

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE HABILITACION
EN EL CENTRO DE SALUD SAN PEDRO CLAVER DEL
MUNICIPIO DE NUQUÍ EN EL DEPARTAMENTO DEL CHOCO**

POR:

**MADELLINE MAYO CORDOBA
VERONICA CANO ARANGO**

***PROPUESTA DE PROYECTO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN AUDITORÍA EN SALUD
ASESOR: CARLOS MARIO TAMAYO RENDON***

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO
MEDELLÍN – ANTIOQUIA**

2009

CONTENIDO

1. OBJETIVOS	4
1.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
2. METODOLOGIA.....	5
3. MARCO TEORICO	5
3.1. MARCO LEGAL Y POLITICO.....	5
3.2. MARCO CONCEPTUAL:.....	10
3.3. MARCO GEOPOLITICO E INSTITUCIONAL.....	12
4. ANALISIS DE CUMPLIMIENTOS DE LOS ESTANDARES	16
4.1. GENERALIDADES DE LA INSTITUCION:	16
4.1.1. ESTANDAR DE RECURSO HUMANO:.....	16
4.1.2. ESTANDAR DE INSTALACIONES FISICAS:	21
4.1.3. ESTANDAR DE DOTACION Y MANTENIMIENTO:.....	26
4.1.4. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:.....	26
4.1.5. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:.....	27
4.1.6. ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:.....	29
4.1.7. ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:.....	34
4.1.8. ESTANDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES (Este estándar aplica al servicio de urgencias, hospitalización y consulta externa):	35

4.1.9.	ESTANDAR SEGUIMIENTO A RIESGO EN LA PRESTACION DEL SERVICIO:	39
4.2.	SERVICIO DE URGENCIAS:	42
4.2.1.	ESTANDAR INSTALACIONES FISICAS:	42
4.2.2.	ESTANDAR DOTACION - MANTENIMIENTO:.....	45
4.2.3.	ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS:	48
4.2.4.	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:.....	49
4.2.5.	ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:....	50
4.2.6.	INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:	51
4.3.	SERVICIO DE HOSPITALIZACION:.....	52
4.3.1.	ESTANDAR INSTALACIONES FISICAS:	52
4.3.2.	ESTANDAR DOTACION Y MANTENIMIENTO:	56
4.3.3.	ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:.....	58
4.3.4.	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:.....	59
4.3.5.	ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:.....	61
4.4.	SERVICIO DE FARMACIA:	62
4.4.1.	ESTANDAR INSTALACION ES FISICAS:	62
4.4.2.	ESTANDAR DOTACION Y MANTENIMIENTO:	63
4.4.3.	ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:.....	64
4.4.4.	ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:.....	66
4.4.5.	ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES.....	66

COMENTARIOS:.....	66
4.5. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA:.....	67
4.5.1. ESTANDAR INSTALACIONES FISICAS:.....	67
4.5.2. ESTANDAR DOTACION Y MANTENIMIENTO:	68
4.5.3. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:.....	72
4.5.4. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:.....	73
4.6. SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO:.....	75
4.6.1. ESTANDAR INSTALACIONES FISICAS:	75
4.6.2. ESTANDAR DOTACION Y MANTENIMIENTO:	76
4.6.3. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:.....	78
4.6.4. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:.....	79
4.6.5. ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:....	79
5. CONCLUSIONES	81
6. BIBLIOGRAFIA.....	82
7. ANEXOS.....	84
7.1. ANEXO 1.....	84
7.2. ANEXO 2.....	88
7.3. ANEXO 3.....	89
7.4. ANEXO 4.....	94
7.5. ANEXO 5.....	95

INTRODUCCIÓN

La política de calidad exigida por nuestro actual sistema de salud compromete a nuestras instituciones prestadoras de servicios de salud a Brindar una atención excelente, segura y a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, para el logro de ello es necesario desarrollar un sistema de garantía de la calidad, una cultura organizacional propia, cimentada en el servicio respetuoso y cálido y orientada al mejoramiento continuo de sus productos y servicios.

Aunque el tema de calidad en salud existe desde mucho tiempo, incluso desde antes de 1993 cuando se reestructuro nuestro actual sistema de salud, este tema se definió claramente por la ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 donde se establece la creación de un sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud por medio del decreto 2309 del 15 de octubre de 2002. Este decreto a la fecha esta derogado por el decreto 1011 del abril 2006.

Aunque algunos de los parámetros de la legislación actual sobre calidad son obligatorios se tiene claro que no se aplican ni funcionan en todas las instituciones prestadoras de servicios (IPS), como es el caso del centro de salud San Pedro Claver del municipio de Nuquí, esto debido a varias condiciones como lo son la economía y la cultura entre otras, por lo tanto se hace necesario intervenir esta institución y contribuir a través de nuestros conocimientos con la implementación del SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD, realizando un diagnostico inicial para encontrar las causas raíces del problema e intervenirlo de la mejor manera.

1. OBJETIVOS

1.1. OBJETIVO GENERAL

Realizar el diagnóstico y el diseño del Sistema Único de Habilitación en el Centro de Salud San Pedro Claver del municipio de Nuquí en el departamento del Chocó, como una contribución para su desarrollo sostenible.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las fallas en los diferentes procesos llevados a cabo en el centro de Salud San Pedro Claver.
- Fomentar la cultura institucional desde la gerencia.
- Implementar herramientas que nos ayuden a identificar las expectativas de los clientes internos y como puede contribuir cada área del Centro de Salud a que estas sean satisfechas.

