 Diez primeras localizaciones de casos de cáncer. Departamento de Antioquia. Año 2006.

LOCALIZACION	TOTAL	%*
Cérvix	2.675	15,3
Mama	2.472	14,1
Piel	1.768	10,1
Próstata	1.461	8,3
Sistema Hematopoyético	860	4,9
Ganglios Linfáticos	762	4,4
Estómago	752	4,3
Pulmón	747	4,2
Desconocido	670	3,9
Tiroides	664	3,8
Total	12.831	73,3

*Porcentaje respecto al total de casos de cáncer, del año 2005 (17.504 casos)
Fuente: Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia. DSSA. Año 2006⁵⁴

7.1.7 Oferta de servicios de Oncología

Antioquia cuenta con una plataforma de servicios de salud, cuyo eje central se encuentra en Medellín, donde se cuenta con más de 28 instituciones prestadoras de servicios de salud, reconocidas a nivel nacional e internacional, por su calidad y desarrollo científico, cuenta entre ellas con clínicas, hospitales y centros odontológicos, aunado a esto, cuenta con tres facultades de medicina acreditadas que junto con los proveedores especializados y el direccionamiento estratégico dado por los *Cluster* de Servicios de Medicina y Odontología y Turismo de Negocios, Ferias y Convenciones, pretenden constituirse en 2014 como uno de los tres principales destinos de salud en América Latina para la atención de pacientes provenientes del extranjero, principalmente de los Estados Unidos, Canadá, España, el Caribe y algunos países de Centroamérica.

Gracias a esto, actualmente se cuenta con una amplia variedad de servicios en el área de oncología tales como⁵⁵:

- Oncología médica
- Hematología oncológica
- Radiocirugía
- Oncología pediátrica
- Cirugía Oncológica (ginecológica, ortopédica, cabeza y cuello, mama, urológica, neurológica y de tórax)

- Radioterapia: Teleterapia y braquiterapia
- Braquiterapia epiescleral
- PET scan

7.1.8 Situación actual IPS UNIVERSITARIA

A continuación se describen el perfil de morbilidad de los pacientes atendidos por urgencias y hospitalización que son objeto de atención específica para atención de oncología.

Casos Año 2008

Tipo de patología	M	F	Total
Leiomioma del útero sin otra especificación	0	71	71
Tumor maligno de la vejiga urinaria parte no especificada	36	15	51
Tumor maligno del ovario	0	50	50
Tumor maligno de la mama parte no especificada	1	47	48
Tumor maligno de la próstata	45	0	45
Tumor maligno del estómago parte no especificada	22	13	35
Tumor maligno de la glándula tiroides	5	29	34
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada	16	18	34
Tumor maligno del Colon parte no especificada	0	15	15
Leucemia no especificada	5	5	10
Total General	130	263	393

Casos Año 2009

Tipo de patología	M	F	Total
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada	59	86	145
Tumor maligno de la próstata	91	0	91
Tumor maligno de la vejiga urinaria parte no especificada	65	7	72
Tumor maligno del estómago parte no especificada	34	32	66
Leiomioma del útero sin otra especificación	0	61	61
Tumor maligno de la mama parte no especificada	3	54	57
Tumor maligno del ovario	0	46	46
Mieloma múltiple	26	12	38
Tumor maligno del Colon parte no especificada	13	13	26
Leucemia linfoblástica aguda	8	17	25

Total general	299	328	627
---------------	-----	-----	-----

Casos Año 2010

Tipo de patología	M	F	Total
Leiomioma del útero sin otra especificación	0	92	92
Tumor maligno de la próstata	44	0	44
Tumor maligno del estómago parte no especificada	25	14	39
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada	13	24	37
Leucemia linfoblástica aguda	11	24	35
Tumor maligno de la mama parte no especificada	0	31	31
Tumor maligno de la vejiga urinaria parte no especificada	17	11	28
Tumor maligno del ovario	0	26	26
Leucemia mieloide aguda	3	19	22
Mieloma múltiple	9	11	20
Total general	122	252	374

Según la información anterior, en los últimos tres años las patologías más presentadas son Leiomioma del útero sin otra especificación, Tumor maligno de próstata y Tumor maligno de la vejiga urinaria parte no especificada.

La Institución actualmente tiene habilitado el servicio de quimioterapia y brinda atención a pacientes con enfermedades hematopoyéticas u otras patologías que requieran la administración de medicamentos citostáticos, tanto ambulatorios como hospitalizados.

El servicio cuenta con un equipo de trabajo conformado por dos enfermeras jefes capacitadas en el manejo y administración de medicamentos citostáticos y un químico farmacéutico responsable de la preparación de medicamentos en cámara de flujo laminar.

El servicio de Quimioterapia cuenta con 3 cubículos y una camilla. Tiene una capacidad de oferta de 2 atenciones por sitio para un total día de 8 pacientes ambulatorios. Hoy existe capacidad de oferta en el servicio.

Para la atención del paciente hospitalizado, se cuenta con el servicio de hematología, el cual tiene 21 habitaciones, aunado a esto, se tiene la posibilidad de desplazamiento a cualquier servicio con los que cuenta la clínica donde se encuentre hospitalizado el paciente que requiera la administración de un medicamento citostático.

Cuenta con los siguientes equipos de dotación:

- Equipos de bomba
- Carro de paro dotado

- Monitor sv
- Fuentes de O2
- Cámara flujo laminar

Horario de atención:

- 7 am - 7 pm: lunes – miércoles - viernes para los pacientes ambulatorios
- 7am- 7 pm: todos los días, los 365 días del año para pacientes hospitalizados en la Clínica León XIII

Aseguradoras y EPS a las que presta servicios Coomeva, DSSA, Comfenalco, Nueva Eps, Caprecom, Sura, UdeA, Ecopsos, Asmetsalud, Coosalud, Famisanar, Dasalud, Fundación Medico Preventiva, Comfachoco, Saludvida ARS, Dirección General de Sanidad Militar, Colpatria EPS, Comfama EPSS, Particular, Comparta EPSS, Dirección Seccional de Salud Choco, QBE Seguros S.A, Salud para todos, Saludvida EPS, Seguro Social ARP, SOAT QBE Seguros S.A, Universidad Nacional de Colombia.

7.1.9 Estructura funcional de la Unidad Oncológica

7.1.10 Organización empresarial

- **Reseña Histórica de la IPS UNIVERSITARIA:**

Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, aprobada por el Consejo Superior del Alma Máter con la Resolución Superior 632 del 18 de agosto de 1998. Se conoce comercialmente como la "IPS UNIVERSITARIA". Opera como una corporación mixta sin ánimo de lucro, conformada por la Universidad de Antioquia y por la Fundación de Apoyo a la Universidad de Antioquia. Cuenta con personería jurídica otorgada por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia mediante Resolución 1.566 del 4 de diciembre de 1998 y en consecuencia posee autonomía administrativa, técnica

y financiera. Los actos administrativos se rigen por el derecho privado, aunque por patrimonio puede ser catalogada como una entidad estatal.

Inició operaciones el 1 de noviembre de 1998. Una de las sedes donde se prestan servicios se encuentra situada en la carrera 51A No 62-42, además de una sede situada en el Bloque 22 de la Ciudad Universitaria, otra en el primer piso de la SIU, y desde el año 2007 se cuenta con la sede Clínica León XIII situada en la calle 69 nro. 51c - 24.

- **Plataforma Estratégica:**

Misión

“Somos la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, comprometida con la investigación, la extensión y la docencia. Servimos a la comunidad en todos los niveles de atención, fundamentados en la evidencia científica, la ética, el respeto al medio ambiente y la calidad”.

Visión

“En el 2016, la “IPS UNIVERSITARIA” será la red de servicios de salud preferida por los usuarios, principal centro de apoyo a la investigación, docencia y extensión de la Universidad de Antioquia, modelo de gestión y calidad en el ámbito nacional, con proyección al mercado internacional”.

- **Objetivos Empresariales**

- Convertirse en la mejor opción prestadora de servicios de salud para el SGSS de Colombia.
- Comercializar los bienes y servicios que en salud organicen las dependencias académicas de la Universidad de Antioquia.
- Prestar los servicios de salud a los universitarios del Alma Mater.
- Convertirse en el principal campo de práctica de la Universidad de Antioquia.

- **Líneas Estratégicas**

1. Participación en el mercado de los servicios de salud

Incrementar la participación en el mercado, en el corto y mediano plazo para mejorar la posición financiera de la Institución

2. Prestación de servicios de salud con calidad

Tiene como objetivo implantar en la “IPS UNIVERSITARIA” la cultura de la calidad para asegurar la fidelización de los usuarios.

