

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN DEL ÁREA
ASISTENCIAL DEL GRUPO NEUROCIENCIAS DE ANTIOQUIA**

**YESSICA ALEJANDRINA ISAZA NOVOA
VIVIANA ANDREA JIMÉNEZ VELÁSQUEZ
MARIA PAULINA SUÁREZ ROLDÁN**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN AUDITORIA EN SALUD - COHORTE 53
MEDELLIN
2011**

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN DEL ÁREA
ASISTENCIAL DEL GRUPO NEUROCIENCIAS DE ANTIOQUIA**

**YESSICA ALEJANDRINA ISAZA NOVOA
VIVIANA ANDREA JIMÉNEZ VELÁSQUEZ
MARIA PAULINA SUÁREZ ROLDÁN**

Trabajo De Grado para optar el título de Especialista en Auditoria en Salud

**ASESORA
BEATRIZ TORRES AVENDAÑO
ESPECIALISTA EN AUDITORA EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
SALUD PÚBLICA
MEDELLIN**

Nota de aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, 15 de Noviembre de 2011

AGRADECIMIENTOS

*A la Doctora Clara Mónica Uribe por su valiosa colaboración y apoyo.
Al Grupo Neurociencias de Antioquia por permitirnos poner en práctica nuestros
conocimientos.*

*A la Enfermera Jefe Beatriz Torres Avendaño por su dedicación, compromiso y
apoyo.*

Y a todos nuestros seres queridos por acompañarnos en este proceso.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1. OBJETIVOS	14
1.1 Objetivo General.....	14
1.2 Objetivos Específicos.....	14
2. MARCO DE REFERENCIA.....	15
2.1 MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL (2).....	15
2.1.1 Misión.....	15
2.1.2 Visión	16
2.1.3 Valores	16
2.1.4 Portafolio de Servicios.....	16
3. MARCO LEGAL Y CONCEPTUAL.....	19
3.1 Estándar número 1 - Recurso Humano	20
3.2 Estándar número 2 - Infraestructura – instalaciones físicas – mantenimiento	20
3.3 Estándar número 3 - Dotación y mantenimiento.....	21
3.4 Estándar número 4 - Medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión.....	21
3.5 Estándar número 5 - Procesos prioritarios asistenciales	21
3.6 Estándar número 6 - Historia clínica y registros asistenciales	21
3.7 Estándar número 7- Interdependencia de servicios.....	21
3.8 Estándar número 8 - Referencia de pacientes.....	21
3.9 Estándar número 9 - Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud	22
4. EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL GRUPO NEUROCIENCIAS DE ANTIOQUIA.....	23
4.1 ESTANDAR NUMERO 1 - RECURSO HUMANO	23
4.1.1 Estándar	23
4.1.2 Criterios de Evaluación	23
4.1.3 Evaluación.....	24
4.1.4 Hallazgos	24
4.1.5 Planes de Mejoramiento.....	25
4.2 ESTANDAR NUMERO 2 - INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES FÍSICAS Y MANTENIMIENTO	26
4.2.1 Estándar	26

4.2.2	Criterios de Evaluación	26
4.2.3	Evaluación.....	27
4.2.4	Hallazgos	27
4.2.5	Planes de Mejoramiento.....	28
4.3	ESTANDAR NÚMERO 3 - DOTACION Y EQUIPOS- MANTENIMIENTO	28
4.3.1	Estándar	28
4.3.2	Criterios de Evaluación	28
4.3.3	Evaluación.....	29
4.3.4	Hallazgos	29
4.3.5	Planes de mejoramiento.....	29
4.4	ESTANDAR NUMERO 4 - MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS NO APLICA.....	30
4.4.1	Estándar	30
4.5	ESTANDAR NÚMERO 5 - PROCESOS PRIORITARIOS:	30
4.5.1	Estándar	30
4.5.2	Criterios de Evaluación	30
4.5.3	Evaluación.....	31
4.5.4	Hallazgos	31
4.5.5	Planes de mejoramiento.....	32
4.6	ESTANDAR NUMERO 6 - HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES	33
4.6.1	Estándar	33
4.6.2	Criterios de Evaluación	33
4.6.3	Evaluación.....	34
4.6.4	Hallazgos	34
4.6.5	Planes de mejoramiento.....	35
4.7	ESTANDAR NUMERO 7 - INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS: NO APLICA.....	36
4.7.1	Estándar	36
4.8	ESTANDAR NUMERO 8 - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA.....	36
4.8.1	Estándar	36
4.8.2	Criterios de Evaluación	36
4.8.3	Evaluación.....	36
4.8.4	Hallazgos	36
4.8.5	Planes de mejoramiento.....	37
4.9	ESTANDAR NUMERO 9 - SEGUIMIENTO A RIESGOS.....	38
4.9.1	Estándar	38
4.9.2	Criterios de Evaluación	38

4.9.3	Evaluación.....	38	
4.9.4	Hallazgos	39	
4.9.5	Planes de mejoramiento.....	39	
5. EVALUACIÓN SERVICIO DEL LABORATORIO CLINICO DEL GRUPO NEUROCIENCIAS DE ANTIOQUIA.			41
5.1	ESTÁNDAR RECURSO HUMANO	42	
5.2	ESTÁNDAR INFRAESTRUCTURA	43	
5.3	ESTÁNDAR DOTACIÓN - MANTENIMIENTO	45	
5.4	ESTÁNDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.....	46	
5.5	ESTÁNDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.....	48	
5.6	ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	50	
5.7	ESTÁNDAR HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES	52	
5.8	ESTÁNDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	53	
5.9	ESTÁNDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	53	
5.10	ESTÁNDAR SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS	53	
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.			55
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA			64

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Lista de chequeo, servicio de Consulta Externa.

GLOSARIO (1)

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

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

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

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.

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

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

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se

consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

RESUMEN

La evaluación de los estándares del Sistema Único de Habilitación de los servicios de consulta externa y de laboratorio clínico del Grupo Neurociencias de Antioquia se realizó con la finalidad de ajustar su cumplimiento a la normatividad vigente y de igual manera elaborar un plan de mejoramiento que sea el medio para lograrlo. Se realizaron listas de chequeo para verificar el cumplimiento de los estándares y varias visitas para su aplicación. Se encontraron como hallazgos importantes en el servicio de consulta externa, la ausencia de guías de práctica clínica y de indicadores para evaluación y seguimiento de riesgos y atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. En el laboratorio se encontraron varios estándares sin desarrollar que son necesarios para la habilitación del laboratorio de investigación. Finalmente se recomienda la implementación de un procedimiento de auditoría interna, que facilite el autocontrol en ambos servicios.

SUMMARY

The evaluation standards of the Unified System of Evaluation of outpatient services and clinical laboratory of the Antioquia's Neurosciences Group were held in order to adjust their compliance to the effective regulations and equally develop an improvement plan that is the platform to do so. Checklists were conducted to verify compliance with the standards and several visits for its application. Significant findings were found in the outpatient service such as the absence of clinical practice guidelines and indicators for assessing and monitoring risks and attributes of the Mandatory Quality Assurance System. In the laboratory, several undeveloped standards were found which are necessary for enabling the research laboratory as a clinical laboratory. Finally we recommend the implementation of an internal audit procedure that facilitates automatic control in both services.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, a través de la normatividad vigente, pretende controlar el riesgo en la prestación de servicios de salud mediante el sistema único de habilitación, por medio de este es posible estandarizar las condiciones básicas que deben tener los prestadores y que facilitan implementar posteriormente un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

El auditor en salud, debe estar capacitado para evaluar el cumplimiento de estándares de habilitación y generar planes de mejoramiento al respecto. El trabajo de grado para optar al título de Especialista en Auditoría en salud se presenta como una opción para complementar el desarrollo de habilidades en la evaluación de estándares del Sistema Único de Habilitación y contribuir en el mejoramiento de una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Por esta razón el grupo de trabajo de grado decidió poner en práctica los conocimientos adquiridos en el campo académico y evaluar la adherencia al cumplimiento de estándares de habilitación del Grupo Neurociencias de Antioquia y generar planes de mejoramiento que permitan a esta institución el cumplimiento de la norma, minimizar los riesgos en la prestación de los servicios de salud y aumentar su competitividad.

Al respecto, el Grupo Neurociencias de Antioquia es un grupo de investigación de la Universidad de Antioquia, que presta servicios de consulta médica especializada en apoyo a sus actividades de investigación, con independencia administrativa, pero que tiene contratada la operativización de algunas actividades, al igual que el manejo de su portafolio de servicios con la IPS Universitaria, en conjunto con otros grupos de investigación que también prestan consulta asistencial.

Dedicados al estudio de enfermedades neurodegenerativas, el grupo Neurociencias contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de pacientes con enfermedades Neurodegenerativas, como Alzheimer y Parkinson, que afectan a una amplia población del Departamento de Antioquia. Desde el año 2000 fue catalogado como grupo de Excelencia por Colciencias con el nombre de “Grupo de Neurociencias de Antioquia”. Desde entonces ha fortalecido el trabajo multi e interdisciplinario y la actividad investigativa se ha dirigido a la neurología, neuropsicología, neurociencias aplicadas y neurobiología del comportamiento; además ha venido creciendo, tanto en infraestructura física como en avances médicos y tecnológicos, demostrando que efectivamente es una institución que trabaja con procedimientos administrativos ágiles, además de la competencia que caracteriza la formación académica de sus especialistas, la seriedad el entusiasmo y el enfoque humanístico. Las actividades de investigación y

formación del Grupo de Neurociencias están dirigidas a mejorar el sistema educativo y a mejorar la calidad de vida de las personas o poblaciones para quienes estas acciones tengan aplicabilidad (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Finalmente, al estar el auditor capacitado para evaluar un sistema prestador de servicios de salud y proponer alternativas de mejoramiento, diseñar, dirigir y ejecutar programas de auditoría en salud, con un enfoque gerencial considerando como núcleo básico la calidad de la atención y el servicio al cliente, y asesorar a la alta gerencia de las instituciones de salud en la toma de decisiones para el mejoramiento de la eficiencia y eficacia en la prestación del servicio de salud; se considera pertinente contribuir con la asesoría, para evaluar los estándares del sistema único de habilitación, y generar de este proceso de evaluación los planes de mejoramiento que permitan a la institución ajustarse al cumplimiento de la normatividad vigente.