2. METODOLOGIA

El trabajo será realizado durante los meses de febrero a Septiembre de 2009. La observación será el principal instrumento utilizado para la recolección de la información, se realizara un diagnostico inicial del Centro de Salud San Pedro Claver del municipio de Nuquí mediante la implementación de anexo técnico N° 1 de la resolución 1043 de 2006 donde se establecen los requerimientos básicos para la habilitación de entidades prestadoras de servicios de salud, con base en este se desarrollaran los objetivos planteados, el diseño estará fundamentado en los propuestos teóricos de “La calidad dentro del sistema General de seguridad social en salud” propuesto que se estructurara a partir de la revisión bibliográfica que dará paso al marco conceptual desde el que se desarrolla el presente trabajo. De otro lado, se realizara análisis documental a diferentes textos escritos y a documentación del centro asistencial que dan cuenta de la situación actual. Con base en esta información se realizara el diseño del sistema de garantía de la calidad para dicha institución.

3. MARCO TEORICO

3.1. MARCO LEGAL Y POLITICO

Antes de entrar en vigencia la ley 100 de 1993 donde se dictan todas las normas por las cuales se debe regir el sector salud existía la ley 10 de 1990 por la cual se organiza el sistema nacional de salud que entre otras muchas de sus normatividades dicta que “la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas”¹. Establece además la forma de prestación de la asistencia pública en salud, así como las personas que tienen derecho a ella; los servicios básicos de salud que el estado ofrecerá gratuitamente; Fija los niveles de atención en salud y los grados de complejidad, para los efectos de las responsabilidades institucionales en materia de

¹ Colombia, Congreso de la república. Ley 10 del 10 de Enero de 1990. Pág. 1

prestación de servicios de salud y en especial, los servicios de urgencia, teniendo en cuenta las necesidades de la población y la cobertura territorial principalmente ;expide las normas técnicas para la construcción, remodelación y ampliación y dotación de infraestructura de salud; fija los principios básicos por los cuales deberá regirse el sistema de salud, como son:

1. Universalidad
2. Participación ciudadana
3. Participación comunitaria
4. Subsidiariedad
5. Complementariedad
6. Integración funcional

Define además que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forman parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, el cual está integrado por el subsector oficial (al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud) y el subsector privado (conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicio de salud) como, también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud. Estas están sometidos a las normas científicas para el control de los factores de riesgo para la salud que dicte el Ministerio de Salud (1).

Luego la ley 100 de 1993 en su artículo 185 establece las funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las cuales deben tener como **principios básicos la calidad y la eficiencia** y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

En su Artículo 186 la misma ley establece que, el gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento, el cual es reglamentado por la resolución 1445 de 2006, donde se establece además que entidades pueden otorgar el título de acreditado, como se verá posteriormente.

Para la Evaluación Tecnológica que también en uno de los ítems que evalúa el sistema único de habilitación, el artículo 190 de la ley 100 cita que “El Ministerio de Salud (antigua denominación del ministerio de la protección social), establecerá normas que regirán la importación de tecnología biomédica y definirá aquellas cuya importación será controlada. Igualmente reglamentará el desarrollo de programas de alta tecnología, de acuerdo con planes nacionales para la atención de las patologías”.

Las normas que se establezcan incluirán, entre otras, metodologías y procedimientos de evaluación técnica y económica así como aquellas que permitan determinar su más eficiente localización geográfica. Las normas serán aplicables tanto en el sector público como en el privado (2).

Su artículo 191 de la norma antes citada habla de la Prioridad de Dotación Hospitalaria. Los municipios darán prioridad en su asignación de recursos de inversión para la salud al fortalecimiento del sistema de centros y puestos de salud, de forma tal que se fortalezca la dotación básica de equipo y de personal que defina el Ministerio de Salud y amplíe, progresivamente y de acuerdo con la demanda, sus horarios de atención al público, hasta llegar a tener disponibilidad las 24 horas de Centros de Salud bien dotados.

“Los requerimientos de dotación que tendrán los puestos, centros de salud y los hospitales oficiales de cualquier nivel de atención, así como la red de servicios a nivel territorial serán establecidos por el Ministerio de Salud. El Ministerio ejercerá el control técnico sobre la dotación de tales entidades, directamente o a través de una autoridad delegada”².

² Colombia, Congreso de la república. Ley 100 del 23 de Diciembre de 2003. Pág. 61

En sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud por medio del decreto 2309 del 15 de octubre de 2002. Este decreto a la fecha esta derogado por el decreto 1011 del abril 2006.

Posteriormente con la resolución 1445 de 2006 se establecen las funciones de las entidades acreditadoras dentro de las cuales se encuentran:

1. Promover el Sistema Único de Acreditación
2. Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de Evaluación en el Sistema Único de Acreditación.
3. Estandarizar los procedimientos de evaluación.
4. Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y/o Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para presentarse al proceso de Acreditación.
5. Conformar la Junta de Acreditación y el Comité de Apelaciones
6. Revocar o suspender la acreditación otorgada
7. Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación.
8. Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación.
9. Presentar al Ministerio de la Protección Social sin afectar el principio de confidencialidad los informes que requiera para efectos de definición de políticas.
10. Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud. Entre otras.

El Artículo 2° la resolución 1445 reglamenta los Estándares de Acreditación para evaluar el nivel de calidad alcanzado por las instituciones, mediante la implementación de los manuales del anexo técnico N°1 , así como el anexo 2 define los procedimientos para el otorgamiento de la acreditación.

Con la resolución 1446 de 2006 se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los Indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, el objetivo principal es establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Con la Ley 1122 de enero de 2007 se modifican algunos aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como por ejemplo, la implementación de un sistema de inspección, vigilancia y control como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, mediante el seguimiento de los siguientes ejes:

1. Financiamiento.
2. Aseguramiento.
3. Prestación de servicios de atención en salud pública.
4. Atención al usuario y participación social.
5. Eje de acciones y medidas especiales.
6. Información.