3. Relaciones universitarias

Sus objetivos principales son: Desarrollar una red universitaria de servicios de salud, que integre toda la oferta de la Universidad en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y al mismo tiempo, organizar funcional y estructuralmente la “IPS UNIVERSITARIA” para que pueda utilizarse como campo de práctica de la Universidad.

4. Gestión administrativa y financiera

Enfocada a desarrollar una gestión que impulse el progreso institucional y el uso óptimo de los recursos dispuestos para la atención.

7.1.11 Servicios de Unidad Oncológica

Los siguientes son algunos conceptos que ayudarán a comprender la complejidad del tipo de servicios que se proporcionan en las Unidades de Oncología:

Los pilares en el tratamiento del cáncer los constituyen:

- La radioterapia
- La cirugía
- La quimioterapia.

7.1.12 Tipos de radioterapia

Actualmente existen en la radioterapia, tres recursos tecnológicos principales:

- **Braquiterapia:** emplea fuentes radioactivas selladas que se depositan temporalmente en el paciente en forma: intracavitaria, intersticial o implantada superficialmente. En este rubro existen tres niveles de tecnología, braquiterapia de baja, media y alta tasa de dosis, de acuerdo a la fuente radioactiva utilizada.
- **Teleterapia:** la fuente de radiación al paciente es EXTERNA. En este rubro se cuenta con las unidades de cobalto 60, unidades de ortovoltaje, unidades de terapia superficial y los aceleradores lineales.

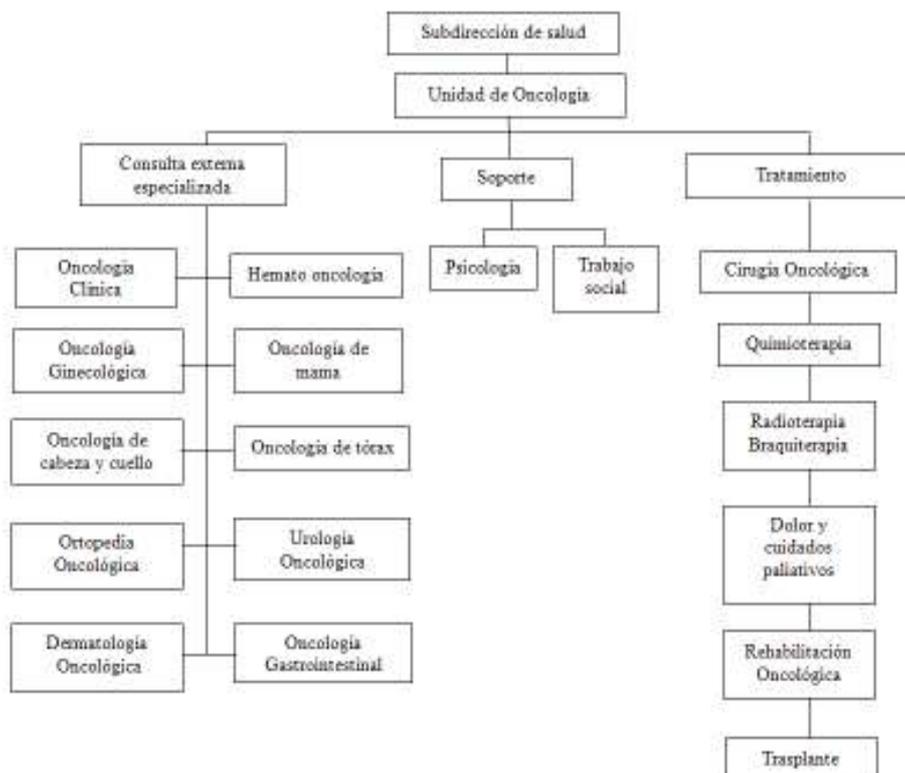
7.1.13 Tratamientos a base de Quimioterapia

La finalidad que tiene es destruir las células tumorales mediante el empleo de una gran variedad de fármacos, que se denominan antineoplásicos o quimioterápicos. Las células que componen los distintos órganos se dividen de manera ordenada con el fin de reemplazar a las células viejas, procedimiento regulado bajo un estricto mecanismo de control. Los tumores malignos se caracterizan por estar formados por células cuyos mecanismos reguladores de la división se han alterado, por esto son capaces de multiplicarse descontroladamente e invadir y afectar órganos vecinos. La quimioterapia puede ser:

- **Curativa:** En este caso la intención de la quimioterapia es curar la enfermedad, pudiéndose emplear como tratamiento único o asociado a otros.
- **Paliativa:** Con la quimioterapia se pretenden controlar los síntomas producidos por el tumor. Su objetivo primordial es mejorar la calidad de vida del enfermo, y si fuera posible, aumentar también su supervivencia.

Aproximadamente el 60-63% de todos los nuevos casos de cáncer necesitan ser vistos por el Oncólogo Médico, bien sea para su diagnóstico o para cualquiera de las diversas modalidades terapéuticas, o incluso para estudios de screening de población de riesgo

7.1.14 Estructura de la Unidad de Oncología.



7.1.15 Definición de Unidad de Oncología

La Unidad de Oncología responde al ser humano y su contexto, a la cual sirven varios servicios que permiten evaluar la situación de salud del paciente con cáncer, definir su manejo, rehabilitación y soporte, garantizando la calidad, oportunidad y seguridad en el tratamiento; esta contara con personal altamente capacitado y tecnología apropiada, fortalecerá la docencia para la formación del recurso Humano especializado y la investigación.

Población objetivo

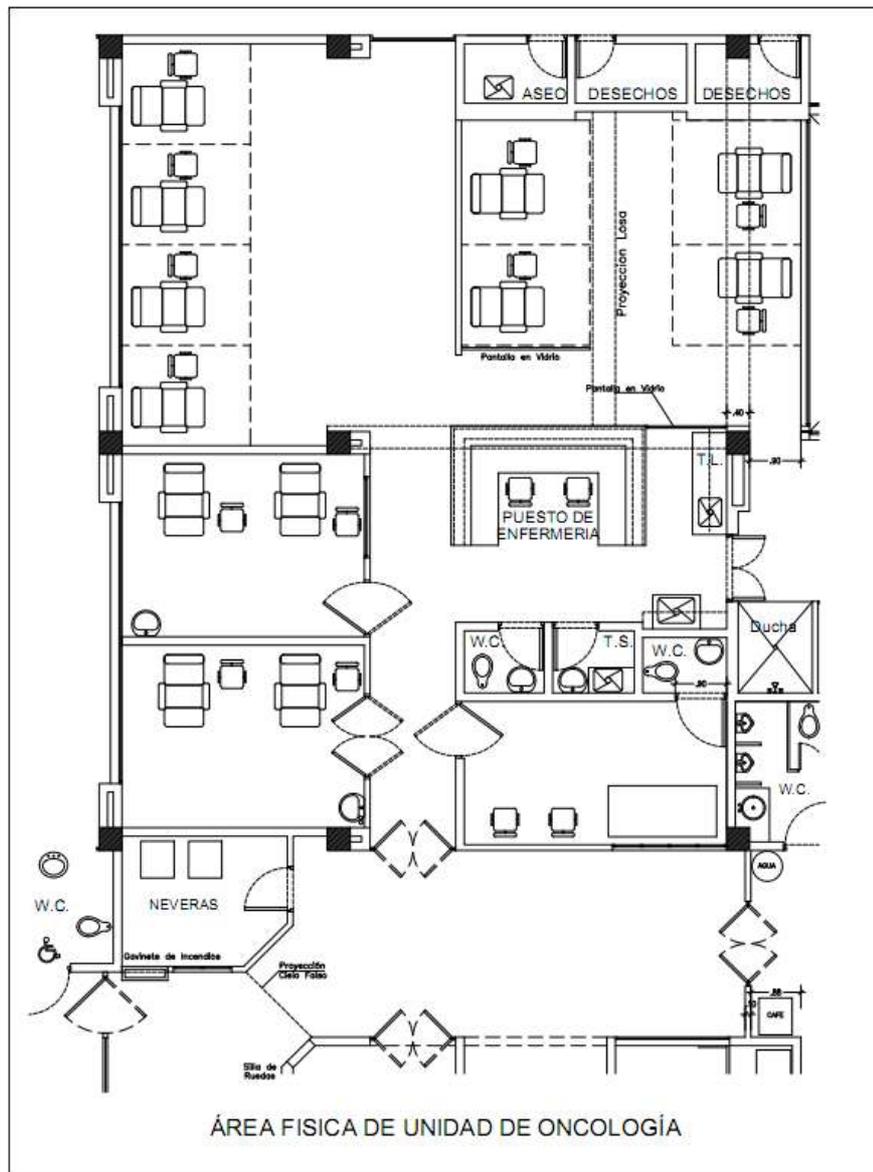
Pacientes con cáncer de los municipios del Departamento de Antioquia y su área de influencia.