1. OBJETIVOS

1.1 Objetivo General

Evaluar el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación del Servicio de consulta externa y de Laboratorio Clínico del Grupo Neurociencias de Antioquia con el fin de ajustar su cumplimiento a los estándares de la normatividad vigente.

1.2 Objetivos Específicos

- Elaborar un diagnóstico general del cumplimiento de estándares del Sistema Único de Habilitación en el área de consulta externa del área asistencial del Grupo Neurociencias de Antioquia.
- Determinar los estándares del Sistema Único de Habilitación que se incumplen para habilitar el servicio de Laboratorio Clínico.
- Elaborar un plan de mejoramiento que permita al Grupo Neurociencias de Antioquia cumplir con los estándares Mínimos del Sistema único de Habilitación.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.)

El Grupo Neurociencias de Antioquia, hace parte de la Universidad de Antioquia y se encuentra ubicado en la Sede de Investigación Universitaria (SIU). En este edificio la Universidad dispone de espacios para sus actividades de investigación, Docencia y Extensión.

El Grupo Neurociencias de Antioquia se encuentra distribuido en dos grandes áreas:

1. El área de investigación, que investiga los aspectos básicos y aplicados de las funciones y alteraciones del sistema nervioso en tres áreas temáticas:
 - Investigación básica en enfermedades neurodegenerativas, neuroquímica y biología molecular.
 - Neurobiología celular y molecular
 - Neurociencia cognitiva, clínica y aplicada.

El área de investigación también cuenta con el Neurobanco, un banco de cerebros que recibe donaciones de cerebros sanos y patológicos de personas que han decidido donar su cerebro al momento de su fallecimiento, para facilitar la investigación de los problemas que afectan al sistema nervioso en el ciclo vital.

2. El área asistencial ambulatoria que realiza consultas asistenciales para:
 - Consulta neurológica especializada del comportamiento
 - Evaluación neuropsicológica
 - Evaluación del lenguaje
 - Rehabilitación cognitiva y del lenguaje
 - Consultoría médica para casos complejos

2.1.1 Misión

El Grupo de Neurociencias de Antioquia estudia la estructura, función y alteraciones del sistema nervioso durante el ciclo vital para contribuir a mejorar la calidad de vida a través de la investigación y la formación de recursos humanos desde el nivel de semilleros infantiles hasta el nivel de especialización, maestría y doctorado. El trabajo interdisciplinario conducente a la prevención y a las soluciones terapéuticas se realiza orientado por los valores de pertinencia social y académica, la validez científica, la deliberación crítica constructiva, el emprendimiento creativo, la innovación y la solidaridad.

2.1.2 Visión

En los próximos cinco años nos proyectamos a ser un Grupo de investigación de frontera en neurociencias con proyectos de investigación en Neurociencias básicas, clínicas y aplicadas, que fundamenten y consoliden programas de maestría, doctorado y semilleros para la formación de investigadores socialmente comprometidos con la prevención, rehabilitación y solución de los trastornos que afectan la salud de la población.

2.1.3 Valores

- **Capacidad de crítica constructiva**
Es la capacidad de criticar constructivamente nuestro quehacer y el de los demás miembros del grupo, siempre buscando crecer y madurar en nuestra formación personal. Para desarrollar este valor se requiere que cada persona en el Grupo ponga su saber y fortalezas al servicio de los demás y esté dispuesta a recibir y aceptar las de los demás para su crecimiento, apoyados en una comunicación fluida y respetuosa.
- **Creatividad e Innovación**
Es la capacidad de aprendizaje constante de los miembros del Grupo para replantear y actualizar continuamente nuestro quehacer y generar así nuevo conocimiento con impacto social.
- **Solidaridad y pertenencia**
El sentido de colaboración y compromiso son indispensables para el crecimiento personal y grupal y para la interacción de nuestro Grupo con otros grupos e instituciones

2.1.4 Portafolio de Servicios

2.1.4.1 Docencia

Pregrado

- Trabajo de grado: dirigido a estudiantes de la Universidad de Antioquia o de otras Universidades del país.
- Internado especial: dirigido a estudiantes de medicina interesados en una formación investigativa en neurociencias
- Centro de práctica: dirigido a estudiantes de psicología de la Universidad de Antioquia y de otras Universidades del país.

Posgrado

- Maestría y doctorado en neurociencias básicas: en convenio con la Corporación de Ciencias Básicas Biomédicas de la Facultad de Medicina y el Instituto de Biología de la Universidad de Antioquia.

- Maestría en Epidemiología clínica: en convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el Instituto de ciencias clínicas y quirúrgicas.
- Rotaciones específicas: dirigidas a Especialistas en neurología clínica, psiquiatría y fisiatría para recibir entrenamiento en los métodos de evaluación de la neurología del comportamiento y la neuropsicología.

Educación No Formal

- Cursos especializados en neurociencias básicas y aplicadas: curso nacional de neurobiología celular y molecular.
- Simposios: dirigidos a los profesionales, maestros, pacientes, familiares, estudiantes y comunidad en general.
Simposio de cuidadores para pacientes con demencias
Simposio de Trastornos de Déficit de Atención e Hiperactividad
- Semilleros: El Grupo fortalece la formación de neurocientíficos, quienes se forman en los problemas que investiga el grupo, adquiriendo y desarrollando habilidades de investigación, como garantía de la continuación y crecimiento de la labor investigativa hacia el futuro.
- Semillero Universitario: dirigido a jóvenes de pregrado pertenecientes a las diferentes disciplinas en la Universidad de Antioquia.
- Semillero Juvenil: dirigido a los estudiantes de bachillerato de los grados 9, 10 y 11 que desean ingresar a algún programa de pregrado relacionado con las neurociencias.
- Semillero Infantil: dirigido a niños de primaria y primeros grados de bachillerato con interés en las neurociencias.
- Pasantías: dirigidas a estudiantes de pregrado y posgrado, profesionales, investigadores y profesores de otras universidades del país o del exterior que solicitan estancias para entrenamientos de corta o de larga duración, en actividades específicas de investigación y extensión que se realizan el Grupo.

2.1.4.2 Extensión

Servicio de consulta clínica

El grupo de Investigación dispone de 4 consultorios en el área asistencial IPS-SIU para la prestación de los siguientes servicios:

- Consulta neurológica especializada del comportamiento
- Evaluación neuropsicológica
- Evaluación del lenguaje
- Rehabilitación cognitiva y del lenguaje
- Consultoría médica para casos complejos

Estos servicios están dirigidos a pacientes con demencias y enfermedades neurodegenerativas como: Alzheimer, Parkinson, Huntington, Cadasil, Demencia fronto-temporal, Hemocromatosis, Enfermedad de Wilson, Seudodemencias,

Secuelas de Trauma de Cráneo, Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad en niños escolares y/o en adultos, Trastornos del Desarrollo del Lenguaje y del aprendizaje escolar.

3. MARCO LEGAL Y CONCEPTUAL

Colombia es un estado social de derecho organizado en forma de república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la prevalencia del interés general; es uno de los principios fundamentales de la Constitución Política de Colombia de 1991 (3)

El Estado Colombiano tiene la obligación 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 (4).

La salud es considerada un bien exclusivo de un individuo y de ella depende que él sienta sufrimiento o invalidez, incluso como complicación la muerte, ninguna de estas tres opciones es elegida por una persona y el hecho de que se presente es algo inesperado pero en alguna circunstancia de la vida de cada individuo tendrá que aparecer. Por lo tanto la salud es un bien indispensable que debe tener cada individuo de esta sociedad indiscutiblemente tenga o no las condiciones económicas para financiar este derecho el cuál debería por ley ser cubierto a toda la población en general sin discriminación alguna (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**)

Es entendible que Colombia siendo un país con altos porcentajes de población con extrema pobreza, las familias no destinen parte de sus ingresos económicos a costear algún tipo de vinculación en salud cuando es más importante resolver necesidades básicas como alimentación y vivienda. Es por esto que el estado colombiano tiene una gran responsabilidad a nivel de financiación en servicios de salud (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Con la expedición de la Ley 715 de 2002, se ordena la creación del Sistema de Garantía de Calidad y del Sistema Único de Habilitación, entre otros temas. El Gobierno Nacional, mediante Decreto 2309 de 2002, hoy sustituido por el Decreto 1011 de 2006, reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el cual se incorporan cuatro componentes: el sistema único de acreditación; el sistema de información; la auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), y el sistema único de habilitación de prestadores y EPS (5)

La resolución 1043 de 2006 en el anexo técnico 2, tiene por objeto, orientar la verificación de las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, así como unificar en el territorio nacional, los conceptos básicos de evaluación de las condiciones tecnológicas y científicas, de suficiencia

patrimonial y financiera, y técnico administrativas, definidas para el sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud. Contiene aspectos complementarios y aclaratorios, a los establecidos en el Anexo Técnico No 1 o manual Único de Estándares y de Verificación (7).

Dado que el sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no solo establecer las condiciones mínimas de estructura, sino poder entender cómo éstas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención. Por esta razón, el manual desarrolla un capítulo donde se lista una serie de indicadores de seguimiento a riesgo (8).

Dichos indicadores deben servir de herramienta objetiva de medición y análisis del desempeño de cada uno de los servicios, los cuales deben ser punto de partida para el mejoramiento (9).