3.2. MARCO CONCEPTUAL:

Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos necesarios para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud. Este sistema está conformado por:

Sistema Único de Habilitación:

Reglamentado por la Resolución 1043 de 2006, la cual hace referencia a las condiciones mínimas que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Promotoras de Salud para su ingreso y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Las condiciones básicas de habilitación requeridas consideran aspectos tales como la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y financiera y la capacidad técnico administrativa, buscando objetivos como la reducción de los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud; posibilitar la estabilidad financiera de las IPS en el mediano plazo, su competitividad, liquidez y cumplimiento de las obligaciones en el corto plazo; el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal y de los requisitos administrativos y financieros que le permiten demostrar a la institución que cuenta con un sistema contable(3).

El sistema de habilitación exige de igual manera a cada servicio de la institución unos estándares que deben ser cumplidos para poder funcionar como tal:

- **Recursos Humanos**
- **Instalaciones Físicas**
- **Dotación – Mantenimiento**
- **Medicamentos y dispositivos médicos – Gestión de Medicamentos y dispositivos**
- **Procesos prioritarios asistenciales**
- **Historia clínica y registros asistenciales**
- **Interdependencia de Servicios**
- **Referencia y contrarreferencia de Pacientes**

- **Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios**

Sistema Único de Acreditación:

Este es un componente del sistema de la calidad que se pone a disposición de las IPS y EPS que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que constituyen el Sistema Único de Habilitación. El sistema de acreditación está definido como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de AUTOEVALUACIÓN, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad (4).

Sistema de información para la calidad:

Reglamentado por la resolución 1446 de 2006, la cual establece el sistema de información para los usuarios, permitiendo estimular la competencia por la calidad entre los agentes del sector, al mismo tiempo orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad:

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, está identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada (4).

3.3. MARCO GEOPOLITICO E INSTITUCIONAL

El municipio de Nuquí se localiza en el departamento del Chocó al occidente de Colombia entre la serranía del Baudó y el océano Pacífico. Nuquí posee gran diversidad étnica, cultural y una gran variedad de fauna y flora; la temperatura promedio de Nuquí oscila entre los 28 y 30 grados centígrados.

- **ACCIDENTES COSTEROS**

Cabo corriente: es el más pronunciado en la Costa Pacífica Chocoana, en Colombia.

Golfote Tribugá: Encierra la punta de Jurubida; las ensenadas de Tribugá, Coquí y Arusí.

Otro accidente es la punta de Arusí.

- **POSICIÓN GEOGRÁFICA:** Nuquí limita al norte con el municipio de Bahía Solano, al sur con el Municipio del Bajo Baudó, al Oriente con el Alto Baudó, al occidente con el Océano Pacífico.

- **HIDROGRAFIA**

Sus tierras están regadas por los ríos Arusí, Coquí, Panguí, Chori, Jovi, Tribugá, Jurubida, Nuquí. Los ríos Arusí, Coquí, Chorí y Joví son de escaso caudal, desembocan en las bahías y radas del mismo nombre.

- **ACCESO Y COMUNICACIÓN**

Posee aeropuerto desde donde se realizan operaciones aéreas en vuelos directos hacia la ciudad de Quibdó y Medellín y con escala a Cali, Pereira y Bogotá la comunicación y transporte marítimo se realiza con Buenaventura, Bahía Solano, Pizarro, el Valle, entre otras.

Cada año llegan al Pacífico Colombiano las ballenas jorobadas a parir sus crías acompañadas de las madrinas o ballenas más viejas.

Nuquí cuenta con 7864 habitantes. 3238 corresponden a la cabecera Municipal, en la zona urbana hay 3238, en la zona rural 2826 y 1804 en las comunidades Indígenas. la mayor parte de su población está conformada por Afro colombianos.

Nuquí empezó a ser municipio en 1915, antes era un corregimiento del municipio del Valle Chocó.

CENTRO DE SALUD SAN PEDRO CLAVER

No se tiene información de cuando fue fundado, pero según referencias de sus mas antiguos pobladores fue fundado hace mas de 105 años; es el único centro de salud en el municipio y es el encargado de la atención de toda la comunidad, distribuida de la siguiente manera:

Cabecera Municipal y Corregimientos

Población	Nuquí	Arusi	Partado	Termales	Jovi	Coquí	Panguí	Tribuga	Juruvida
Habitantes	3238	578	166	227	301	267	432	173	678
Casas	647	147	33	42	71	57	97	49	151

Comunidad Indígena

Comunidad	R. Panguí	R. Nuquí	P. Indio	P. Jagua	La loma	R. Juruvida	Agua Blanca	Arusi	Tando	Total
Habitantes	355	397	246	310	188	162	68	32	38	1804

PLANTA FISICA

Consulta externa: Cuenta con 2 consultorios médicos, un consultorio odontológico, un consultorio para vacunación, un consultorio para actividades de p y p, uno para toma de signos vitales y el laboratorio clínico.

Urgencias: Cuenta con una pequeña sala de urgencia y un consultorio para procedimientos y curaciones.

Hospitalización: Cuenta con un cuarto de hospitalización para hombres, otro para mujeres, uno pediátrico y una sala de partos.

Área administrativa: Oficina de facturación, oficina de estadística y almacén de historias clínicas y saneamiento básico.

Otros: Área de enfermería, dormitorio de enfermería y 3 dormitorios médicos.

PERSONAL

Asistencial:

- 2 Médicos generales prestando su servicio social obligatorio de los cuales uno es el director del hospital
- 1 odontóloga prestando su servicio social obligatorio
- 1 Bacterióloga prestando su servicio social obligatorio
- 1 Enfermera profesional prestando su servicio social obligatorio
- 9 Auxiliares de enfermería
- 1 Auxiliar de enfermería
- 1 Auxiliar de laboratorio clínico
- 1 Inspector de saneamiento

Administrativo:

- 1 Facturadora
- 1 Auxiliar de estadística

Servicios Generales:

- 1 Motorista
- 2 Vigilantes
- 1 Auxiliar de servicios generales

4. ANALISIS DE CUMPLIMIENTOS DE LOS ESTANDARES

A continuación se describirán cada uno de los problemas presentados en la institución en relación con los estándares del [anexo 1](#) de la resolución 1043 de 2006, luego se establecerán las acciones correctivas para cumplir con la norma, esto se aplicara a cada servicio y los ítems de los estándares que son generales en toda institución se describirán al principio.