7.1.16 Localización y descripción

La IPS UNIVERSITARIA cuenta con espacios disponibles en la infraestructura actual que se pueden adecuar para los servicios de consulta especializada y quimioterapia que son requeridos para la unidad de oncología.

Durante el proceso, se planteó que la unidad de Oncología, debía estar ubicada en la sede Ambulatoria ubicada en la cra 51 nro 62-42, para lo cual se debe realizar una inversión en instalaciones físicas de acuerdo al plano anexo así:

Gráfico 2 Plano Unidad Oncológica



7.2. Requisitos de Habilitación para la Unidad De Oncología según normas y sus estándares.

Dentro de las responsabilidades del Estado colombiano está la de proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud de todas las personas residentes en Colombia. 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 en su comercialización.

Este sistema, 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 de garantía de calidad en el cual se incorporan cuatro componentes: el sistema único de acreditación de IPS y de EPS; el sistema de información a los usuarios, y EPS; la auditoría para el mejoramiento de la calidad, y el sistema único de habilitación de prestadores y EPS.

En el sistema de habilitación, a las condiciones tecnológicas y científicas o requisitos esenciales, el gobierno integra los conceptos de registro, autoevaluación y declaración de cumplimiento de estándares, la verificación por los organismos de vigilancia, y algunos requisitos de orden financiero y administrativo.

De tal manera, el gobierno constituye un sistema de autorización a los prestadores de servicios para hacer parte de la oferta de servicios de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

El sistema de habilitación, 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.

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 tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

El sistema de habilitación incluye dos procesos básicos: la autoevaluación e inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, y la verificación del cumplimiento de estándares por parte de las autoridades de salud.

El primero de ellos está orientado a autorizar el ingreso de los prestadores de servicios de salud en el sistema, y crear y mantener una base de datos actualizada de la oferta de servicios de salud en el país. Implica la evaluación por parte del prestador de servicios de salud en el interior de su institución, de todos los estándares que le sean aplicables según los servicios que preste, y en caso de incumplimiento de alguna de las condiciones, la realización de las acciones necesarias para cumplirlos, o en caso contrario, la autor restricción en la prestación de servicios.

Cuando se cumplen todas las condiciones, el proceso continúa con el diligenciamiento del respectivo formulario de inscripción en el registro de prestadores –sea un profesional independiente o una IPS–, y su presentación y radicación en la Dirección Departamental o Distrital de Salud del departamento o distrito en el cual tenga sede la institución.

Con base en la inscripción de las instituciones, las direcciones departamentales y distritales de salud, conformarán las bases de datos de la oferta oficial de servicios de salud de su jurisdicción y la remitirán al Ministerio de Salud, donde se consolidará la oferta nacional.

El segundo proceso básico es la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación. Se inicia con la identificación, por diferentes medios, de los prestadores de su jurisdicción, para realizar un censo inicial y el

cruce de este listado con las bases de datos del registro especial, para identificar los prestadores que ofrezcan los servicios sin la debida autorización. Las entidades departamentales y distritales conformarán los equipos de verificación, de acuerdo con la oferta de prestadores identificada y diseñarán un plan de visitas orientado a la verificación del total de prestadores de su jurisdicción. La ejecución del plan obliga a la verificación de todas las condiciones de habilitación en la sede de los prestadores de servicios de salud. La verificación implica el concepto de ratificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación por la autoridad de salud, o por el contrario, la identificación de estándares no cumplidos y la adopción de sanciones, que incluyen el cierre de servicios y, o, instituciones, y sanciones pecuniarias.

El sistema de habilitación contempla tres tipos de condiciones:

- Suficiencia patrimonial y financiera
- Condiciones técnico-administrativas
- Condiciones tecnológicas y científicas

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera son requisitos básicos del patrimonio y del pasivo, aplicables a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), y no aplicables a profesionales independientes. Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera son:

1. Que su patrimonio neto se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda, de acuerdo con la naturaleza jurídica de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, y de conformidad con los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y en el Plan de Cuentas para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.
2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere 50% del pasivo corriente.
3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere 50% del pasivo corriente.

Las condiciones técnico-administrativas están referidas a la existencia jurídica de la institución y a un sistema contable que le permita generar estados financieros. Son aplicables únicamente a IPS.

Las condiciones tecnológicas y científicas

El propósito de las condiciones tecnológicas y científicas es dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios en el país.

Ser estándares esenciales implica que no son exhaustivos ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento

de una institución o un servicio de salud. Incluyen únicamente aquellos cuya ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio.

Esta premisa implica la obligatoriedad en el cumplimiento de los estándares y la eliminación de planes de cumplimiento. Si los estándares son realmente esenciales, la no obligatoriedad implicaría que el Estado permita la prestación de un servicio de salud a conciencia de que el usuario está recibiendo servicios que generan un riesgo.

Los estándares atienden tres principios básicos:

Fiabilidad: la forma de aplicación y verificación de cada estándar es explícita y clara, lo que permite una verificación objetiva y homogénea por parte de los verificadores.

Esencialidad: las condiciones de capacidad tecnológica y científica constituyen requerimientos que protegen la vida, la salud y la dignidad de los usuarios, de los riesgos que atentan contra dichos derechos, durante la prestación de servicios de salud.

Sencillez: la sencillez guía la formulación de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos de su verificación, con el fin de que ellos sean fácilmente entendibles y aplicables por los prestadores de servicios de salud, por las autoridades encargadas de su verificación y, en general, por cualquier persona interesada en conocerlos.

Son estándares principalmente de estructura. Están diseñados de manera que permitan la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud. Abarcan la organización que preste directamente uno o más servicios de salud. Ello implica que los requisitos esenciales no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud de manera integral. El cumplimiento de los estándares que se refieran a servicios de apoyo a la atención será responsabilidad de los prestadores que ofrezcan el servicio integral, independientemente de que estos sean contratados, delegados o asumidos directamente.

Están dirigidos a la minimización de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud.

Enfoque de riesgo

El enfoque fundamental y el propósito de los requisitos del sistema de habilitación confluyen en proteger a las personas de los riesgos propios de la prestación de los servicios de salud.

Durante el diseño de estándares, sin embargo, se identificó que además de prevenir la iatrogenia, es de especial relevancia contemplar los riesgos

derivados de la inoperancia del servicio prestado. La mejor manera de explicar este tema es con los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por ejemplo, con la aplicación de una vacuna existen riesgos de iatrogenia, como las flebitis. No obstante, sin desconocer lo anterior, es de mucha más relevancia prevenir los riesgos derivados de la inoperancia en la aplicación de la vacuna, es decir, debemos definir requisitos que busquen reducir la probabilidad de incidencia de la enfermedad inmunoprevenible (por ejemplo, la conservación de las vacunas en la red de frío). Esto amplía al ámbito de acción de los requisitos no sólo a la prevención de la iatrogenia, sino también a la efectividad de las acciones en salud, que son de particular relevancia en los servicios ambulatorios.

Por otra parte, para la aplicación de los requisitos, tanto por los prestadores como por los funcionarios de vigilancia y control, resulta incluso más importante que el mismo requisito conocer el riesgo que se pretende prevenir y la pertinencia del requisito que se esté aplicando.

Esto es especialmente cierto en la aplicación de conductas derivadas de la verificación de requisitos. Efectivamente, si lo vemos desde la perspectiva jurídica, la facultad de sancionar o de revocar la autorización de los servicios se fundamenta en la pertinencia de la conducta en relación directa con la presencia del riesgo, hasta el punto que la entidad de vigilancia y control se encuentra facultada para aplicar sanciones y medidas sanitarias si demuestra la presencia del riesgo aun sin la existencia de requisito.

De igual forma, incluso con la presencia de un requisito, si un prestador demuestra la ausencia del riesgo, se pierden las facultades de sanción, que están ligadas directamente al derecho fundamental a la vida y a la salud por conexidad. Este último caso resulta un tanto teórico, esto si se entiende que en los servicios de salud el riesgo cero no existe. Sin embargo, los dos argumentos anteriores permiten evidenciar la necesidad de contemplar permanentemente el concepto de riesgo en la aplicación de los estándares de habilitación. Para ejemplificar este enfoque de riesgo se identifican algunos servicios y los riesgos que se pretenden abordar mediante el diseño y aplicación de requisitos de habilitación.

7.2.1 Oncología Clínica:

- **RECURSO HUMANO**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.1	Todos los servicios	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.1	Todos los servicios	En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.1	Todos los servicios	Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.2	Todos los servicios	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.3	Todos los servicios	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.3	Todos los servicios	La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.3	Todos los servicios	Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.4	Todos los servicios	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.6	Todos los servicios	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente –asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.6	Todos los servicios	La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.7	Todos los servicios	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.8	Todos los servicios	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.8	Todos los servicios	De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	1.45	Oncología Clínica	Especialista en Oncología, que incluye a Hematólogos Clínicos, Hemato-oncólogos.