Se considera que la norma de habilitación es muy clara en brindar las pautas que deben precisar los servicios ofrecidos por una entidad prestadora de servicios de salud, debería contarse con la presencia de ciertas condiciones tanto tecnológicas como científicas resumidas en 9 estándares así: Recurso Humano; Infraestructura – instalaciones físicas – mantenimiento; dotación – mantenimiento; Medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión; Procesos prioritarios asistenciales; Historia clínica y registros asistenciales; Interdependencia de servicios; Referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud (10).

3.1 Estándar número 1 - Recurso Humano

Es importante que toda Entidad Administradora de planes de Beneficio (EAPB) cumpla con los requisitos mínimos para la prestación del servicio. Estos criterios incluyen el proceso para la selección del recurso humano asistencial, la verificación de títulos profesionales (copia de registro profesional de la seccional de salud del departamento, diploma de grado y copia de acta, copia de la respectiva convalidación de títulos profesionales por ASCOFAME, Ministerio de educación o ICFES cuando sea el caso, entre otros), el entrenamiento continuo, y el cubrimiento de cargos con profesionales idóneos.

El estándar también hace referencia a los convenios docencia – servicio que deben soportar por escrito objetivos, programa a desarrollar, plan de trabajo, servicios de la IPS donde se realiza la práctica, número de estudiantes, vigencia del convenio, mecanismos de supervisión al personal practicante (10).

3.2 Estándar número 2 - Infraestructura – instalaciones físicas – mantenimiento

Se deben cumplir ciertos requisitos del lugar para la prestación del servicio de salud como tamaño, ubicación física interna, acceso, funcionalidad y condiciones de mantenimiento apropiadas para la prestación de los servicios de salud de la IPS (10)

3.3 Estándar número 3 - Dotación y mantenimiento

Toda IPS cuenta con equipos biomédicos eléctricos o mecánicos para la prestación de sus servicios. Estos equipos deben tener hoja de vida, que evidencien las especificaciones técnicas, el manual de funcionamiento, las revisiones de mantenimiento preventivo y calibración a las cuales son sometidos, además de estar controlados por medio de inventarios.

También debe tenerse en cuenta la realización de pruebas de aceptación y de desempeño las cuales hacen parte de los controles de calidad de dichos equipos (10)

3.4 Estándar número 4 - Medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión

Las IPS que presten servicios donde se apliquen medicamentos y/o usen dispositivos médicos deben tener un listado donde estén relacionados la siguiente información: principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial para el caso de los medicamentos; y para los dispositivos médicos tener en cuenta el nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo (10).

3.5 Estándar número 5 - Procesos prioritarios asistenciales

El prestador debe elaborar las guías clínicas de atención, con base en las 10 primeras causas de morbilidad las cuales se extraen de las estadísticas que se obtienen de las atenciones prestadas en un determinado periodo de tiempo (10)

3.6 Estándar número 6 - Historia clínica y registros asistenciales

Son los requisitos mínimos que debe contener la historia clínica para su correcta gestión, diligenciamiento, conservación, custodia y confidencialidad. Toda IPS deberá contar con un proceso que evidencia la existencia de historia clínica única institucional por paciente. Dependiendo de los servicios que preste la IPS deberá contar con registros asistenciales que comprueban la información del número de usuarios atendidos por servicio diariamente.

Es importante tener en cuenta que la existencia del consentimiento informado expresa la autorización del paciente o familiares ante cualquier procedimiento o evento en salud que se presente (10).

3.7 Estándar número 7- Interdependencia de servicios

Hace referencia a las existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros y el flujo de pacientes en entre ellos (10).

3.8 Estándar número 8 - Referencia de pacientes

Toda IPS deberá tener el proceso de remisión interinstitucional, en caso de complicación o ausencia del servicio que requiera el paciente (10).

3.9 Estándar número 9 - Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud

Toda IPS deberá contar con una evaluación y seguimiento a riesgos presentados a los pacientes derivados de la prestación de un servicio; esos riesgos se deberán medir a través de indicadores. Algunos de estos eventos podrían ser: mortalidad, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, anestésicas, terapéuticas, fugas y suicidios de pacientes psiquiátricos en servicios de hospitalización (10).

4. EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL GRUPO NEUROCIENCIAS DE ANTIOQUIA.

La evaluación del Servicio de Consulta externa se realizó con la colaboración de la Doctora Clara Mónica Uribe, Coordinadora de Calidad y profesional asistencial del Grupo de Neurociencias de Antioquia.

Se utiliza como instrumento de trabajo las listas de chequeo para evaluación de los diferentes estándares. (Anexos 1)

4.1 ESTANDAR NUMERO 1 - RECURSO HUMANO

4.1.1 Estándar

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

4.1.2 Criterios de Evaluación

Para la auditoría del estándar número 1 - Recurso Humano: se utilizaron como criterios de auditoría.

- Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatoria de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 de 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1 y 2.) 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.
- Resolución 3763 de 18 de octubre 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.
- Resolución 2680 de 3 de agosto de 2007 con sus anexos 1-2 por la cual se modifican parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 4369 de 4 de diciembre de 2006 (acuerdos vigentes) por el cual se reglamenta el ejercicio de la actividad de las Empresas de Servicios Temporales y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 3616 de 10 de octubre de 2005 (acuerdos vigentes) por medio del cual se establecen las denominaciones de los auxiliares en las áreas de la salud, se adoptan sus perfiles ocupacionales y de formación, los requisitos básicos de calidad de sus programas y se dictan otras disposiciones.

- Norma Acuerdo 03 de 12 de mayo de 2003 Relación Docente - Asistencial (acuerdos vigentes) por el cual se adoptan los criterios de evaluación y verificación de los convenios Docente – Asistenciales necesarios para desarrollar los programas de pregrado o postgrado en el área de salud.

4.1.3 Evaluación

Se revisó la existencia de los siguientes documentos:

- Procedimiento de selección de recurso humano asistencial que incluya la verificación de títulos ante una institución reconocida por el Estado previo a la vinculación.
- Procedimiento para la supervisión del personal en entrenamiento por parte de recurso humano autorizado para prestar servicios de salud.
- Convenios docente – asistenciales elaborados con base en el Decreto 190 de 2006 y acuerdo 003 de 2003.
- Listado del recurso humano asistencial que presta directamente servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación y del tiempo asignado, que labore en la institución.
- Hojas de vida del personal asistencial vinculado a la institución independientemente del tipo de contrato y tiempo laborado, igualmente de aquel personal asistencial que preste algún servicio en la institución y hojas de personal que realiza mantenimiento a equipos biomédicos. Las hojas de vida deben contener como mínimo: Diplomas certificados de aptitud Ocupacional, certificados de Entrenamiento cuando el servicio lo requiera, resolución de registro en el Ministerio de salud y/o dirección seccional, Inscripción en la Dirección Seccional, si el registro es del Ministerio u otro departamento, documentos de convalidación ante ASCOFAME y/o ICFES y/o Ministerio de Educación.

4.1.4 Hallazgos

Fortalezas

- Se encontró el Procedimiento para la supervisión del personal en entrenamiento por parte de recurso humano autorizado para prestar servicios de salud.

Oportunidades de mejora

- Se evidencio un Procedimiento de Contratación del recurso humano asistencial que no incluye la verificación de títulos ante una institución reconocida por el estado, previo a la vinculación.
- No se encuentra convenios docente asistenciales con las universidades que tienen practicantes (hace falta el convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana).
- Se encuentra que la relación del personal está desactualizada y la documentación encontrada en las hojas de vida se encuentra incompleta.

- No se encontró la hoja de vida del profesional que realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos.
- El documento que contiene los perfiles del personal no está actualizado.

4.1.5 Planes de Mejoramiento

QUÉ?	POR QUÉ?	QUIÉN?	DÓNDE?	CUÁNDO?	CÓMO?
Actualización del procedimiento de contratación que contenga la verificación de títulos (ante los organismos reconocidos por el estado, previa vinculación).	A través de la respectiva verificación de títulos por entidades reconocidas del estado se hará una eficiente selección del recurso humano permitiendo elegir profesionales idóneos para la prestación de los servicios de salud.	Mary Luz Durango (Secretaria).	Grupo Neurociencias de Antioquia.	En un periodo de tres meses.	Actualizar, socializar y estandarizar el procedimiento.
Actualizar la documentación del convenio docente asistencial con la UPB	Para generar mayor compromiso con las instituciones educativas.	Doctora Clara Mónica Uribe (Fonoaudióloga – Coordinadora de Calidad.	Servicio de consulta externa.	En un periodo de dos meses.	Búsqueda de documentos y organización de estos.
Actualizar la relación del personal y completar las hojas de vida del personal que labora en el Grupo Neurociencias.	Es necesario contar con un archivo documental organizado, completo y actualizado.	Doctora Clara Mónica Uribe (Fonoaudióloga – Coordinadora de Calidad.) Mary Luz Durango (Secretaria.)	Oficina de Coordinadora de Calidad.	En un periodo de dos meses.	Realización de circulares dirigidas al personal de recurso humano contratado donde se proporcione información solicitando los documentos requeridos que hacen falta para actualizar la documentación
Ausencia de la hoja de vida del profesional que realiza el mantenimiento	Para garantizar la idoneidad del profesional que realiza el mantenimiento y	Doctora Clara Mónica Uribe (Fonoaudióloga – Coordinadora de Calidad.)	Oficina de Coordinadora de Calidad.	En un periodo de un mes.	Realización de circular dirigida al funcionario responsable del mantenimiento

de los equipos biomédicos.	calibración de equipos Biomédicos.	Mary Luz Durango (Secretaria.)			de equipos biomédicos donde se solicite la hoja de vida con sus respectivos soportes.
Actualización de los perfiles ocupacionales.	El tipo de personal que se contratará deberá cumplir con los requisitos legales de formación y entrenamiento reconocidos por el estado. Este se hará teniendo en cuenta los perfiles de recurso humano exigidos por cada servicio según la norma.	Marlene Jiménez del Rio (Jefe de Línea de investigación).	Servicio de laboratorio clínico.	En un periodo de tres meses.	Definición y actualización de los perfiles ocupacionales.