4.1. GENERALIDADES DE LA INSTITUCION:

En este numeral se incluirán los estándares e ítems que involucren a toda la institución, independientemente del servicio.

4.1.1. ESTANDAR DE RECURSO HUMANO:

COMENTARIOS:

- La institución está a cargo de la ESE central que se encuentra en Quibdó y no se tiene un consolidado de los trabajadores, este que se va a presentar a continuación se realizo directamente en la institución y según las funciones que desempeña cada persona:

NOMBRE	CARGO
RUTH MARIA MOSQUERA	Auxiliar de enfermería (encargada del programa de TBC)
EDILVER MENA	Medico General y director del hospital (Rural)
GLORIA MORENO	Auxiliar de enfermería
SULGEY VASQUEZ	Medico General (Rural)
MARTHA MARTINEZ	Bacterióloga (Rural)
MADELLINE MAYO	Odontóloga (Rural)
AMILBIA VALENCIA	Auxiliar de enfermería
NERY PRADO	Auxiliar de enfermería
EUCEBIA ASPRILLA	Auxiliar de enfermería
YEISON MURILLO	Auxiliar de enfermería (Vacunación)
MABEL AVADIA	Auxiliar de enfermería
ALBANY PALACIOS	Auxiliar de enfermería

ISABEL PALACIOS	Auxiliar de enfermería
ROSA GONZALEZ	Auxiliar de laboratorio
YULY PATRICIA LOZANO	Auxiliar de odontología
MEILYN PALACIOS	Enfermera Jefe (Rural)
JORGE PRADO	Motorista
TEYLOR ALOMIA	Saneamiento
ERCINDO HURTADO	Vigilante
SATURIO HERNANDEZ	Vigilante
FRANCIA VALENCIA	Servicios generales
EMILIA PRADO	Auxiliar de estadística

- Al solicitar las hojas de vida de cada uno de los trabajadores al Dir. Administrativo se obtuvo como respuesta que no existen que en la actualidad de 24 trabajadores se tiene la de 5, que además no se realiza verificación de los títulos ni de las referencias, ni de las experiencias anteriores, ni tampoco existe copia de estas pocas en la institución todas se encuentran en Quibdó.
- No existe manera de verificar los títulos de las personas más antiguas de la institución y se cree que muchas de ellas no lo tienen ya que anteriormente eran asignados los cargos bajo otros parámetros antes de que esta ley entrara en vigencia y después de ella nunca se ha aplicado.
- El centro de salud permite realizar prácticas de auxiliares de enfermería y auxiliares de odontología en pre – grado, pero no cuenta con supervisión constante de un docente y a los trabajadores del centro de salud como auxiliares, enfermera jefe y odontólogo no se les asignan por convenio docente asistencial ni nunca se les ha capacitado sobre sus funciones y responsabilidades con los estudiantes.
- Con respecto al estándar 1.37 SERVICIO FARMACEUTICO DE BAJA COMPLEJIDAD no existe una persona capacitada sobre farmacia que la maneje, ni químico farmacéutico, ni tecnólogo en regencia de farmacia ni

auxiliar de farmacia, este suministro es manejado por la misma persona de facturación.

- Uno de los principales problemas es que en la institución el director cambia muy constantemente ya que el encargado de esta función es el médico rural y este está por periodos cortos, al igual que enfermera profesional, el odontólogo y la bacterióloga, lo que no permite iniciar y terminar los procesos, además los demás empleados son demasiado antiguos y es complicado trabajar con ellos ya que solo están esperando cumplir con el tiempo para pensionarse, no hay capacitación continua y en muchos casos lo que se ha aprendido es empíricamente y no con bases científicas sólidas, además al ser tan reducido el personal y los recursos, la toma de decisiones y tratamientos aplicados no son siempre validados por la persona adecuada e idónea poniendo en riesgo al paciente.
- Con respecto a la suficiencia de personal podría decirse que por la complejidad del centro de salud es la adecuada ya que existen médicos para cubrir cada turno, una enfermera profesional, una bacterióloga y una odontóloga que es la exigida para estas instituciones y las auxiliares de enfermería cubren plenamente los servicios y los programas de promoción y prevención.

ANALISIS DE CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Lo principal en este momento con respecto al recurso humano es comenzar por organizar y definir los perfiles, y quienes de los que en este momento hay los cumplen, pedir nuevamente las hojas de vida de los que no la tengan y poner plazos máximos de entrega de esta documentación, verificar los títulos e información suministrada y contribuir a la capacitación de quienes no cumplen con todos los requisitos, verificar que personas faltarían para cumplir con las necesidades básicas y organizar los convenios docente asistencial siempre y cuando la institución cumpla con los requisitos y definiendo los responsables y capacitándolos adecuadamente.
- Para cumplir con lo anterior es necesario realizar un procedimiento para la selección de recurso humano asistencial y verifique que incluye la verificación

de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.