• **INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO**

RESOLUCIONES 4445 DE 2006, 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 10	instalaciones para suministro de agua	las instalaciones de agua serán diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 4	localización	Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben estar localizadas en lugares que no presente problemas de polución, siguiendo pautas de sobre zonificación existentes en cada ciudad para evitar el riesgo
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 11	instalaciones para evacuación de residuos liquidos	Las instalaciones interiores para evacuación de residuos líquidos serán diseñadas para evitar obstrucciones, se impida el paso de gases y animales, escape de líquidos y evitar la conexión con tanques de almacenamiento de agua potable

RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 12	unidad sanitaria	Las instituciones instalaran en su área físicas destinada a los servicios de salud, por lo menos una unidad sanitaria que este separada por divisiones para facilitar la ventilación y fácil limpieza, un orinal, un dispensador de o bebedero por cada 50 personas
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 14	unidades de aseo	Todas las instituciones deben disponer de cuartos de aseo
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Los pisos deben ser impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, de facil limpieza, uniformes para evitar los tropiezos y accidentes
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Tener nivelacion a decuada para facilitar el drenaje
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	De material que no transmita ruido y vibracion
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Estar contruidos de materiales conectados a polo de tierra
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 26	los cielo rasos, paredes y muros	De superficie lisa y los materiales usados no contengan sustancias toxicas
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 26	los cielo rasos, paredes y muros	Las unidades donde se requiera limpieza profunda debe tener acabados de media caña

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.1	Todos los servicios	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.2	Todos los servicios	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.2	Todos los servicios	La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.3	Todos los servicios	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.8	Todos los servicios	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.10	Todos los servicios	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.11	Todos los servicios	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.
RESOLUCION 2680 DE 2007	2.7	Todos los servicios	La institución no debe estar localizada en lugares de riesgo continuo o inminente desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.39	Oncología Clínica	Zona de Preparación de pacientes y vestier, si se requiere.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.39	Oncología Clínica	El área de procedimientos requiere: Sala(s) de procedimientos o área quirúrgico

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.39	Oncología Clínica	Disponibilidad de Unidad sanitaria para usuarios.
RESOLUCION 2680 DE 2007	2.39	Oncología Clínica	Zona de Preparación de pacientes y vestier, si se requiere.
RESOLUCION 2680 DE 2007	2.39	Oncología Clínica	El área de procedimientos requiere: Sala(s) de procedimientos o área quirúrgico
RESOLUCION 2680 DE 2007	2.39	Oncología Clínica	El área de procedimientos requiere: Área de Recuperación de pacientes, puede ser la misma área de procedimientos si los protocolos establecen ahí la recuperación de cada uno.
RESOLUCION 2680 DE 2007	2.39	Oncología Clínica	Disponibilidad de unidad sanitaria para usuarios

• **DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.1	Todos los servicios	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.1	Todos los servicios	Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.

RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.3	Todos los servicios	Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.
RESOLUCION 3763 DE 2007	3.3	Todos los servicios	Se debe corregir la referencia hecha a “cm” debiendo ser “mm”.

• **MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS - GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	C O D	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.2	Todos los servicios	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.3	Todos los servicios	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.3	Todos los servicios	En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.4	Todos los servicios	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.4	Todos los servicios	En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.5	Todos los servicios	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	4.5	Todos los servicios	El modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.

• **PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.3	Todos los servicios	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.4	Todos los servicios	Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.5	Todos los servicios	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.9	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.9	Todos los servicios	Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.11	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.12	Todos los servicios	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.15	Todos los servicios	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.16	Todos los servicios	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.19	Todos los servicios	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.32	Oncología clínica y Quimioterapia	Debe tener definido el tipo de procedimientos que realiza de acuerdo con la tecnología disponible en el servicio.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.32	Oncología clínica y Quimioterapia	Igualmente deberá definir la complementariedad de los tratamientos mediante los servicios definidos en el capítulo de interdependencia de servicios.
RESOLUCION 2680 DE 2007	5.9	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios y similares. Para efectos del sistema de habilitación, deberán ajustarse al “Manual de Gestión Integral de Residuos hospitalarios y similares en Colombia” (Resolución 1164 de 2002), y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 2680 DE 2007	5.9	Todos los servicios	Los profesionales independientes se acogerán a lo estipulado en la circular 047 de 2006 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

- **HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	CO D	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.1	Todos los servicios	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.2	Todos los servicios	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.2	Todos los servicios	no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.

RESOLUCION 1043 DE 2006	6.3	Todos los servicios	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.4	Todos los servicios	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.5	Todos los servicios	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.6	Todos los servicios	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.7	Todos los servicios	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.

• **INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	7.5	Todos los servicios	Los servicios que requieren proceso de esterilización deberán disponer de este servicio
RESOLUCION 1043 DE 2006	7.17	Oncologia Clínica	Cuenta con servicios o demuestra el apoyo de servicios de oncología clínica, oncología pediátrica, hematología, radioterapia, quimioterapia, cirugía oncológica, cuidado paliativo, cuidado intensivo, patología, genética, medicina nuclear, banco de sangre o servicio de transfusión sanguínea y hospitalización del servicio, cuando esté indicado según el listado de procedimientos definidos en el capítulo de procesos prioritarios.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.5	Todos los servicios	Los servicios que requieren proceso de esterilización deberán disponer de este servicio

• **SEGUIMIENTO DE RIESGOS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.1	Todos los servicios	Realiza los procedimientos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta, mediante el diseño y operacionalización de indicadores: ficha técnica del indicador, la estandarización de las fuentes, la definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.1	Todos los servicios	Realiza los procedimientos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta, mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas - anestésicas - terapéuticas
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.2	Todos los servicios	Realiza procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad

7.2.2 Cirugía oncológica

• RECURSO HUMANO

RESOLUCIONES 1043 DE 2006 RESOLUCION 4689 DE 2007 Y 1043 DE 2006 3763 DE 2007	9.3D	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.3	Todos los servicios	La tabla detalle por servicio de estándares identifica los permies de cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.3 1.1	Todos los servicios	Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.1 1.4	Todos los servicios	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares sistémicos del recurso humano exigido en la tabla de estándares de servicios de fin de 2005 obligatoriamente se cuanta en la prestación de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.2	Todos los servicios	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud.

RESOLUCION 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.6	Todos los servicios	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente –asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.6	Todos los servicios	La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.7	Todos los servicios	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.8	Todos los servicios	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia.

RESOLUCION 1043 DE 2006	1.8	Todos los servicios	De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.18	Servicios Quirurgicos	Enfermera profesional
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.18	Servicios Quirurgicos	Auxiliar en enfermería
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.18	Servicios Quirurgicos	Médico anestesiólogo quién podrá tener a su cargo residentes en el área y realizará supervisión permanente para cada procedimiento que requiera de alguna técnica anestésica exclusiva del ámbito de la anestesiología, sólo hará un procedimiento a la vez, será el responsable del acto anestésico y estará presente todo el tiempo en la sala de cirugía.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.20	Servicios quirurgicos de mediana y alta complejidad	Médicos especialistas o subespecialistas, según los servicios que ofrece la institución
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.20	Servicios quirurgicos de mediana y alta complejidad	instrumentadora

RESOLUCION 1043 DE 2006	1.20	Servicios quirurgicos de mediana y alta complejidad	Auxiliar en enfermería.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.20	Servicios quirurgicos de mediana y alta complejidad	En sala de recuperación se debe contar con:
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.20	Servicios quirurgicos de mediana y alta complejidad	Enfermera jefe permanente
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.20	Servicios quirurgicos de mediana y alta complejidad	Auxiliar en enfermería permanentes
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.20	Servicios quirurgicos de mediana y alta complejidad	Anestesiólogo de disponibilidad o residente de anestesia bajo supervisión por anestesiólogo para cada procedimiento que requiera de alguna técnica anestésica exclusiva del ámbito de la anestesiología quien sólo hará un procedimiento a la vez. Disponibilidad del responsable del acto quirúrgico.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.42	Cirugia oncologica	Especialista en cirugía oncológica o Médico con especialidad quirúrgica y segunda especialidad en una de las ramas de la cirugía oncológica

RESOLUCION 2680 DE 2007	1.42	Cirugia oncologica	Especialistas quirúrgicos en cirugía oncológica, cirujano u otro especialista que en su formación de especialista hayan adquirido los conocimientos y habilidades para la realización de estos procedimientos.
----------------------------	------	-----------------------	--