4.2 ESTANDAR NUMERO 2 - INFRAESTRUCTURA, INSTALACIONES FÍSICAS Y MANTENIMIENTO

4.2.1 Estándar

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

4.2.2 Criterios de Evaluación

Para la auditoría del estándar número 2 de Infraestructura, Instalaciones físicas y mantenimiento se utilizaron como criterios de auditoría:

- Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 de 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1 y 2.) 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.
- Resolución 3763 de 18 de octubre 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.

- Resolución 2183 de 9 de julio de 2004 por medio de la cual se adopta el Manual de Buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud.
- Resolución 1164 de 6 de septiembre de 2002 por el cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares.
- Decreto 2676 de 22 de diciembre de 2000 por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
- Resolución 4445 de 30 de diciembre de 1996 por el cual se dictan normas para el cumplimiento del título IV de la ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

4.2.3 Evaluación

Se realizó la evaluación por medio de la observación, soportado con una lista de chequeo.

4.2.4 Hallazgos

Fortalezas:

- Todas las áreas se encuentran señalizadas.
- Las uniones de paredes o muros tienen acabados en media caña.
- Se encuentran protecciones laterales en espacios libres con soporte en ambos lados al uso de escaleras.
- Instalaciones cómodas y funcionales para la atención de los pacientes y visitantes, con sala de espera y baños públicos.
- Posee un consultorio para realización de consulta externa que tiene una puerta de acceso hacia el parqueadero y la calle facilitando el desplazamiento y el ingreso del paciente con limitación física.
- La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica y sistemas de comunicación.
- Existencia de manual de bioseguridad en medio magnético.

Oportunidades de Mejora

- No se evidencia el manual de bioseguridad en medio físico
- Los techos y cielos rasos de la institución se encuentran expuestos evidenciándose el sistema de ventilación: extracción y aire acondicionado; no están elaborados con materiales de superficie lisa, sólida, ni lavables dificultando los procesos de limpieza y asepsia.

4.2.5 Planes de Mejoramiento

QUÉ	POR QUÉ?	QUIÉN?	DÓNDE?	CUANDO?	CÓMO?
Elaborar una copia física del manual de bioseguridad extraída del archivo existente en medio magnético.	Permite la consulta facilitando el conocimiento del manual por parte de los funcionarios del Instituto	Doctora Clara Mónica Uribe (Fonoaudióloga – Coordinadora de Calidad.)	Servicio de consulta externa	En un periodo de un mes.	Impresión y empaste de copia física, asignando un sitio donde deberá permanecer el manual y nombrando un responsable para su manejo y cuidado.

4.3 ESTANDAR NÚMERO 3 - DOTACION Y EQUIPOS- MANTENIMIENTO

4.3.1 Estándar

Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos biomédicos que utilizan en la prestación de los servicios de salud ofrecidos en el Grupo Neurociencias de Antioquia.

4.3.2 Criterios de Evaluación

Para la auditoría del estándar número 3 Dotación y equipos - mantenimiento se utilizaron como criterios de auditoría:

- Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 de 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1 y 2.) 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.
- Resolución 3763 de 18 de octubre 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.
- Decreto 4725 Diciembre 26 de 2005 por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización, y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.
- Circular externa 029 Marzo 13 de 1997 asunto inspección, vigilancia y control en la asignación y ejecución de los recursos destinados al

mantenimiento hospitalario en las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios de su jurisdicción.

4.3.3 Evaluación

Se revisa la carpeta de hojas de vida de los equipos biomédicos para los servicios habilitados. Se revisa el inventario de los equipos médicos con datos de marca, modelo, N° de serie, N° de inventario y servicio en el cual se encuentran:

7 equipos biomédicos distribuidos entre los dos consultorios médicos asistenciales: 2 equipos de órganos, 2 tensiómetros de pared, 2 tensiómetros de mano infantiles, y un equipo Medicid 5.

4.3.4 Hallazgos

Fortalezas:

- Se encuentra hoja de vida para cada uno de los equipos biomédicos encontrados en el inventario (una anual desde el año 2007) junto con los respectivos certificados de mantenimiento y calibración.
- Se encuentra el cronograma de mantenimiento y calibración de equipos médicos actualizados, observándose una periodicidad de un año. Se observa como última fecha de revisión 25 y 28 de febrero de 2011 para todos los equipos relacionados.
- Se encuentra certificados de calibración comparados con los equipos patrón, los reportes y la trazabilidad de los ingenieros.

Oportunidades de Mejora

- En el equipo Medicid 5, Electroencefalografía, sueño y Psicofisiología no se encuentra en uso, por este motivo no se evidencia mantenimiento preventivo desde el año 2009.
- Algunos equipos no se encuentran en el lugar que esta descrito en el inventario.
- Elaborar un procedimiento de limpieza y mantenimiento a nivel interno de los equipos por parte de la IPS el cual contenga plazos y responsables.

4.3.5 Planes de mejoramiento

QUÉ?	POR QUÉ?	QUIÉN?	DÓNDE?	CUÁNDO?	CÓMO?
Elaborar un plan de mantenimiento preventivo a todos los equipos biomédicos.	Para generar control y minimizar riesgos en la prestación del servicio	Francisco Piedrahita. (Enfermero Jefe.)	Servicio de consulta externa.	En un periodo de dos meses.	Elaboración e implementación del plan de mantenimiento.
Ubicar los equipos en el lugar que corresponden según inventario	Para generar coherencia y orden en el inventario	Francisco Piedrahita. (Enfermero Jefe.)	Servicio de consulta externa.	En un periodo de un mes.	Ubicar los equipos biomédicos de acuerdo al sitio descrito en el

de equipamiento medico					inventario
Ubicar el equipo Medicid 5, Electroencefalografía, sueño y Psicofisiología en una zona de almacenamiento.	Porque el equipo no se encuentra en uso y no tiene el mantenimiento preventivo al día.	Francisco Piedrahita. (Enfermero Jefe.)	Servicio de consulta externa.	En un periodo de un mes.	Ubicar temporalmente el equipo en un lugar que cumpla con las condiciones óptimas de almacenamiento, hasta el momento que se decida reiniciar su funcionamiento.

4.4 ESTANDAR NUMERO 4 - MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS NO APLICA

4.4.1 Estándar

El área asistencial del grupo de investigación de neurociencias no realiza almacenamiento, distribución y entrega de medicamentos para uso humano que condicione directamente riesgos en la prestación de los servicios, por esta razón este estándar no fue evaluado.

4.5 ESTANDAR NÚMERO 5 - PROCESOS PRIORITARIOS:

4.5.1 Estándar

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

4.5.2 Criterios de Evaluación

Para la auditoría del estándar 5 de procesos prioritarios asistenciales se utilizaron como criterios de auditoría:

- Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatoria de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 de 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1 y 2.) 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.

- Resolución 3763 de 18 de octubre 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.
- Resolución 2680 de 3 de agosto de 2007 con sus anexos 1-2 por la cual se modifican parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 2676 de 22 de diciembre de 2000. (Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.)
- Resolución 1164/2002 por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de residuos hospitalarios y similares.
- Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

4.5.3 Evaluación

Se revisó la existencia de los siguientes documentos:

- Listados de las 10 primeras causas de consulta o egreso del servicio de consulta externa
- Guías Clínicas de Atención.
- Protocolos de identificación del origen de la enfermedad y accidentes de trabajo para el servicio de consulta Externa.
- Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la atención en Salud (PAMEC).
- Proceso para la implementación del sistema de información para la Calidad de acuerdo al decreto 1011, la Resolución 1446 de 2006 y circular Única de la Supersalud de 2007.
- Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios tomando como referencia el Decreto 2676 de 2000 y la resolución 1164 de 2002.
- Guías y Manuales de Procedimientos específicos de acuerdo al servicio que oferte teniendo en cuenta el anexo técnico No. 1 Resolución 1043 de 2006.
- Manual de Bioseguridad.

4.5.4 Hallazgos

- El Grupo Neurociencias, por pertenecer a la Universidad de Antioquia cuya razón social es educación, no está obligado a implementar el componente de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Fortalezas

- Se encuentra el listado de las 10 causas principales de consulta en el área de consulta asistencial del Grupo Neurociencias de Antioquia.
- Se evidencia el manual Integral de Residuos Hospitalarios.

- Se encuentran procedimientos definidos para los diferentes tipos de consultas que se ofrecen. Estos procedimientos fueron elaborados por el mismo personal que lo ejecuta.
- Se encuentra el plan de gestión de residuos hospitalarios implementado y socializado en la institución.
- Se encontraron los Protocolos de identificación del origen de la enfermedad en el servicio socializados en la institución.

Oportunidades de Mejora

- No se encuentran Guías clínicas de atención.
- No se evidencia el Proceso para la implementación del sistema de información para la Calidad de acuerdo al decreto 1011, la Resolución 1446 de 2006 y circular Única de la Supersalud de 2007.
- No se encontró el protocolo de accidentes de trabajo para los servicios de consulta Externa.