- Después de definir claramente los perfiles se deben continuar con los siguientes pasos:
 - Realizar un listado de todo el recurso humano asistencial que presta directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación.
 - Solicitar las hojas de vida del personal relacionado en el listado.
 - Verificar que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para que fue vinculado.
 - Verificar que los profesionales, especialistas, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es expedido por una institución educativa por fuera de Colombia, verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación (se aclara que esto solo aplica para el personal asistencial). Para esto se realizó una guía para verificar esta información y adjuntar a cada hoja de vida. Anexo 1.
 - Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el país.
 - Para el servicio farmacéutico debe existir un químico farmacéutico o tecnólogo en regencia de farmacia, en casos de no haber disponibilidad de estos profesionales se podrá contar con auxiliar en servicio farmacéutico, esta persona será de carácter presencial para instituciones hospitalarias y para poder cubrir las 24 horas deben existir 2 trabajadores con este perfil.
 - Además de cumplir con los requisitos anteriormente descritos, existen algunos entrenamientos adicionales que deben realizar:

- Bacteriólogo (a): como ella es la encargada de la toma de las citologías, debe recibir capacitación y tener entrenamiento certificado específico para esta tarea.
 - Auxiliar de vacunación: como esta tarea es realizada por uno de los auxiliares de enfermería este debe tener entrenamiento específico en el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI certificado por la dirección territorial o por otra institución.

- Realizar un documento para definir el procedimiento de identificación del personal que ingresa a la institución que incluya la clasificación el personal autorizado para el ejercicio de la profesión u oficio, el personal en entrenamiento y los visitantes. Verificar que los servicios de vigilancia cumplen con los procedimientos definidos de identificación. [Anexo 2](#).

- Con respecto a los convenios docente asistenciales se debe comenzar por aclarar en qué consisten, cuales son los alcances y los objetivos de las practicas, precisar y definir responsabilidades, ya sea del personal de la institución o de docentes que acompañen a los estudiantes, además si la complejidad del centro de salud permite la realización de prácticas, definir áreas de la institución en donde se realizaran y mecanismos de supervisión de profesionales legalmente autorizados para prestar los servicios. Todo esto debe quedar por escrito, en un contrato claramente definido y firmado por las directivas de ambas partes. Cabe aclarar que según el acuerdo 003 de 2003 para las practicas de auxiliares de enfermería estas deben realizarse en IPS que presten servicios como mínimo de mediana complejidad y debidamente habilitados y para Auxiliares de odontología debe ser en servicios debidamente autorizados y obviamente habilitados y el centro de salud no cumple con ninguna de estas condiciones.

- Toda esta documentación de las hojas de vida debe tener una copia en el centro de salud en un archivo donde se garantice su custodia y las originales pueden estar en la ESE central, ya que es allí donde realizan directamente la contratación del personal.

4.1.2. ESTANDAR DE INSTALACIONES FISICAS:

COMENTARIOS:

- El abastecimiento de energía del municipio de Nuquí es a través de una planta eléctrica manejada por la empresa de energía ELECTRO NUQUI, quien suministra el servicio de 6:00 p.m a 11:00 p.m a todo el pueblo. El centro de salud no cuenta con planta eléctrica propia, por este motivo para poder brindar los servicios depende de la planta de la alcaldía municipal que suministra el servicio al Centro de salud en los horarios de 8 a.m a 1:00 p.m y de 2:00 a 6:p.m (cuando hay combustible y siempre y cuando la alcaldía se encuentren laborando) en los horarios en los que no hay energía ni de la alcaldía ni de electro-Nuquí y los fines de semana se debe pedir la colaboración al encargado de encender la planta de la alcaldía en caso de presentarse una urgencia.
- El suministro de agua del centro de salud es no potable y además no se manejan reservas en el centro de salud, en caso de racionamiento o falta de esta no se tendría suministro.
- No existe un manejo adecuado de residuos sólidos, se manejan recipientes para diferenciar los tipos de materiales, pero no son utilizados adecuadamente y las disposiciones finales no se tienen claras, ya que el encargado de saneamiento recoge todos los desechos, los clasifica y los entierra o incinera en la playa.
- Los servicios sanitarios se encuentran en mal estado, no hay duchas para los pacientes, estos deben turnarse para bañarse en la parte trasera al aire libre, los baños son comunitarios y al igual que los lavamanos son utilizados por pacientes y por el personal para desechar los residuos de los platos, pero no existen accesorios necesarios para su desinfección y lavado.
- Las comunicaciones del centro de salud son pésimas, el teléfono solo funciona para llamadas locales haciendo imposible la comunicación con los demás hospitales y municipios, el acceso a internet es deficiente la mayor parte del

tiempo se encuentra sin señal, por esto mismo las remisiones son muy complicadas, en caso de traslado de pacientes, estos no se entregan al hospital para el cual va, simplemente se manda el paciente con su historia clínica y en algunos casos con enfermera.

- En la sala de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos no son impermeables, ni sólidos, ni de fácil limpieza tampoco uniformes y su nivelación no es la adecuada para facilitar el drenaje. Además los cielos rasos, techos, paredes y muros no son impermeables, ni sólidos, ni de fácil limpieza y ni resistentes a factores ambientales, el piso de toda la institución esta discontinuo y sus paredes no cumplen con ninguno de los requisitos, estas condiciones son las mismas en todo el centro de salud.
- En la parte trasera del centro de salud hay un espacio, donde se colocan todos los residuos juntos, no están separados según su clasificación, no está cubierto, es al aire libre y no está delimitada, no tiene tampoco paredes y no esta señalizada ni protegido con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.
- No existe un depósito de cadáveres, estos son colocados en el piso del patio.
- La sala de esterilización no existe, en la cocina están ubicados los autoclaves, donde se esteriliza el material, el lavado de ropa se realiza rudimentariamente en unos recipientes plásticos en el patio, sin las mínimas medidas de bioseguridad para la persona que realiza esta función, además de no realizarlo con los insumos adecuados para cumplir con las condiciones mínimas de limpieza y desinfección.
- No existe ninguna señalización en la institución, para guiar a los usuarios y al personal a los diferentes servicios, ni tampoco especificaciones de áreas restringidas.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Se debe tener claro que para cualquier institución que preste servicios al público se debe garantizar unas condiciones sanitarias optimas y más si hablamos del sector salud, condiciones con las cuales se busca minimizar los riesgos para los pacientes y los empleados, por lo cual se hacen necesarias varios aspectos:

- Suministro de agua: aunque el centro de salud tiene este suministro, esta no es de la mejor calidad, sería necesario realizar un tratamiento de purificación antes de ser utilizada, eso es posible a través de tanques de purificación donde el agua entraría antes de ser distribuida a todo el centro de salud, además de que el centro de salud debe contar con suministro de agua por 24 horas en caso de racionamiento, para esto es necesario analizar variables de consumo para saber cuántos y de que tamaño deben ser los tanques de almacenamiento:

- El consumo de agua es función de una serie de factores inherentes a la propiedad o localidad que se abastece y varía de una ciudad a otra, así como podrá variar de un sector de distribución a otro, en una misma ciudad.
- Los principales factores que influyen el consumo de agua en una localidad pueden ser así resumidos: Clima, nivel de vida de la población, costumbres de la población, sistema de provisión y cobranza (servicio médico o no), calidad del agua suministrada, costo del agua (tarifa), presión en la red de distribución, consumo comercial, consumo industrial, consumo público, perdidas en el sistema, existencia de red de alcantarillados y otros factores.

Después de la consecución de los tanques es necesario establecer el proceso para su limpieza y mantenimiento

- Suministro de energía eléctrica: el centro de salud debe tener suministro de energía eléctrica por 24 horas, se podría coordinar con la alcaldía que brinde el suministro de esta todo el tiempo o comprar una planta propia para la institución, lo que mejoraría el servicio y disminuiría el riesgo para los usuarios en caso de urgencias y facilitaría la utilización de equipos e insumos médicos.

- Sistemas de comunicaciones: es necesario tener una comunicación continua con los demás municipios y hospitales, y este aspecto es sumamente deficiente debido a que las antenas de celular y telecom no están en buenas condiciones, por lo tanto se hace necesario buscar otras alternativas, la más fácil y económica es a través del sistema de COMPARTEL.
 - **Compartel** es el programa gubernamental de telecomunicaciones sociales de Colombia. Creado en 1999 por el Ministerio de Comunicaciones de Colombia, el Programa Compartel busca promover la prestación de servicios de telecomunicaciones, en zonas rurales o de bajos ingresos, en donde no existe una oferta suficiente de servicios.
 - Manejo de residuos sólidos y líquidos: se debe aplicar el manual de procedimientos sobre LA GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES EN COLOMBIA – 2002 (archivo adjunto), incluyendo su almacenamiento, acceso, señalización, protección, iluminación, ventilación y barreras que impidan vectores y roedores.
- Como se ha descrito anteriormente ninguna de las estructuras de la institución cumplen con las condiciones de los pisos impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros no son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, por lo tanto es necesario realizar modificaciones y remodelaciones en estas estructuras, como lo son la utilización de pintura epoxica para las paredes, vinilo sintético para los pisos y sócalos sintéticos, además de impermeabilizar los techos que se encuentran en buen estado y arreglar los de los servicios que no sirven, para poder ubicar adecuadamente a los pacientes.
 - Se deben instalar y señalizar los lavamanos y pocetas de los pacientes y las de uso interno de la institución.

- Se debe construir un depósito de cadáveres con buena ventilación, ya que en la institución estos son dejados en el piso del patio y sin ninguna precaución.
- Es importante crear áreas de aseo en cada servicio, donde se tenga el suministro continuo de utensilios de aseo, para el lavado de material y de residuos líquidos, el área debe señalizarse adecuadamente y debe ser de acceso restringido.
- Se deben instalar en el centro de salud, por lo menos una unidad sanitaria que conste de: un inodoro y un lavamanos, por cada quince (15) personas, incluyendo pacientes ambulatorios, visitantes y personal que en él labore, discriminados por sexo y por uso.
- La señalización será definida según las necesidades y características particulares de la institución, teniendo en cuenta los siguientes colores indicativos de cada servicio:

- Servicios de Dirección y Administración : Violeta
- Servicios de Consulta Externa : Naranja
- Servicios de Urgencias : Rojo
- Servicios de apoyo a las actividades de Diagnóstico y Tratamiento : Amarillo
- Servicios Quirúrgicos, Obstétricos y de Esterilización : Verde
- Servicios de Hospitalización : Azul
- Servicios Generales : Café

La señalización deberá ser colocada en áreas de circulación con el fin de que los usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud identifiquen los diferentes servicios.

4.1.3. ESTANDAR DE DOTACION Y MANTENIMIENTO:

COMENTARIOS:

- Al solicitar la hoja de vida de los equipos, no existía nada de ellos, debido a que los que hay los enviaron desde Quibdó sin especificaciones, manuales, ni guías de manejo, además no se tiene un listado de lo que hay ni en qué condiciones esta, tampoco se les hace mantenimiento preventivo ni calibración, cada que algo se daña se envía al la ESE de Quibdó y pocas veces lo reponen o arreglan.
- En el municipio no se cuenta con carretera que comunique con otro hospital, por lo cual no se maneja ambulancia, en caso de traslado, el centro de salud no se hace cargo, en la mayoría de los casos esto lo asume la aseguradora y en cuando el paciente no tiene ningún tipo de afiliación, la familia es quien debe asumir estos costos y en algunos casos la alcaldía, esto se hace en vuelo comercial y sin acompañamiento medico.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

Se debe realizar hoja de vida de los equipos existentes, se les debe realizar mantenimiento preventivo y solicitar los que están pendientes por reparación o reposición.