• **INFRAESTRUCTURA Y MANTENIMIENTO**

RESOLUCIONES 4445 DE 2006, 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIO S A LOS QUE APLICA EL ESTANDA R	CRITERIO
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 10	instalacione s para suministro de agua	las instalaciones de agua serán diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 4	localización	Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben estar localizadas en lugares que no presente problemas de polución, siguiendo pautas de sobre zonificación existentes en cada ciudad para evitar el riesgo
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 11	instalacione s para evacuación de residuos líquidos	Las instalaciones interiores para evacuación de residuos líquidos serán diseñadas para evitar obstrucciones, se impida el paso de gases y animales, escape de líquidos y evitar la conexión con tanques de almacenamiento de agua potable

RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 12	unidad sanitaria	Las instituciones instalaran en su área físicas destinada a los servicios de salud, por lo menos una unidad sanitaria que este separada por divisiones para facilitar la ventilación y fácil limpieza, un orinal, un dispensador de o bebedero por cada 50 personas
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 14	unidades de aseo	Todas las instituciones deben disponer de cuartos de aseo
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Los pisos deben ser impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes para evitar los tropiezos y accidentes
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Tener nivelación adecuada para facilitar el drenaje
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	De material que no transmita ruido y vibración
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Estar contruidos de materiales conectados a polo de tierra
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 26	los cielo rasos, paredes y muros	De superficie lisa y los materiales usados no contengan sustancias toxicas
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 26	los cielo rasos, paredes y muros	Las unidades donde se requiera limpieza profunda debe tener acabados de media caña

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.1	Todos los servicios	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.2	Todos los servicios	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.2	Todos los servicios	La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.3	Todos los servicios	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.8	Todos los servicios	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.10	Todos los servicios	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.11	Todos los servicios	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Dispone de un área física exclusiva, delimitada, señalizada y de circulación restringida y no utilizada como área de tránsito entre otras áreas de la Institución
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Dispone de los siguientes ambientes:

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Área para recepción y entrega de pacientes.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Área para recepción y entrega de pacientes.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Sala(s) de cirugía.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Sala de recuperación.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Área para lavamanos quirúrgicos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	El servicio cumple además con las siguientes condiciones específicas:
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Las puertas para los quirófanos tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Se garantiza la disponibilidad permanente de oxígeno en los quirófanos o acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	La sala de cirugía cuenta con un sistema mínimo para extracción de gases anestésicos residuales de la máquina, hacia el exterior
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Los equipos eléctricos en salas de cirugía estarán conectados a tomas eléctricas que cuenten con un sistema de polo a tierra

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Si existen ventanas de abrir en las salas de cirugía, éstas cuentan con un control de la apertura de los basculantes
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	La Iluminación es uniforme y simétrica en el campo operatorio
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	La sala de recuperación está localizada en forma contigua y se comunica con el área de recepción y entrega de pacientes, así mismo, tendrá acceso al corredor o pasillo interno
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Por cada paciente en sala de recuperación se cuenta con dos tomas eléctricas conectadas a la red de emergencia de la institución, una fuente de succión y una fuente de oxígeno
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Área de aseo
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	Cuenta con luz de emergencia generada por unidad autónoma o lámpara con acumulador, con suficiente capacidad para el servicio quirúrgico
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.20	Servicios Quirurgicos	El servicio de cirugía está dispuesto de tal modo que es de fácil acceso para los pacientes que requieren procedimientos de emergencia en salas de cirugía, para lo cual contarán con rampa o ascensor en caso de ser necesario

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.39	Oncología Clínica	El área de procedimientos requiere: Área de Recuperación de pacientes, puede ser la misma área de procedimientos si los protocolos establecen ahí la recuperación de cada uno.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.39	Oncología Clínica	Disponibilidad de unidad sanitaria para usuarios
RESOLUCION 2680 DE 2007	2.7	Todos los servicios	La institución no debe estar localizada en lugares de riesgo continuo o inminente desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución.

• **DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.1	Todos los servicios	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.1	Todos los servicios	Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.

RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.3	Todos los servicios	Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Cada quirófano cuenta con la siguiente dotación:
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Mesa para cirugía, acorde al tipo de cirugías que realiza
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Máquina de anestesia, la cual debe contar con: Alarmas de desconexión, seguro de mezcla hipóxica, analizador de gases anestésicos, monitor de oxígeno administrado, monitor de presiones en la vía aérea y ventilador.

RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Lámpara cielítica exceptuando cuando se tengan fuentes diferentes de luz (vgr. oftalmología)
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Mesa para instrumental quirúrgico
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Aspirador portátil
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	laringoscopio con hojas para adultos y si se requiere hojas pediátricas
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Tensiómetro
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Fonendoscopio

RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	camillas rodantes con barandas
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	equipo básico de reanimación
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	disponibilidad de desfibrilador
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Elementos de monitoreo mínimo para administrar anestesia: Presión arterial no invasiva, electrocardiograma continuo y pulsooximetría.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realizan en el servicio.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Bala o cilindro (s) de oxígeno con carro de transporte o sistemas de oxígeno central, en estos últimos casos deben tener planes y equipos para manejo de la contingencia de daños en la red.

RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Si el servicio es de mediana y alta complejidad cuenta con: Monitor de signos vitales, tensiómetro, disponibilidad de lectrocardiógrafo y de pulsoxímetro y/o monitor cardíaco.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	En sala de recuperación:
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Aspirador de succión
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	camillas y equipo básico de reanimación.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.9	Servicios quirúrgicos de todas las complejidades	Equipo para monitorear tensión arterial, trazado electrocardiográfico, pulsooximetría por camilla, desfibrilador.
RESOLUCION 3763 DE 2007	3.3	Todos los servicios	Se debe corregir la referencia hecha a “cm” debiendo ser “mm”.

• **MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicione o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicione, modifiquen o sustituyan.

RESOLUCION 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.2	Todos los servicios	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.3	Todos los servicios	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento

RESOLUCION 1043 DE 2006	4.3	Todos los servicios	En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.4	Todos los servicios	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.4	Todos los servicios	En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.5	Todos los servicios	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.5	Todos los servicios	El modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.

• **PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.3	Todos los servicios	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.4	Todos los servicios	Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.5	Todos los servicios	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.9	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.9	Todos los servicios	Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.11	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.12	Todos los servicios	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.15	Todos los servicios	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.16	Todos los servicios	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.19	Todos los servicios	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.
RESOLUCION 2680 DE 2007	5.9	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios y similares. Para efectos del sistema de habilitación, deberán ajustarse al “Manual de Gestión Integral de Residuos hospitalarios y similares en Colombia” (Resolución 1164 de 2002), y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 2680 DE 2007	5.9	Todos los servicios	los profesionales independientes se acogerán a lo estipulado en la circular 047 de 2006 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

- **HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.1	Todos los servicios	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.2	Todos los servicios	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.2	Todos los servicios	No necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.3	Todos los servicios	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.

RESOLUCION 1043 DE 2006	6.4	Todos los servicios	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.5	Todos los servicios	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.6	Todos los servicios	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.7	Todos los servicios	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.

• **INTERDEPENDENCIA CON LOS SERVICIOS**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	7.5	Todos los servicios	Los servicios que requieren proceso de esterilización deberán disponer de este servicio
RESOLUCION 1043 DE 2006	7.9	Todos los servicios	Si ofrece cirugía oncológica cuenta con servicio de radioterapia y consulta de oncología.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.2	Todos los servicios	Si la institución presta servicios quirúrgicos, de obstetricia, unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, urgencias de mediana o alta complejidad, dispone de los servicios
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.2	Todos los servicios	Transfusión sanguínea o Banco de Sangre, 24 horas.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.2	Todos los servicios	Quirófano.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.2	Todos los servicios	Nutrición.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.2	Todos los servicios	Terapia respiratoria.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.2	Todos los servicios	Debe tener disponibilidad del servicio de Ambulancia

RESOLUCION 2680 DE 2007	7.5	Todos los servicios	Los servicios que requieren proceso de esterilización deberán disponer de este servicio
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.12	Servicios quirurgicos hospitalarios o ambulatorios	Si presta Servicios Quirúrgicos Hospitalarios de alta complejidad dispone de Unidad de Cuidado Intensivo.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.12	Servicios quirurgicos hospitalarios o ambulatorios	Si la institución presta Servicios Quirúrgicos Hospitalarios de mediana complejidad dispone o tiene disponibilidad de Unidad de Cuidado Intermedio y de Unidad de Cuidado Intensivo.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.12	Servicios quirurgicos hospitalarios o ambulatorios	Si presta servicios Quirúrgicos ambulatorios de mediana complejidad, dispone de servicios de esterilización y farmacéutico, con disponibilidad de Unidad de Cuidado Intermedio e intensivo.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.12	Servicios quirurgicos hospitalarios o ambulatorios	deben tener disponibilidad de ambulancia de traslado asistencial medicalizado, que garantice la oportunidad de la atención.