4.5.5 Planes de mejoramiento

QUÉ	POR QUÉ?	QUIÉN?	DÓNDE?	CUÁNDO?	CÓMO?
Elaboración, divulgación e implementación de Guías clínicas de atención	Es necesario estandarizar los procesos para mejorar calidad en la atención y de esta manera disminuir los eventos adversos	Doctora Sonia Moreno para el área de Neurosicológica Doctora Clara Mónica Uribe para para el área de terapia del lenguaje. Doctor Francisco Lopera para para el área de Neurología.	Instalaciones del Grupo Neurociencias de Antioquia	En un periodo de 3 meses	Elaborando guías de atención basadas en la evidencia y/o adaptar Guías clínicas de otras Instituciones.
Implementar el procedimiento de consolidación, reporte y análisis que permita desarrollar el sistema de información para la Calidad de acuerdo al decreto 1011, la Resolución 1446 de 2006 y circular Única	Encontrar las fortalezas y debilidades en la prestación del servicio, con el fin de realizar planes de mejora que cierren las brechas encontradas.	Doctora Clara Mónica Uribe Fonoaudióloga y coordinadora de calidad.	Instalaciones del Grupo Neurociencias de Antioquia.	En un periodo de 3 meses	Implementar el sistema de información para la calidad según normatividad vigente

de la Supersalud de 2007.					
Elaborar el protocolo de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.	Para identificar y gestionar los riesgos presentes en el servicio y de esta manera velar por el bienestar de los empleados.	Doctora Clara Mónica Uribe Fonoaudióloga y coordinadora de calidad apoyada por la ARP.	Instalaciones del Grupo Neurociencias de Antioquia.	En un periodo de 3 meses	Creando un grupo de trabajo interdisciplinario que identifique y gestione los riesgos. Buscar asesoría de la ARP.

4.6 ESTANDAR NUMERO 6 - HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

4.6.1 Estándar

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

4.6.2 Criterios de Evaluación

Para la auditoría del estándar número 6: Historias Clínicas y registros asistenciales se emplearon los siguientes criterios:

Para la auditoría del estándar número 6: historia clínica y registros asistenciales, se utilizaron como criterios de auditoría:

- Decreto 1011 de 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatoria de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 de 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1 y 2.) 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.
- Resolución 3763 de 18 de octubre 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.
- Resolución 2680 de 3 de agosto de 2007 con sus anexos 1-2 por la cual se modifican parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 1995 de 1999 para manejo de Historias clínicas.
- Resolución 1715 de 2005 (Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución número 001715 de 2005, modificó parcialmente la Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecieron normas para el manejo de la Historia Clínica) DEROGADA mediante resolución 058 de 2007.

4.6.3 Evaluación

Se revisa la existencia de los siguientes documentos:

- Procedimiento para la apertura y el archivo de la historia clínica.
- Procedimiento que garantice la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
- Procedimiento para utilizar la historia clínica única y para el registro de entrada y salida de historias del archivo.
- Procedimiento para los programas automatizados, que se utilicen para el manejo de Historias clínicas así como sus equipos y soportes documentales.
- Mecanismos de seguridad que incluya la custodia y conservación integral.
- Registros de acuerdo al servicio específico ofertado de acuerdo con el anexo técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006.
- Se verifica la existencia de un comité de Historias clínicas.

4.6.4 Hallazgos

Fortalezas

- Existe un procedimiento para la custodia y conservación de las historias clínicas físicas en el que se contemplan como debe ser la apertura, las características del archivo, del almacenamiento y control del uso de mismo.
- Se evidencia un procedimiento para utilizar la historia clínica única y para el registro de entrada y salida de historias físicas del archivo.
- Se evidencia un manual de procedimiento para los programas automatizados llamado “Manual SISNE-2”, que se utiliza para el manejo de Historias clínicas electrónicas.
- Existe un procedimiento para la custodia y conservación de las historias clínicas electrónicas en el que se contempla el proceso de apertura, las características del archivo, del almacenamiento, del control de uso del sistema, infraestructura y protección.
- Se llevan dos tipos de registros asistenciales, uno por parte del personal de apoyo administrativo y otro por parte de cada especialista los cuales tienen ítems diferentes, ambos enfocados a la atención del paciente pero con finalidades diferentes.

Oportunidades de Mejora:

- Se encontraron deficiencias en el archivo de las Historias clínicas físicas con respecto a la cronología de la información.

- En historia clínica SISNE – 2 los médicos tratantes no diligencian todos los datos básicos de identificación del paciente.
- El comité de historias clínicas está constituido pero no se observan cronogramas de trabajo, ni actas de reunión del presente año.

4.6.5 Planes de mejoramiento

QUÉ	POR QUÉ?	QUIÉN?	DÓNDE?	CUÁNDO?	CÓMO?
Socializar y fortalecer el proceso de almacenamiento de historias clínicas físicas al recurso humano encargado del archivo.	Para adecuar el archivo clínico a las necesidades de la institución y dar cumplimiento a la normatividad vigente.	Doctora Clara Mónica Uribe Fonoaudióloga y coordinadora de calidad.	Archivo del área asistencial	En un periodo de 2 meses	Capacitando el personal involucrado en el proceso.
Evaluar adherencia al manejo y diligenciamiento de historia clínica electrónica al personal asistencial.	Para garantizar el cumplimiento de los procedimientos establecidos en el estándar y disminuir el riesgo en la ocurrencia de eventos adversos por mal manejo de la información clínica.	Francisco Piedrahita (Enfermero Jefe)	Área asistencial de consulta externa del Grupo Neurociencias de Antioquia y área administrativa	En un periodo de dos meses	Auditoría periódica de historias clínicas electrónicas. Elaborar un cronograma destinado para tal fin.
Operativizar el comité de Historias Clínicas	Es necesario contar con un grupo que analice y solución los casos y eventos que se presentan en relación con la historia clínica.	Doctora Clara Mónica Uribe (Fonoaudióloga – Coordinadora)	Área asistencial de consulta externa del Grupo Neurociencias de Antioquia y área administrativa	En un periodo de dos meses	Elaborando un cronograma de reuniones, sensibilizando a los integrantes para que tengan una participación activa y cumplir con los estatutos sugeridos por el comité

4.7 ESTANDAR NUMERO 7 - INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS: NO APLICA

4.7.1 Estándar

El servicio de consulta externa del área asistencial del Grupo Neurociencias de Antioquia no requiere el soporte de otros servicios y/o productos de apoyo asistencial y/o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades asistenciales que realiza.

4.8 ESTANDAR NUMERO 8 - REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

4.8.1 Estándar

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

4.8.2 Criterios de Evaluación

Para la auditoría del estándar número 8 de Referencia y Contra referencia, se utilizaron como criterios de auditoría:

- Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1 y 2.) 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.
- Resolución 3763 del 18 de octubre 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.
- Resolución 2680 del 3 de agosto de 2007 con sus anexos 1-2 por la cual se modifican parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 2759 de 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contra referencia.

4.8.3 Evaluación

Se revisó el procedimiento para la recepción y remisión de pacientes.

4.8.4 Hallazgos

- En el procedimiento para la recepción y remisión de usuarios, se explica que todos los pacientes que sean remitidos a la consulta asistencial del grupo de neurociencias de Antioquia para evaluación y/o tratamiento serán contraremitidos nuevamente con el resultado y/o informe de la evaluación y/o procedimiento terapéutico realizado, a la respectiva institución de salud

o profesional que lo haya enviado. También se aclara que en casos excepcionales, cuando el paciente sea mal remitido al grupo o cuando necesite un servicio que no puede ofrecérselo, se remitirá a su propia EPS o se le orientará hacia otra institución que pueda brindarle el servicio que requiere. En esos casos se le entrega una copia de la historia clínica y si es necesario el profesional que lo atendió llamará a la institución hospitalaria o entidad de salud correspondiente para informar de la remisión.

- Los usuarios que llegan al Grupo Neurociencias son los que vienen de EPS con contratos con la IPS Universitaria.
- El Grupo Neurociencias de Antioquia no tiene convenios con otras IPS, por este motivo cuando los especialistas observan que el paciente necesita otro tipo de atención, lo remiten a la EPS para que sea esta quien le asigne la IPS y la cita.

Fortalezas

- Se encuentra documentado el procedimiento que se lleva a cabo para la remisión de pacientes.

Oportunidades de mejora

- No se encuentra un formato de registro de remisión y contra remisión de usuarios.
- No se encuentra descrito un procedimiento para estabilización y remisión de pacientes ante una urgencia vital.

4.8.5 Planes de mejoramiento

QUÉ?	POR QUÉ?	QUIÉN?	DÓNDE?	CUÁNDO?	CÓMO?
Elaboración de un formato para remisión de usuarios.	Es Necesario dejar registro del procedimiento de remisión de pacientes.	Doctora Clara Mónica Uribe	En el área asistencial del Grupo Neurociencias de Antioquia.	En un periodo de dos meses.	Diseño del formato de acuerdo a las necesidades del servicio, validación de este y socialización para su posterior implementación.
Implementar un procedimiento para estabilización y remisión de usuarios en caso de urgencia vital.	Para garantizar la estabilización y oportuna remisión de los pacientes en caso de una urgencia vital.	Doctora Clara Mónica Uribe	En el área asistencial del Grupo Neurociencias de Antioquia.	En un periodo de dos meses.	Elaboración del procedimiento, socialización e implementación.

4.9 ESTANDAR NUMERO 9 - SEGUIMIENTO A RIESGOS

4.9.1 Estándar

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

4.9.2 Criterios de Evaluación

Para la auditoría del estándar número 9 de Seguimiento a Riesgos, se utilizaron como criterios de auditoría:

- Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1 y 2.) 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.
- Resolución 3763 del 18 de octubre 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.
- Resolución 2680 del 3 de agosto de 2007 con sus anexos 1-2 por la cual se modifican parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

4.9.3 Evaluación

- Se revisó si se tienen definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.
- Se verifica si se realizan procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica la ficha técnica del indicador, la estandarización de las fuentes, la definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del análisis de las metas.
- Se verifica si realizan procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad.
- Se verifica si tienen documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción.
- Se verifica la existencia un comité que se encargue de la Gestión de los riesgos.

4.9.4 Hallazgos

Fortalezas

- El servicio tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio, los cuales reportan y evalúan los riesgos semestralmente.
- Hay un comité de seguimiento a riesgos en cabeza de la Doctora Clara Mónica Uribe.
- Disponen de instrumentos como encuestas de satisfacción, buzón de sugerencias y formularios para quejas y reclamos que sirven para sustentar los principales riesgos a los que se exponen los usuarios.