4.1.4. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:

COMENTARIOS:

No existen procedimientos para la consecución de medicamentos y dispositivos médicos, ya que esto lo realiza la ESE central en el municipio de Quibdó.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

El hecho de que la institución dependa de otra para el suministro de medicamento e insumos no la exime de la responsabilidad de buscar ofrecer

materiales con calidad, se deben solicitar estos procedimientos a la ESE central, pero además el centro de salud debe tener claro como verificar y mantener las condiciones adecuadas para el manejo y almacenamiento de estos.

4.1.5. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:

COMENTARIOS:

- En la institución no se tiene definido ni documentado ningún procedimiento, ni existen guías clínicas o protocolos de manejo de ninguna de las áreas de la salud ni de ninguno de los servicios, se tienen estadísticas de los principales motivos de consulta pero esta información no es útil para el centro de salud como tal, simplemente se envía mensualmente a la ESE central.
- Aunque la institución brinda servicio de hospitalización, no cuenta con el servicio de hotelería, ni alimentación; los pacientes o sus familiares deben llevar sabanas y alimentos durante el tiempo que dure su estancia en el servicio, por esta razón no se controlan todos los aspectos relacionados con la recuperación de los pacientes.
- No existe control interno de la calidad de las actividades que se realizan, primero porque no está definido claramente la manera como se deben de realizar y además porque no se tiene establecida la cultura del mejoramiento continuo y esta actividad no se encuentra asignada a ninguno de los trabajadores de la institución.
- En la institución se ofrecen actividades de promoción y prevención como lo son control prenatal, crecimiento y desarrollo, control de hipertensión y salud oral, vacunación y control de TBC, estas se realizan basándose en los conocimientos de cada profesional, pero no porque hayan establecidas guías o protocolos de manejo o porque se tengan claras las normas técnicas de protección específica y detección temprana.

- La institución no cuenta con equipo de reanimación cerebro-cardiopulmonar, por lo tanto no tiene establecidas guías o protocolos de manejo y en los casos que se presenta lo realiza el médico de urgencias y el personal de enfermería disponible en el servicio con los insumos existentes en el momento.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

Para el desarrollo de este estándar se deben seguir los siguientes pasos:

1. definir los procedimientos más frecuentes en el cada servicio y las actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.
 2. Documentar los procedimientos más fruentemente realizados en los diferentes servicios de la institución y por las diferentes profesiones del área de la salud y con base en estos se deben realizar las guías clínicas y los procesos de atención bajo la metodología de medicina basada en evidencia.
 3. Los procesos, procedimientos, guías y protocolos deben ser conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Para lo que es necesario una correcta divulgación y capacitación, evaluando al personal sobre su conocimiento y aplicación.
 4. Evaluar en cada servicio la correcta aplicación y adherencia a guías y protocolos de atención, retroalimentando contantemente al personal y planteando medida correctivas en los problemas encontrados y promoviendo la auditoria para el mejoramiento continuo.
- Además se deben definir procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud y procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios.
 - En general en todos los servicios se deben tener claros las siguientes guías y protocolos
 - Protocolo para el manejo interno de desechos

- Manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos
- Manual de procedimientos, Manual de Esterilización según la (s) técnica (s) que utilice la IPS

4.1.6. ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:

COMENTARIOS:

- Todos los pacientes atendidos en la institución cuentan con historia clínica, aunque no existe un procedimiento que defina el manejo de la historia clínica, ni sus controles de entrada y salida del archivo, ni tampoco su custodia, simplemente cada que alguien del equipo de salud necesita alguna, la solicita a la persona encargada del archivo, esta no maneja control de las historias entregadas y devueltas.
- Con respecto a los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente garantizando la confidencialidad de los documentos, pero en la institución no se manejan los consentimientos informados en casi ninguno de los procedimientos realizados, solo lo aplican en algunos de los procedimientos realizados en el área de odontología.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

Se debe definir el procedimiento de manejo de la historia clínica según lo establecido en la legislación vigente (resolución 1995 de 1999), sobre realización, manejo y custodia, en donde se deben cumplir con las siguientes condiciones mínimas:

- La Historia Clínica es el documento privado de tipo técnico, clínico y legal, de obligatorio diligenciamiento y sometido a reserva, donde se registran los datos del prestador de servicios de salud y del paciente,

así como la información sobre las condiciones somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que inciden o que pueden incidir en la salud del paciente; contiene los datos de identificación del paciente, la información relacionada con su condición o situación clínica, sus antecedentes personales y familiares, (patológicos, quirúrgicos, farmacológicos y terapéuticos), los hallazgos clínicos, diagnósticos, pronósticos, el proceso evolutivo de su condición clínica, los planes de tratamiento propuestos, los tratamientos realizados, los controles pertinentes, el proceso de rehabilitación y la recuperación de la salud; juicios clínicos, documentos relacionados, descripción de procedimientos, informaciones generales pertinentes, información relacionada con el consentimiento informado, documento de consentimiento del paciente, declaración de retiro voluntario del tratamiento; también puede incluir y contener, fotografías, videos, diagramas y diseños de estudios, placas y estudios radiológicos o de imágenes diagnósticas, resultados y/o registros de exámenes clínicos y paraclínicos que sean pertinentes para el conocimiento, evaluación, estudio, análisis, tratamiento, recuperación, seguimiento y rehabilitación del paciente, orientado al manejo de su salud.