• **SEGUIMIENTO DE RIESGOS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.1	Todos los servicios	Realiza los procedimientos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta, mediante el diseño y operacionalización de indicadores: ficha técnica del indicador, la estandarización de las fuentes, la definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.1	Todos los servicios	Realiza los procedimientos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta, mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas - anésteicas - terapéuticas
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.2	Todos los servicios	Realiza procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad

7.2.3 Quimioterapia

- **RECURSO HUMANO**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.1	Todos los servicios	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.1	Todos los servicios	En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.1	Todos los servicios	Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

RESOLUCION 1043 DE 2006	1.2	Todos los servicios	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.3	Todos los servicios	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.3	Todos los servicios	La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.3	Todos los servicios	Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.4	Todos los servicios	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.

RESOLUCION 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.5	Todos los servicios	El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.6	Todos los servicios	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente –asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.6	Todos los servicios	La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.

RESOLUCION 1043 DE 2006	1.7	Todos los servicios	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.8	Todos los servicios	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.8	Todos los servicios	De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.45	Oncología Clínica	Si se presta el servicio de administración de agentes quimioterápicos, citotóxicos, citostáticos, biomoduladores, terapias biológicas etc., se debe contar con:
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.45	Oncología Clínica	Enfermera Oncóloga o con entrenamiento certificado en el área
RESOLUCION 1043 DE 2006	1.45	Oncología Clínica	Químico farmacéutico con entrenamiento certificado en el área.

• **INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES FISICAS Y MANTENIMIENTO**

RESOLUCIONES 4445 DE 2006, 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 10	instalaciones para suministro de agua	las instalaciones de agua serán diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 4	Localizacion	Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben estar localizadas en lugares que no presente problemas de polucion, siguiendo pautas de sobre zonificación existentes en cada ciudad para evitar el riesgo
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 11	instalaciones para evacuacion de residuos liquidos	Las instalaciones interiores para evacuación de residuos líquidos serán diseñadas para evitar obstrucciones, se impida el paso de gases y animales, escape de líquidos y evitar la conexión con tanques de almacenamiento de agua potable

RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 12	unidad sanitaria	Las instituciones instalaran en su área físicas destinada a los servicios de salud, por lo menos una unidad sanitaria que este separada por divisiones para facilitar la ventilación y fácil limpieza, un orinal, un dispensador de o bebedero por cada 50 personas
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 14	unidades de aseo	Todas las instituciones deben disponer de cuartos de aseo
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Los pisos deben ser impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, de fácil limpieza, uniformes para evitar los tropiezos y accidentes
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Tener nivelación adecuada para facilitar el drenaje
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	De material que no transmita ruido y vibración
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 25	los pisos	Estar contruidos de materiales conectados a polo de tierra
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 26	los cielo rasos, paredes y muros	Ser impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales como humedad, temperatura y combustibles
RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 26	los cielo rasos, paredes y muros	De superficie lisa y los materiales usados no contengan sustancias toxicas

RESOLUCION 4445 DE 1996	Articulo 26	los cielo rasos, paredes y muros	Las unidades donde se requiera limpieza profunda debe tener acabados de media caña
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.1	Todos los servicios	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.2	Todos los servicios	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.2	Todos los servicios	La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.3	Todos los servicios	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.7	Todos los servicios	Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.8	Todos los servicios	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.10	Todos los servicios	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.11	Todos los servicios	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.12	Todos los servicios	Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.26	Oncología Clínica	La sala de quimioterapia cuenta con: Sillas para administración de quimioterapia
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.26	Oncología Clínica	cama de tipo hospitalario para el uso de los pacientes que requieran administración de quimioterapia por varias horas
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.26	Oncología Clínica	equipos de venoclísis para administración de quimioterapia

RESOLUCION 1043 DE 2006	2.26	Oncología Clínica	carro de paro
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.26	Oncología Clínica	equipo básico de reanimación.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.26	Oncología Clínica	Si dispone y prepara los medicamentos para los pacientes en la misma zona, cuenta con: Área separada para preparación de drogas citotóxicas, con presión negativa, extractor de aire y cuenta con protección adecuada para quien los prepara.
RESOLUCION 1043 DE 2006	2.39	Oncología Clínica	Si ofrece quimioterapia, cuenta con área para preparación de medicamentos, independiente del sitio de administración
RESOLUCION 2680 DE 2007	2.7	Todos los servicios	La institución no debe estar localizada en lugares de riesgo continuo o inminente desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución.

• **DOTACIÓN - MANTENIMIENTO**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.1	Todos los servicios	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.1	Todos los servicios	Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.

RESOLUCION 1043 DE 2006	3.2	Todos los servicios	El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.3	Todos los servicios	Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	La sala de quimioterapia cuenta con:
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	Sillas para administración de quimioterapia
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	cama de tipo hospitalario para el uso de los pacientes que requieran administración de quimioterapia por varias horas
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	equipos de venoclísis para administración de quimioterapia
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	carro de paro
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	equipo básico de reanimación
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	Si dispone y prepara los medicamentos para los pacientes en la misma zona, cuenta con:

RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	Área separada para preparación de drogas citotóxicas, con presión negativa, extractor de aire
RESOLUCION 1043 DE 2006	3.26	Oncología Clínica	Cuenta con protección adecuada para quien los prepara.
RESOLUCION 3763 DE 2007	3.3	Todos los servicios	Se debe corregir la referencia hecha a “cm” debiendo ser “mm”.

• **MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

RESOLUCION 1043 DE 2006	4.1	Todos los servicios	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.2	Todos los servicios	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.3	Todos los servicios	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.3	Todos los servicios	En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.

RESOLUCION 1043 DE 2006	4.4	Todos los servicios	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.4	Todos los servicios	En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.5	Todos los servicios	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan
RESOLUCION 1043 DE 2006	4.5	Todos los servicios	El modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.

• **PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.1	Todos los servicios	La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.2	Todos los servicios	Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.3	Todos los servicios	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.4	Todos los servicios	Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.5	Todos los servicios	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.9	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.9	Todos los servicios	Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.11	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.12	Todos los servicios	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.15	Todos los servicios	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.

RESOLUCION 1043 DE 2006	5.16	Todos los servicios	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.19	Todos los servicios	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.
RESOLUCION 1043 DE 2006	5.32	Oncología clínica y Quimioterapia	Guías de atención sobre tratamiento con quimioterapia, cuando realice este procedimiento.
RESOLUCIÓN 2680 DE 2007	5.9	Todos los servicios	los profesionales independientes se acogerán a lo estipulado en la circular 047 de 2006 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
RESOLUCIÓN 2680 DE 2007	5.9	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios y similares. Para efectos del sistema de habilitación, deberán ajustarse al “Manual de Gestión Integral de Residuos hospitalarios y similares en Colombia” (Resolución 1164 de 2002), y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

- **HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.1	Todos los servicios	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.2	Todos los servicios	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.2	Todos los servicios	No necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.3	Todos los servicios	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.

RESOLUCION 1043 DE 2006	6.4	Todos los servicios	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.5	Todos los servicios	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.6	Todos los servicios	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.
RESOLUCION 1043 DE 2006	6.7	Todos los servicios	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.

• **INTERDEPENDENCIA CON LOS SERVICIOS**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	7.5	Todos los servicios	Los servicios que requieren proceso de esterilizacion deberan disponer de este servicio
RESOLUCION 1043 DE 2006	7.6	Todos los servicios	Si ofrece quimioterapia debe contar con servicio farmacéutico de alta complejidad.
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.5	Todos los servicios	Los servicios que requieren proceso de esterilizacion deberan disponer de este servicio
RESOLUCION 2680 DE 2007	7.6	Todos los servicios	Si ofrece quimioterapia debe disponer de servicio farmacéutico de alta complejidad

- **REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTE**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	8.1	Todos los servicios	Se tienen definidos los flujos de urgencias de pacientes

• **SEGUIMIENTO DE RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

RESOLUCIONES 1043 DE 2006, 2680 DE 2007 Y 3763 DE 2007	COD	SERVICIOS A LOS QUE APLICA EL ESTANDAR	CRITERIO
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.1	Todos los servicios	Realiza los procedimientos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta, mediante el diseño y operacionalización de indicadores: ficha técnica del indicador, la estandarización de las fuentes, la definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.1	Todos los servicios	Realiza los procedimientos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta, mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas - anestésicas - terapéuticas
RESOLUCION 1043 DE 2006	9.2	Todos los servicios	Realiza procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad

7.2.4 Radioterapia

Las acciones de promoción y prevención, para el control del cáncer y las de cuidado paliativo en casos de estado terminal del paciente, deben cumplir con los siguientes criterios:

Recurso Humano: hacer parte del grupo, coordinarlo y hacer presencia asistencial, un médico con especialidad clínica y/o quirúrgica con subespecialidad en oncología; enfermera jefe oncóloga o con entrenamiento certificado y el recurso humano requerido según la complejidad y la demanda de la unidad funcional.