Oportunidades de mejora

- Se evidencia ausencia de un proceso de evaluación y seguimiento de los riesgos a través de formulación de indicadores.
- No se realizan procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

4.9.5 Planes de mejoramiento

QUÉ?	POR QUÉ?	QUIÉN?	DÓNDE?	CUÁNDO?	CÓMO?
Implementación de Indicadores.	Para realizar evaluación y seguimiento a los riesgos inherentes al servicio.	Comité de seguimiento a riesgos.	Área de Consulta externa del Grupo Neurociencias de Antioquia.	Dentro de un periodo de 3 meses	Adopción de indicadores de la Superintendencia Nacional de Salud. Formulación de los indicadores necesarios para realizar evaluación y seguimiento a los riesgos inherentes al servicio que no estén contemplados en la Superintendencia de salud, con sus respectivas fichas técnicas.
Implementación de indicadores.	Para realizar y evaluación y seguimiento a los atributos	Comité de seguimiento a riesgos.	Área de Consulta externa del Grupo	Dentro de un periodo de 3 meses	Adopción de indicadores de la Superintenden

	de calidad exigidos por el SOGC.		Neurociencias de Antioquia.		cia Nacional de Salud.
--	----------------------------------	--	-----------------------------	--	------------------------

5. EVALUACIÓN SERVICIO DEL LABORATORIO CLINICO DEL GRUPO NEUROCIENCIAS DE ANTIOQUIA.

Dentro del área temática Investigación básica en enfermedades neurodegenerativas, neuroquímica y biología molecular se realizó la estandarización para el diagnóstico molecular de hemocromatosis hereditaria. La realización de esta prueba a nivel asistencial exige que el laboratorio de investigación sea habilitado, con el correspondiente cumplimiento de los estándares del Sistema Único de habilitación para el servicio de toma de muestras y de laboratorio clínico.

La evaluación del Servicio de Laboratorio clínico se realizó con la colaboración de la Doctora Marlene Jiménez Del Rio, jefe del área temática.

Se usó como instrumento de evaluación una lista de chequeo diseñada por nuestro equipo de trabajo de grado.

Criterios de evaluación

Para la auditoría del Laboratorio se utilizaron como criterios de auditoría:

- Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 (Anexo técnico 1 y 2.) 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.
- Resolución 3763 del 18 de octubre 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.
- Resolución 2680 del 3 de agosto de 2007 con sus anexos 1-2 por la cual se modifican parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Evaluación

La evaluación del Laboratorio se realizó a nivel general con el fin de determinar los estándares del Sistema Único de Habilitación que es necesario desarrollar para dar cumplimiento a la Normatividad vigente y lograr así, la habilitación del servicio.

5.1 ESTÁNDAR RECURSO HUMANO				
CRITERO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN
	SI	NO		
El número de profesionales, y auxiliares asistenciales del recurso humano serán definidos de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención	X		Se encuentra archivo documental con las Hojas de vida del personal asistencial (Microbiólogos y Bioanalistas) que cumplen con los requisitos para la realización de la prueba diagnóstica.	Es necesario generar todos los procedimientos relacionados con la contratación del personal, la verificación de los títulos y la creación de perfiles profesionales. Se debe garantizar que el recurso humano tenga un entrenamiento certificado en el área de biología molecular y genética.
Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles Ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen.	X			
El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.		X	No existe un proceso para selección del personal.	Se debe caracterizar un proceso para la selección del personal, que incluya la verificación de títulos (ante los organismos reconocidos por el estado).
Las hojas de vida del recurso	X			

humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.				
Bacteriólogo especialista o con entrenamiento especializado.	X			

5.2 ESTÁNDAR INFRAESTRUCTURA				
CRITERO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN
	SI	NO		
La institución no está construida en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción volcánica u otros similares, y que no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles de contaminación para sus instalaciones.	X			
La construcción no presenta desniveles o vacíos hacia espacios libres.	X			
La institución cuenta con las barandas de protección necesarias para evitar posibles accidentes.	X			
Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos	X			

hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.				
Existe un área dedicada para tomar muestras que esté dotada con muebles para tal fin.	X			
El área de laboratorio tiene sus secciones separadas e identificadas.	X			
Las áreas de trabajo cuentan con iluminación y ventilación natural y/o artificial.	X			
Los pisos son impermeables, sólidos de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.	X			
Las paredes y muros son impermeables, sólidos lavables y resistentes a factores ambientales.	X			
Las mesas de trabajo son impermeables sólidos y resistentes a factores ambientales.	X			
Uno o varios sifones libres	X			
Uno o varios lavamanos	X			
Ducha manual o lavaojos	X			
Sala de espera adecuada con sillas suficientes.	X			
Área de recepción del paciente y	X			

donde se suministra información.				
Los equipos del laboratorio cuentan con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra.	X			
Existe un área administrativa separada del área técnica.	X			
El depósito de materiales y reactivos es independiente.	X			
Cuenta con fuente de energía de emergencia.	X			
Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de Consulta externa en su totalidad.	X			

5.3 ESTÁNDAR DOTACIÓN - MANTENIMIENTO				
CRITERO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN
	SI	NO		
El laboratorio cuenta con un inventario de equipos donde se incluyan todos los elementos con que cuente el prestador.	X			
Todos los equipos tienen hoja de vida y estas contienen las recomendaciones del fabricante y/o las definidas por la misma institución sobre mantenimiento y condiciones ambientales.	X			
Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X		Los equipos involucrados en la realización de la prueba diagnóstica no están separados de los utilizados en las actividades de investigación.	Las hojas de vida, manuales de equipos, programa de mantenimiento preventivo y toda la documentación relacionada, con los equipos para la prueba diagnóstica deben estar separados de los documentos de los equipos para investigación.
Los equipos que se utilizan cuentan	X			

con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.				
Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.		X	Se encuentran instructivos para manejo de los equipos en idioma inglés.	Designar responsables para la elaboración de las guías o instructivos de manejo de equipos en idioma español y su posterior socialización e implementación.
Deberán tener los equipos manuales, semi-automatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen para las diferentes áreas del laboratorio.	X			
Cámara de aire de flujo laminar.	X			
Termociclador automático.	X			

5.4 ESTÁNDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS				
CRITERO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN
	SI	NO		
Para reactivos y dispositivos de laboratorio un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya: <ul style="list-style-type: none"> Nombre genérico Presentación comercial Registro sanitario INVIMA Lote Fecha de vencimiento de los reactivos vigente 		X	El servicio de laboratorio no cuenta con un listado que incluya las características exigidas por el Decreto 4725 de 2005.	El laboratorio debe documentar el procedimiento para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales dispositivos médicos, insumos y reactivos para uso humano que se utilizan en la toma de la muestra. El proceso de adquisición debe incluir la verificación del registro expedido por el INVIMA.
Se tienen definidos los procedimientos para las especificaciones técnicas de almacenamiento, y control de fechas		X	No se encuentra un procedimiento de almacenamiento que identifique las condiciones de conservación generales y particulares de reactivos	Se debe generar un responsable para la elaboración del procedimiento que incluya estas especificaciones, las cuales es posible ejecutar por medio

de vencimiento de reactivos y dispositivos que utilice el servicio.			y dispositivos médicos que deben cumplirse incluyendo el control de fechas de vencimiento y las actividades para garantizar esas condiciones.	de un sistema kardex.
Se tienen identificados los insumos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos).		X	No se tienen identificados los insumos que requieren condiciones especiales de transporte.	Nombrar un responsable para identificar los insumos que requieren condiciones especiales de transporte e incluirlo en el procedimiento para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales reactivos, dispositivos médicos e insumos.
Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento		X	No se encuentran definidas actividades para garantizar su cumplimiento.	Elaborar un cronograma para verificar el cumplimiento de los procedimientos definidos en este estándar.
Los reactivos y dispositivos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de dispositivos e insumos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura • Humedad • Ventilación • Segregación • Seguridad 	X			
Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura. <ul style="list-style-type: none"> • Se analiza 	X		Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura, pero no se analizan los resultados.	Detectar desviaciones en variables de temperatura de equipos y humedad del ambiente y realizar un análisis periódico del comportamiento de éstas.
Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no		X	No se tienen definidas normas y procedimientos que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	Se recomienda elaborar y socializar una política para el reuso de dispositivos médicos.

se reúsen dispositivos médicos.				
Tiene un sistema de kardex.		X	El servicio de laboratorio no cuenta con un sistema Kardex.	El laboratorio debe desarrollar un sistema Kardex, para garantizar que los dispositivos médicos, reactivos e insumos utilizados en la toma de muestra cumplen con las especificaciones requeridas.

5.5 ESTÁNDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS				
CRITERO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN
	SI	NO		
Para reactivos y dispositivos de laboratorio un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicione o sustituya: <ul style="list-style-type: none"> • Nombre genérico • Presentación comercial • Registro sanitario INVIMA • Lote • Fecha de vencimiento de los reactivos vigente 		X	El servicio de laboratorio no cuenta con un listado que incluya las características exigidas por el Decreto 4725 de 2005.	El laboratorio debe documentar el procedimiento para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales dispositivos médicos, insumos y reactivos para uso humano que se utilizan en la toma de la muestra. El proceso de adquisición debe incluir la verificación del registro expedido por el INVIMA.
Se tienen definidos los procedimientos para las especificaciones técnicas de almacenamiento, y control de fechas de vencimiento de reactivos y dispositivos que utilice el servicio.		X	No se encuentra un procedimiento de almacenamiento que identifique las condiciones de conservación generales y particulares de reactivos y dispositivos médicos que deben cumplirse incluyendo el control de fechas de vencimiento y las actividades para garantizar esas condiciones.	Se debe generar un responsable para la elaboración del procedimiento que incluya estas especificaciones, las cuales es posible ejecutar por medio de un sistema kardex.
Se tienen identificados los insumos que requieren condiciones especiales de transporte (por		X	No se tienen identificados los insumos que requieren condiciones especiales de transporte.	Nombrar un responsable para identificar los insumos que requieren condiciones especiales de transporte e

ejemplo las redes de frío para insumos).				incluirlo en el procedimiento para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales reactivos, dispositivos médicos e insumos.
Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento		X	No se encuentran definidas actividades para garantizar su cumplimiento.	Elaborar un cronograma para verificar el cumplimiento de los procedimientos definidos en este estándar.
Los reactivos y dispositivos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de dispositivos e insumos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura • Humedad • Ventilación • Segregación • Seguridad 	X			
Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura. <ul style="list-style-type: none"> • Se analiza 	X		Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura, pero no se analizan los resultados.	Detectar desviaciones en variables de temperatura de equipos y humedad del ambiente y realizar un análisis periódico del comportamiento de éstas.
Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.		X	No se tienen definidas normas y procedimientos que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	Se recomienda elaborar y socializar una política para el reuso de dispositivos médicos.
Tiene un sistema de kardex.		X	El servicio de laboratorio no cuenta con un sistema Kardex.	El laboratorio debe desarrollar un sistema Kardex, para garantizar que los dispositivos médicos, reactivos e insumos utilizados en la toma de muestra cumplen con las especificaciones requeridas.

5.6 ESTÁNDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES				
CRITERO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN
	SI	NO		
Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.		X	Debido al que el Grupo Neurociencias de Antioquia pertenece a la Universidad de Antioquia, cuya razón social es la educación y no se encuentran obligados a definir los procesos del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud.	
Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan.		X	El servicio de laboratorio no tiene definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios.	Se recomienda definir los procesos para implementar el Sistema de Información para los usuarios y establecer un responsable para velar por su cumplimiento. El Sistema se debe implementar posteriormente a la evaluación y seguimiento de riesgos presentes en el servicio y características de calidad exigidas por el SOGC por medio de indicadores.
El servicio debe tener procesos documentados para el manejo interno de desechos. <ul style="list-style-type: none"> Lo conocen y lo aplican 	X			
Deben tener un programa de control de calidad Interno		X	El servicio no cuenta con un programa de control de calidad interno.	Se debe implementar un programa de control de calidad interno y externo para garantizar la trazabilidad de los análisis. Luego de implementar el programa se debe analizar periódicamente los resultados de este para detectar
Deben tener un programa de control de calidad externo		X	El servicio no cuenta con un programa de control de calidad externo.	
Análisis de los reportes del control		X	No se encuentran debido a que no	

de calidad y toma de medidas correctivas documentadas.			hay un programa de control de calidad interno ni externo.	desviaciones y corregirlas. Elaborar un manual de control de calidad interno y externo de acuerdo a las características del laboratorio clínico.
Manual de Control de Calidad Interno y externo		X	No se encuentra manual de control de calidad.	Se debe documentar el control de calidad interno que se le realiza a la prueba para diagnóstico molecular de hemocromatosis hereditaria y anexárselo al protocolo. Se debe buscar la posibilidad de realizar un control de calidad externo interlaboratorio.
Manual de toma, transporte y Remisión de Muestras		X	No se encuentra un manual de toma, transporte y remisión de muestras.	Se debe elaborar un manual de toma, transporte y Remisión de Muestras, de acuerdo a las características del laboratorio clínico y socializarlo.
Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico		X	Se encuentra el Manual de Bioseguridad ajustado a las características de un laboratorio de investigación.	El laboratorio de investigación posee un manual de Bioseguridad, debe estudiarse la pertinencia de generar un nuevo manual o ajustarlo a las características de un laboratorio clínico.
Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico		X	Se encuentra el Manual de desechos biológicos ajustado a las características de un laboratorio de investigación.	El laboratorio de investigación posee un manual para manejo de residuos, debe estudiarse la pertinencia de adoptarlo o de ajustarlo a las características de un laboratorio clínico.
Protocolo de limpieza y desinfección de áreas.		X	No se encuentra un protocolo de limpieza y desinfección por áreas.	Adaptar y documentar el protocolo de limpieza y desinfección de la Sede de Investigación Universitaria a las necesidades específicas del laboratorio clínico.

<p>Los manuales deben llevar un registro de que todo el personal los conoce</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben revisarse cada año • Documentar las actualizaciones 		X	No se encuentra registro de que todo el personal conoce los manuales que existen en el servicio.	Realizar actualizaciones periódicas a los manuales. Formular un plan de capacitaciones, para socializarlos.
--	--	---	--	--

5.7 ESTÁNDAR HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES				
CRITERO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN
	SI	NO		
Se cuenta con registro diario de pacientes, exámenes solicitados y de resultados de los exámenes realizados.		X	No se cuenta con registro diario de pacientes, exámenes solicitados y de resultados de los exámenes realizados.	Elaborar e implementar los registros requeridos por el estándar de Historia Clínica y registros asistenciales.
Se cuenta con formato de Reporte de resultados.	X			
Se cuenta con Registro de Control de Calidad Interno y externo.		X	No se cuenta con registro de calidad interno y externo.	Se debe elaborar un formato para registrar los controles de calidad internos y generar un archivo para almacenar los controles de calidad externos.
Se cuenta con registros de temperatura de la(s) nevera(s).	X			
Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			

5.8 ESTÁNDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

El servicio de Laboratorio no requiere el soporte de otros servicios de apoyo asistencial y/o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de los procedimientos que realiza.

5.9 ESTÁNDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El servicio de Laboratorio no requiere de guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, en la prestación de los servicios ofrecidos.

5.10 ESTÁNDAR SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CRITERO	CUMPLIMIENTO		OBSERVACIONES	RECOMENDACIÓN
	SI	NO		
Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X		Se tienen definidos los riesgos pero no se están reportando.	Es necesario diseñar, validar, socializar e implementar un mecanismo de reporte de los riesgos identificados.
Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica: <ul style="list-style-type: none">• La ficha técnica del indicador• La estandarización de las fuentes• La definición de los responsables del análisis del indicador		X	El laboratorio no tiene implementados indicadores para evaluación y seguimiento de riesgos presentes en el servicio.	Se debe diseñar y operacionalizar los indicadores exigidos por el SOGC, generando además todas las fuentes de información correspondientes para cada uno: encuestas de satisfacción, formato de reporte de eventos adversos, planilla para evaluar oportunidad y todos los demás que sean necesarios. Se debe consolidar los datos y realizar un análisis que permita elaborar planes de mejora.

<ul style="list-style-type: none"> • De las tendencias • Del cumplimiento de las metas 				
<p>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso • Oportunidad • Seguridad • Pertinencia • Continuidad 		X	El laboratorio no tiene implementados indicadores para evaluación y seguimiento de los atributos de calidad definidos por el SOGC.	Elaborar las fichas técnicas de los indicadores con las fuentes, la definición de metas y de tendencias que permitan la medición de los atributos de calidad y su análisis. Se deben asignar responsables.
Deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción.		X	El servicio no dispone de instrumentos como buzón de sugerencias y quejas o encuestas de satisfacción.	Elaborar validar e implementar una encuesta de satisfacción dirigida a identificar el grado de satisfacción de los usuarios frente a los servicios recibidos. Dejar a disposición de los usuarios un buzón de sugerencias y reclamos, que brinde mecanismos de expresión al usuario.
Complicaciones de procedimientos diagnósticos.		X	No se encuentra contemplado este riesgo dentro del servicio.	Incluir estos ítems dentro de los riesgos inherentes a la prestación del servicio. Se debe generar la cultura del reporte, de la gestión y seguimiento, con el fin de evitar fallas en la prestación del servicio. Hacer operativo el comité de Gestión de riesgos no solo para el servicio de consulta externa, sino también para el laboratorio.
Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos		X	No se encuentra contemplado este riesgo dentro del servicio.	
Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros.		X	No se encuentra contemplado este riesgo dentro del servicio.	
Resultados intercambiados entre pacientes.		X	No se encuentra contemplado este riesgo dentro del servicio.	
Resultados de exámenes que llegaron inoportunamente.		X	No se encuentra contemplado este riesgo dentro del servicio.	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para el servicio de consulta externa:

- El área asistencial del Grupo Neurociencias de Antioquia en el servicio de consulta externa, cuenta con las condiciones técnico- científicas para la prestación de servicios de salud con Calidad.
- Se recomienda realizar jornadas periódicas de sensibilización al personal asistencial acerca de la importancia del cumplimiento de los estándares del Sistema único de Habilitación,
- Después de realizar el proceso de sensibilización se deben buscar estrategias para dar inicio a la ejecución de tareas específicas que comprometan al personal, así mismo adaptar horarios de trabajo que permitan al personal asistencial involucrarse en el procesos de calidad.
- Se recomienda la elaboración e implementación de un procedimiento de auditoria interna y de un programa de auditoria, con el fin de ejercer mayor control en el cumplimiento de los estándares.

Para el servicio de laboratorio clínico:

- En el servicio de laboratorio clínico, es notable la ausencia del cumplimiento de varios estándares que es necesario garantizar para habilitar el servicio.
- Se recomienda realizar jornadas de sensibilización al personal asistencial enfocadas a brindar conocimiento del contenido de los estándares del Sistema Único de Habilitación con el fin de concientizarlos sobre la importancia del cumplimiento de la normatividad en la reducción del riesgo en la prestación de los servicios de salud.
- Asignar responsables para dar cumplimiento a las observaciones generadas en cada criterio, de la evaluación realizada al laboratorio.

ANEXOS

ANEXO 1

Lista de chequeo, servicio de Consulta Externa.