La unidad funcional debe aplicar las guías y protocolos adoptados por el Ministerio de la Protección Social, así como los protocolos de investigación, los cuales deberán ser aprobados por el Comité de Ética médica de la Institución.

Infraestructura: deberá contar con central de mezclas exclusiva para la preparación de medicamentos antineoplásicos y todos los procedimientos que soporten los procedimientos y normas de bioseguridad, de acuerdo con los estándares internacionales definidos para estas unidades.

Interdependencia de servicios: deberá contar con servicio de ambulancia, procedimiento para referencia y contrarreferencia mediante la red de prestadores de las EPS's con las cuales posee convenio.

Hospitalización: La unidad funcional deberá disponer de servicios de hospitalización y en caso de no tenerlo la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

Rehabilitación: La Unidad Funcional deberá disponer un servicio de rehabilitación integral con enfoque amplio y multidisciplinario que permita promover la rehabilitación total del paciente y en caso de no tenerlo la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

Unidad de Cuidado Paliativo: La unidad funcional deberá implementar el programa de cuidado paliativo que permita brindar soporte desde el inicio del tratamiento previamente al inicio de la quimioterapia e igualmente a aquellos pacientes con fines paliativos, para lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia, la EPS coordinará este servicio con instituciones debidamente habilitadas vía referencia y contrarreferencia.

Parágrafo. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Unidades Funcionales de Cáncer, habilitadas, por el Ministerio de la Protección Social o quien este delegue, contarán con un Comité de Tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora, de control y asesoría sobre la enfermedad.

Servicio de farmacia:

Instalación de una Unidad de Mezclas Oncológicas cumpliendo las disposiciones del INVIMA (Resolución 1403 y 444 del Ministerio de Salud)

Recurso humano especializado

El recurso humano es un factor crítico de éxito para la prestación el funcionamiento de una unidad de oncología, esta requiere múltiples especialistas en especial de un oncólogo clínico, como eje fundamental de un servicio de oncología, este tiene de especial competencia el manejo de los fármacos antineoplásicos, dados los requerimientos de los pacientes con cáncer.

7.3. Definición de inversión

7.3.1 Costos de inversión, operación del servicio y mantenimiento

Consideraciones Generales

El análisis técnico del proyecto, permitirá calcular sus costos y gastos considerando e interrelacionando los objetivos, el tamaño, la tecnología, la localización, la infraestructura física, la programación y la estructura organizacional. Para las opciones técnicas viables, se calcularán los costos tanto de inversión como de operación del proyecto. Los costos pueden ser: costos de inversión o inversión realizada una única vez durante la ejecución del proyecto, y costos recurrentes que se refieren a los recursos necesarios para la operación o funcionamiento del proyecto.

Las inversiones a realizar para la ejecución del proyecto, pueden dividirse en áreas tales como: área locativa, infraestructura, prevención y mitigación ambiental, y equipo, desarrollo de recursos humanos y planificación de la operación. A continuación se definen estos componentes de costos.

7.3.2 Inversión Inicial

Las inversiones se asignarán a: adecuación del local (infraestructura física), equipamiento, desarrollo de recursos humanos y planificación de la operación.

COSTO DE LA INVERSIÓN	
DETALLE	VALOR
Inversión en Infraestructura (construcción de la Unidad) (4.2.5, página 49)	135.062.610
Inversión en Equipamiento (muebles y equipos)(4.2.6., página 54)	143.926.518

Provisión por los tres primeros meses de funcionamiento. (página 69)	53.831.862
• Talento Humano (por tres meses)	41.231.862
• Flujo de efectivo para otros gastos de funcionamiento por los tres meses.	12.600.000
TOTAL INVERSIÓN	\$386.652.852

El costo de la inversión expresa los factores técnicos (infraestructura física, equipamiento) e intelectuales (talento humano) necesarios para la prestación del servicio.

7.3.3 Inversión en equipamiento

Respecto al equipamiento, se relaciona un inventario físico cuantificado y valorado para la prestación del servicio, como es la consulta médica, procedimientos y aplicación de la quimioterapia, dando respuesta a la disponibilidad de los recursos necesarios de tipo físico.

Adicionalmente deben tomarse en cuenta dos aspectos relevantes respecto a los equipos y sus costos. En primer lugar, considerar su valor al término de la vida útil real definida, y además la posibilidad de programar las inversiones de reemplazo de aquellos equipos cuya vida útil termina antes de que termine la vida útil del proyecto. Segundo, determinar las necesidades de mantenimiento de los equipos, lo que también es aplicable a la infraestructura para ser incluidos en los costos de operación del proyecto.

INVERSION EN EQUIPAMIENTO	
CONSULTORIOS	9.586.397
SALA DE PROCEDIMIENTOS ADULTOS	2.058.558
SALA ADULTOS	19.702.672
SALA DE PEDIATRÍA	6.812.800
FARMACIA	6.685.906
RECEPCIÓN Y FACTURACIÓN	4.326.214
REUNIONES y/o contabilidad	3.038.849
ADMON Y GERENCIA	2.797.806
EQUIPO DE OFICINA	26.907.772
IMPLEMENOS VARIOS	4.236.750
EQUIPO MEDICO	33.374.272

SALA DE ESPERA	7,877,720
RECEPCIÓN	1,914,000
CONSULTORIO	1,352,792
SALA DE PROCEDIMIENTOS NIÑOS (AS)	1,317,628
EQUIPO DE OFICINA	4,976,400
INSTALACION DE REDES	6,960,000
VALOR TOTAL EQUIPAMIENTO	\$143.926.518

8. CONCLUSIONES

Se resalta el acompañamiento y compromiso de los directivos de la institución para la implementación de nuevas unidades de negocio, lo que permitirá ofrecer más y mejores servicios de alta complejidad para el departamento de Antioquia y sus alrededores, haciendo que se mejore el acceso a este tipo de servicios.

Implementar nuevas unidades, requiere de grandes inversiones en capital Humano, infraestructura y demás recursos que permitan dar cumplimiento a la variedad de normas que rigen el sector salud.

La unidad de oncología permitirá mejorar la oferta de servicios para el tratamiento contra el cáncer ante el evidente número de pacientes que requieren este tipo de tratamiento integral, a los cuales muchas veces el acceso es limitado.

Desarrollar este proyecto, permite adquirir conocimientos referente al cáncer, la cual es una de las patologías que más muertes genera en todo el mundo y que afortunadamente nuestras instituciones están buscando ofrecer cada vez mejores tecnologías para su atención.

De acuerdo a la revisión del estudio de oferta y demanda para la implementación de servicios de alta complejidad en la clínica León XIII, se concluye que desarrollar servicios de alta complejidad en las IPS, supone una mayor oferta a los usuarios, pero también un mejoramiento de los ingresos para las instituciones.

La IPS UNIVERSITARIA es una institución nueva que lleva 3 años de operación en la sede Clínica León XIII, la cual presenta un crecimiento diferencial gracias a la dinámica de su modelo gerencial y a la ejecución de grandes proyectos que hacen de esta una institución con buena participación en el mercado de la prestación de servicios de salud.

9. RECOMENDACIONES

La IPS UNIVERSITARIA debe evaluar la infraestructura física actual y la que se necesita para adecuar la Unidad Oncológica, y de esta manera considerar si cuenta con el espacio y la inversión necesaria para este proyecto.

Constituir alianzas estratégicas con Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud IPS, que se encuentren en zonas de difícil acceso del país y brinden una atención primaria en cáncer, para crear una alternativa de atención especializada en la Unidad de Oncología de la IPS UNIVERSITARIA y brindar soporte en interpretación de estudios imagenológicos, de patología y telemedicina.

Buscar el acompañamiento y apoyo de la Universidad de Antioquia, de entes gubernamentales y no gubernamentales a nivel nacional e internacional para desarrollar y fortalecer las líneas de investigación y desarrollo, con énfasis en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación integral del cáncer.

Apoyar a la Universidad de Antioquia en la apertura del postgrado de Rehabilitación Oncológica, ya que Colombia solo cuenta con un profesional en el área, y es recurso humano fundamental en atención integral y calidad de vida de los usuarios.

El modelo de atención deberá contar a futuro con un programa de asistencia domiciliaria, donde el paciente pueda ser apoyado por profesionales de la salud durante su proceso de rehabilitación.