NOMBRE DEL PRESTADOR: Grupo Neurociencias de Antioquia
NOMBRE DEL PROFESIONAL: Clara Mónica Uribe (Coordinadora de calidad)
CATEGORÍA: Consulta Externa
MODALIDAD: Ambulatoria
COMPLEJIDAD
FECHA: Octubre de 2011 **MUNICIPIO:** Medellín

1. RECURSO HUMANO					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.					
COD	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	El especialista o Sub especialista, cuenta con el título o certificado expedido por una institución educativa reconocida por el Estado y debidamente registrado ante la DSSA		X		No se encontró proceso de selección de recurso humano que incluya la verificación de títulos ante una institución reconocida por el estado previo a la vinculación.
	En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación		X		No se encontró proceso de selección de recurso humano que incluya la verificación de títulos ante una institución reconocida por el estado previo a la vinculación.
	El Grupo Neurociencias cuenta con algún proceso de selección de personal en el área de talento humano.		X		No se encontró proceso de selección de recurso humano.
	El Grupo Neurociencias cuenta con algún proceso de supervisión de personal en entrenamiento.	X			Se cuenta con proceso de supervisión de personal en entrenamiento pero no se cuenta con convenios docente asistenciales para todas las universidades que tienen practicantes (hace falta el convenio con la Universidad Pontificia Bolivariana).

	Los profesionales de salud contratados cuentan con los requisitos legales de formación y entrenamiento archivados en su correspondiente hoja de vida.		X		Se encuentra que la relación del personal está desactualizada y la documentación encontrada en las hojas de vida no está completa, por ejemplo: No hay hoja de vida del profesional encargado del mantenimiento de equipos biomédicos.
	Se observan actualizados los perfiles ocupacionales.		X		Hace falta actualizar los perfiles del personal e incluir en éste el Microbiólogo y Bioanalista que realizaría las pruebas moleculares para el diagnóstico de Hemocromatosis hereditaria.

2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO

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

COD	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	El Grupo Neurociencias de Antioquia dispone de las siguientes áreas:				
	Se observa señalización de las áreas.	X			Todas las áreas están señalizadas.
	La institución garantiza los servicios de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicación.	X			
	Existencia de manual de bioseguridad.	X			Existe manual de bioseguridad pero en medio magnético hace falta implementar una copia física para consulta del personal.
	Baño público por género, que debe ser para el servicio de Consulta externa y no por consultorio.	X			
	Consultorio con espacio cerrado teniendo en cuenta la privacidad del paciente, conformado por dos áreas: uno para realización de la entrevista y otro para realización del examen físico.	X			Posee un consultorio para realización de consulta externa que tiene una puerta de acceso hacia el parqueadero y la calle facilitando el desplazamiento del paciente en caso de

					que tenga algún tipo de limitación que le impida ingresar caminando al sitio de consulta y necesite de algún aditamento para su movilización.
	Posee lavamanos para asepsia de manos antes y después de la consulta.	X			
	Posee área especial en caso que resulte algún tipo de procedimiento después de la consulta.			X	No se realiza ningún tipo de procedimiento a nivel asistencial.
	El material de los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar drenaje de líquidos en caso que lo requiera.	X			
	Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales	X			Se encuentran protecciones laterales en espacios libres con soporte en ambos lados al uso de escaleras.
	Los techos y cielos rasos de la institución están hechos por material de superficie lisa, sólida, lavables facilitando los procesos de limpieza y asepsia.			X	Los techos y cielos rasos de la institución se encuentran expuestos evidenciándose el sistema de ventilación: extracción y aire acondicionado, no están elaborados de materiales de superficie lisa, sólida, ni lavables dificultando los procesos de limpieza y asepsia.

3. DOTACIÓN - MANTENIMIENTO

Estándar: Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos biomédicos que utilizan en la prestación de los servicios de salud ofrecidos en el Instituto Neurociencias.

COD	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Los equipos usados cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Se realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos, teniendo en cuenta el programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos.	X			
	Existencia de hoja de vida para cada uno de los equipos biomédicos y certificados de mantenimiento y calibración.				Se encuentra hoja de vida para cada uno de los equipos biomédicos

		X			encontrados en el inventario (una anual desde el año 2007) junto con los respectivos certificados de mantenimiento y calibración.
	El mantenimiento de los equipos biomédicos se debe realizar por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado.	X			
	El servicio cuenta con:				
	Camilla.	X			
	Tensiómetro y fonendoscopio.	X			Existe dos tensiómetro de pared y dos de mano infantiles.
	Equipos de órganos	X			Existen dos equipos de órganos.
	Báscula.	X			Existe una báscula.
	Otros:	X			Existe un equipo medicid5.

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS – NO APLICA

Estándar: El área asistencial del grupo de investigación de neurociencias no realiza almacenamiento, distribución y entrega de medicamentos.

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

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

COD	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención, para las principales patologías que constituyen las primeras 10 primeras causas de consulta o egreso.		X		Se encuentra solo el listado de las 10 causas principales de consulta en el área de consulta asistencial del Grupo Neurociencias de Antioquia. Se encuentran procedimientos definidos y actualizados para los diferentes tipos de consultas que se ofrecen, elaborados por el mismo personal que lo ejecuta.

	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de Riesgo biológico.	X			Se evidencia el manual Integral de Residuos Hospitalarios.
	Existe Proceso para la implementación del sistema de información para la Calidad de acuerdo al decreto 1011, la Resolución 1446 de 2006 y circular Única de la Super salud de 2007.		X		No existe proceso para la implementación del sistema de información para la calidad.

6. HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

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

COD	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
HISTORIAS CLINICAS					
	Existencia de proceso que establezca la existencia de historia clínica única institucional por paciente y condiciones técnicas para su manejo	X			
	El proceso mencionado anteriormente contiene aspectos relacionados con diligenciamiento, gestión, conservación, custodia y confidencialidad de historia clínica.	X			
	Con respecto a historia clínica electrónica para su correspondiente manejo se tiene en cuenta restricciones en el acceso y mecanismos de seguridad que garantice custodia y confidencialidad.	X			
	La historia clínica se diligencia de forma clara y legible.	X			
	La historia clínica se diligencia sin tachones ni enmendaduras.	X			
	La historia clínica se diligencia sin espacios en blanco.	X			
	La historia clínica se diligencia sin siglas.	X			
	La historia clínica se diligencia con nombres completos y firma de quien realiza cada actividad.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Apellidos y nombres completos del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Estado civil del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Documento de identidad del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Fecha de nacimiento del paciente.	X			

	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Edad del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Sexo del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Ocupación del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Dirección del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Teléfono de domicilio del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Lugar de residencia (ciudad) del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Nombre y teléfono del acompañante del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Nombre y parentesco de persona responsable del paciente.	X			
	La historia clínica cumple con los contenidos mínimos como: Aseguradora y tipo de vinculación del paciente.	X			
COD	REGISTROS ASISTENCIALES				
	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos Protegidos legalmente por reserva.		X		Los formatos son llenos a mano por lo tanto no se garantiza la confidencialidad.
	Los registros asistenciales se diligencian con apellidos y nombres completos del paciente.	X			
	Los registros asistenciales se diligencian con documento de identidad del paciente.	X			
	Los registros asistenciales se diligencian con fecha de nacimiento del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.
	Los registros asistenciales se diligencian con edad del paciente.	X			
	Los registros asistenciales se diligencian con sexo del paciente.	X			
	Los registros asistenciales se diligencian con ocupación del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.
	Los registros asistenciales se diligencian con dirección del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.
	Los registros asistenciales se diligencian con número telefónico del domicilio del paciente.	X			
	Los registros asistenciales se diligencian con lugar de residencia (ciudad) del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.
	Los registros asistenciales se diligencian con nombre y teléfono del acompañante del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.

	Los registros asistenciales se diligencian con parentesco del acompañante del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.
	Los registros asistenciales se diligencian con aseguradora y tipo de vinculación del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.
	Los registros asistenciales se diligencian con diagnóstico CIE-10 del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.
	Los registros asistenciales se diligencian con origen de enfermedad del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.
	Los registros asistenciales se diligencian con direccionamiento del paciente.			X	No se tiene en cuenta en el formato existente.

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA

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

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

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

COD	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Existe un proceso para recepción y remisión de pacientes.		X		No se cuenta con proceso ni con formato de registro de remisión y contra remisión ni guías de reacción inmediata.

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

COD	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio	X			El servicio de consulta externa tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.
	Realiza evaluación y seguimiento a los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta.	X			Reportan y evalúan los riesgos semestralmente a cargo de un comité de seguimiento a riesgos

				cuya responsable es la coordinadora de calidad del Instituto.
	Existen indicadores exigidos por el SOGC.		X	Hace falta la implementación de Indicadores exigidos por el SOGC.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en salud. Decreto 1011 de 2006. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006
2. Neurociencias.udea.edu.co. Grupo de Neurociencias de Antioquia - Universidad de Antioquia. Medellín. Disponible en <http://neurociencias.udea.edu.co/es/>
3. Constitución política de Colombia 1991
4. Centro de Gestión Hospitalaria “Habilitación Sistema de habilitación” (En línea). Disponible en la web: <http://www.chg.org.co/temas/descargas/habilitación.pdf>
5. Castaño Yepes R. Medicina, ética y reforma de la salud hacia un nuevo contrato con la profesión médica. Colombia: Fundación creer; 1999
6. Centro de Gestión Hospitalaria “Habilitación Sistema de habilitación” (En línea). Disponible en la web: <http://www.chg.org.co/temas/descargas/habilitación.pdf>
7. Cerón G. Jessica “CRC Enfermería 2001 grupo1 (En línea). Marzo de 2011. Disponible en la web: <http://crcentermeria2011.blogspot.com/2011/03/jessica-eron-gomez25.html>
8. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Colombia (En línea). Disponible en la web: <http://www.odontología.unal.edu.co/habilitacion.ph>
9. Auxiliar de enfermería G1 “CRC Enfermería 2011 grupo 1 (En línea). 25 de marzo de 2011. Disponible en la web: <http://crcentermeria2011.blogspot.com/2011/03/resolución-numero-1043-de-2006-del-3-de.html>.
10. Manual Único Estándares de Verificación. Resolución 1043 de 2006. Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006.