Desarrollar un proyecto solidario que permita ayudar a pacientes con cáncer de bajos recursos o con condiciones especiales con miras a mejorar la adherencia al programa y brindar apoyo a los pacientes que lo requieran.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional para el control del Cáncer 2010-2019. Instituto Nacional de Cancerología, Febrero, 2010.
2. Colombia, el Congreso de la República. Ley 1384, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, 19 de Abril, 2010
3. WIESNER, CAROLINA, TOVAR SANDRA, CENDALES RICARDO, VEJARANO MARCELA. Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio de Soacha. En: Revista Colombiana de Cancerología: Artículos originales. Vol 2, No. 10 2006; p. 98-108. Suarez Sánchez F, Quintero Posada E. Conceptos preliminares sobre los servicios oncológicos en Colombia. Rev Colomb Cancerol 2008; 12(1): 12 – 22
4. WIESNER, CAROLINA et al. M. El control del cáncer cervicouterino en Colombia: Percepción de los actores del sistema de salud. En: Revista Panamericana de Salud Pública 2009; 25(1): 1-8.
5. El cáncer es una de las principales causas de mortalidad. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.infocancer.org.mx/el-cancer-es-una-de-las-principales-causas-de-mortalidad> Consulta: 10 de Marzo de 2.010.
6. Suárez F, Quintero Á. Conceptos preliminares sobre los servicios oncológicos en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología 2.008; 12(1):12-22. Bogotá
7. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de situación de salud. Boletín Epidemiológico OPS 2001; 22(4): 1-5.
8. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007, agosto 10, por el cual se reglamenta el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: El Ministerio; 2007. Capítulo II.
9. Unión Temporal de la Universidad de Antioquia, Asesorías y Soluciones Integrales en Salud. Estudio de demanda y oferta de servicios de salud de alta complejidad en el área de influencia de la Clínica León XIII, y su proyección de la organización institucional y los servicios que debe ofrecer en su portafolio. Medellín; 2009.
10. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007, agosto 10, por el cual se reglamenta el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: El Ministerio; 2007. Capítulo II.
11. Villalva J. Cáncer. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/cance/cance.shtml> Consulta: 19 de agosto de 2010.
12. Lewis Merie J. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. OPS:2004
13. Organization, Development, Quality Assurance and Radiation Protection in Radiology Services: Imaging and Radiation Therapy, PAHO/WHO, 1997

14. PRIETO HERRERA, Jorge Eliécer. Los proyectos: la razón de ser del presente. 2.ed. Bogotá: Ecoe Ediciones Ltda, 2005.180p.
15. Aspectos Generales. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://theeagle.galeon.com/> Consulta: 25 de agosto de 2010
16. Colombia, Hidrografía. [Sitio en internet]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Colombia#Hidrograf.C3.ADA> Consulta: 25 de agosto de 2010
17. La geografía. [Sitio en internet]. Disponible en : http://www.livingcol.com/livingcol/Datos/aspectos_generales.php Consulta: 25 de agosto de 2010
18. El clima. [Sitio en internet]. Disponible en : http://www.livingcol.com/livingcol/Datos/aspectos_generales.php Consulta: 25 de agosto de 2010
19. Globocan 2002 [Programa de computador]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2000
20. Registro poblacional de cáncer de Cali, Universidad del Valle. Estadísticas, Incidencia. Consultado: Septiembre, 2010. Disponible en: <http://rpcc.univalle.edu.co/es/incidencias/Estadisticas/index.php>
21. Uribe C, Meza E. Incidencia del Cáncer en Bucaramanga. Med Unab 2007;108(3): 147-172.
22. Murillo R, Piñeros M, Hernandez G. Atlas de mortalidad por Cáncer en Colombia. Bogotá. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi; Bogotá: Imprenta Nacional; 2004.
23. Murillo R, Díaz S, Sánchez O, Perry F, Piñeros M, Poveda C et al. Pilot Implementation of Breast Cancer Early Detection Programs in Colombia. Breast Care 2008; 3:29-32.
24. Piñeros M, Hernández G, Bray F. Increasing Mortality rates of common malignancies in Colombia. An emerging problem. Cancer 2004; 101(10): 2285-2292.
25. González M, y cols. Tendencias de la mortalidad por cáncer en Colombia 1985-2005. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2003; 8(3):41-50
26. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García AO y cols. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. Rev Colomb Cancerol 2008;12(4):181-190
27. Bravo LE, Carrascal E, García LE, Collazos T, Gutiérrez A. Supervivencia de cáncer de cuello uterino en Cali: un estudio de base poblacional. Informe técnico Convenio 941-2006 suscrito entre el INC y la Universidad del Valle
28. Bravo LE, García LE, Gutiérrez A, Collazos PA. Cáncer infantil en Cali: un estudio de base poblacional 1994-2003. Informe final. Informe técnico Convenio 917 – 2008 suscrito entre el INC y la Universidad del Valle
29. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Visión Colombia II Centenario: 2019. Disponible en: [http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Políticas de estado](http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Políticas_de_estado). Consultado: Septiembre 2010
30. Bray F, Moller B. Predicting the future burden of cancer. Nat Rev Cancer 2006;6(1):63-74

31. Harvard School of Public Health, Harvard Center for Cancer Prevention. Causes of Human Cancer. *Cancer Causes and Control* 1996;7(1):S3-S4
32. República de Colombia, Ministerio de Salud. I Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. ENFRECI Colombia, Ministerio de Salud 1995
33. República de Colombia, Ministerio de Salud. III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSABIII. II Estudio Nacional Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas Serie Documentos Técnicos ENFRECI Colombia, Ministerio de Salud 1999
34. Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de Salud, Resultados Nacionales. En prensa Bogotá, 2008.
35. Pardo C, Piñeros M. Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes de cinco ciudades Colombianas. *Biomédica*, en prensa.
36. Instituto colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Encuesta Nacional de situación nutricional ENSIN
37. República de Colombia, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Ozono. Bogotá: IDEAM;2002
38. Antioquia. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://es.wikipedia.org/wiki/Antioquia> Consulta: 25 de agosto de 2010
39. Fisiografía. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://es.wikipedia.org/wiki/Antioquia#Fisiograf.C3.ADA> Consulta: Agosto 2010
40. Hidrografía. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://es.wikipedia.org/wiki/Antioquia#Fisiograf.C3.ADA> Consulta: Agosto 2010
41. Municipios y Organización Territorial. [Sitio en internet]. Disponible en : http://es.wikipedia.org/wiki/Antioquia#Municipios_y_organizaci.C3.B3n_territorial Consulta: Agosto de 2010
42. [Sitio en internet]. Disponible en : http://www.co.allbiz.info/regions/?fuseaction=adm_oda.showSection&rgn_id=2&sc_id=4 Consulta: Agosto 2010
43. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Población. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/poblacion> Consulta: Agosto 2010
44. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas -DANE- Certificado individual de defunción_2005. [Sitio en internet]. Disponible en : http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/#twoj_fragment1-3 Consulta: Junio 2010
45. Dirección Seccional de Salud de Antioquia _ Anuario Estadísticos 2006_2007 [Sitio en internet]. Disponible en : <http://www.dssa.gov.co/> Consulta: Agosto 2010
46. CIE 10, 20 primeras causas. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://consultamedica.sistemasintegradosjg.com/cie10.pdf> Consulta: junio 2010
47. Mortalidad. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad> Consulta: Agosto 2010

48. República de Colombia, Presidencia de la República. Álvaro Uribe Vélez. Informe al Congreso 2009. Bogotá: Imprenta Nacional, 2009, p. 82-85
49. República de Colombia, Congreso de la República. Ley 1335 "Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población Colombiana". Julio 21 de 2009
50. Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados. Colombia 2005. Rev Salud Pública 2007;9(3):327-341
51. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa OA, Jerónimo J et al. Cervical Cancer screening programs in Latin America And The Caribbean. Vaccine 2008; 26S: L37-L48
52. Cendales R, Wiesner C, Murillo R, Piñeros M, Tovar S, Mejía JC. La calidad de las citologías para tamización de cáncer de cuello uterino en Colombia: un estudio de concordancia. Biomédica 2010; 30(1).
53. Arboleda W, Murillo R, Piñeros R, Perry F, Diaz S, Salguero E y cols. Cobertura de exámen Clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en mujeres bogotanas Rev Colomb Cancerol 2009;13(2):69-76
54. Registro poblacional de cáncer de Antioquia, dirección seccional de salud de Antioquia-Boletín información para la acción- BIA- Medellín, octubre de 2006
55. Salud, Medellín, Colombia su mejor destino en Salud. [Sitio en internet]. Disponible en : <http://www.camaramedellin.com.co/simposiointernacionaldesalud/salud.html> Consulta: Septiembre 2010