- La Historia Clínica es un documento que se inicia con la valoración del paciente por primera vez, registra la evolución cronológica de la atención en salud del paciente y se va construyendo a través del tiempo en la medida que se van documentando los aspectos de la relación profesional-paciente.
- La Historia clínica se constituye en el documento clave y consustancial de la atención en salud, en este caso referida a la atención médica u odontológica general y representa el documento básico y principal del sistema de información de la institución.
- La normatividad de referencia es la Resolución N° 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

- **Obligatoriedad de la apertura de Historia Clínica:** A todo paciente atendido por primera vez en se le realizará el proceso de apertura de Historia Clínica.
- **Obligatoriedad del registro:** “Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas” con ocasión de la prestación de los servicios de salud. Para cada una de las atenciones realizadas a los pacientes debe registrarse en la historia clínica las acciones realizadas, los hallazgos, las observaciones, las recomendaciones y todas las circunstancias relacionadas con la prestación de los servicios, registrando la fecha y la hora de la atención.
- **Calidad de los registros en la Historia Clínica:** La Historia Clínica debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.
- **Custodia de la Historia Clínica:** la historia clínica es de carácter confidencial y de reserva, todo el personal asistencial y administrativo de la institución relacionado con el manejo y trafico de la Historia Clínica debe velar por su custodia y conservación.
- La Historia Clínica es un documento confidencial sometido a reserva y, por tanto, su uso se restringe única y exclusivamente al personal asistencial y en aspectos restringidos únicamente al traslado, archivo y procesos de actualización y conservación, al personal administrativo no asistencial quien deberá guardar la misma reserva y confidencialidad de la Historia Clínica que el personal asistencial. Tales procesos administrativos se refieren en general a: archivo ordenado, registro de entradas y salidas del mismo, foliada de hojas, organización en carpetas, marcación de carpetas, distribución a los consultorios y transporte interno.

- **MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA: Registro de salida y entrada de Historias Clínicas.** Para el registro de salida y entrada de la Historia Clínica la recepcionista y/o auxiliar de salud llevará un formato en el cual se diligencia la actividad realizada y se registra el documento correspondiente. Dicho formato contendrá, como mínimo la siguiente información: Número de orden, Número de la Historia Clínica, fecha de salida; hora de salida; destino de salida (consultorio y profesional); firma del profesional que recibe la Historia; fecha de devolución; hora de devolución; firma de la auxiliar-recepcionista que recibe la Historia devuelta; chequeo de archivado en sitio del archivero. Este diligenciamiento es obligatorio y las planillas se conservan en un folder con legajador en el mismo archivero de las Historias Clínicas.
- Es de suma importancia manejar el consentimiento informado para los procedimientos y tratamientos que lo exijan, este debe ser realizado por la institución según las necesidades propias y bajo la normatividad vigente. Lo ideal es tener en cuenta las siguientes consideraciones:
 - La advertencia de riesgos y solicitud de consentimiento es parte de toda atención médica u odontológica, obligatoria antes de iniciar la intervención prevista en el plan de tratamiento. No puede ser remplazado por información de otra persona o por formatos de información preimpresa.
 - Es muy importante registrar en la historia clínica la información dada, en el momento en que se cumple, puesto que es la prueba de mayor validez del hecho. Recordar en los servicios de urgencias, también es necesario advertir los riesgos previstos y consecuencias de los tratamientos, especialmente si implica cambios estéticos o funcionales.
 - Adicionalmente entonces se puede hacer diligenciar un formato de consentimiento, que lo que hace es constatar que se le informó del procedimiento y se le advirtieron los riesgos previstos y efectos colaterales de este.
 - El formato preferiblemente debería ser abierto porque para cada tipo de procedimiento varían los riesgos y efectos colaterales, fuera de que

también pueden existir diferencias entre un paciente y otro por sus diferentes condiciones de salud.

- Los efectos colaterales son aquellas reacciones molestas esperadas, pasajeras, no graves que se conocen para el procedimiento que no se consideran complicaciones pero que son muy importantes de informar al paciente. Ejemplo la hipersensibilidad pasajera posterior a una gingivectomía durante tratamiento de periodoncia. La limitación temporal de una articulación por inmovilización.
- Los riesgos previstos son aquellas complicaciones que están descritas como previsibles en el paciente y descritos en la literatura científica para el procedimiento. Estos deben informarse todos y registrarlos en la historia y si lo hay en el formato.
- Los riesgos poco previstos son aquellos que están descritas en la literatura científica para el procedimiento pero su ocurrencia es muy poco probable si el paciente no tiene factores de riesgo especiales. En estos casos no es obligatorio especificar el tipo de complicación, sino que se puede hacer una advertencia general en cuanto a que el procedimiento puede presentar otras situaciones graves de escasa ocurrencia que podrían inclusive causar la muerte. No olvidar que estos riesgos poco frecuentes, lo pueden ser y convertirse en un riesgo previsible si el paciente tiene factores de riesgo para que se desencadene.
- Los formatos preimpresos con información sobre el procedimiento y lista de riesgos, puede utilizarse pero con la precaución de ser información adicional al acto de advertencia de riesgos y solicitud de consentimiento, que debe registrarse en la historia clínica, de acuerdo a la ley. El formato solo, así esté firmado por el paciente podría ser cuestionado como prueba de consentimiento informado, puesto que el paciente o demandante puede alegar que lo firmó sin entender lo que decía como un requisito para acceder al servicio.

- Sería recomendable en los tratamientos que implican diversas sesiones, registrar en la historia clínica la información y aclaración de dudas que se le ofrezca al paciente, en cada una de estas intervenciones.

4.1.7. ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:

COMENTARIOS:

La institución presta servicio de urgencias, hospitalización, consulta externa y odontología, pero a pesar de esto no cuenta con servicio de radiología, ambulancia y alimentación, se aclara que en el municipio este es el único centro de salud existente y no hay carretera que lo comunique con otro, por lo tanto una ambulancia no sería útil y en los casos de traslados o remisiones, estas se hacen en avión en vuelos comerciales, con respecto al servicio de lavandería y alimentación, las camas cuentan con sábanas pero no sobre sábanas ni cobijas, por lo tanto el paciente hospitalizado debe llevar estos insumos y la alimentación, ya que no se tiene este servicio en la institución.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

La institución como mínimo debe tener el servicio de radiología simple tanto para el área médica como odontológica, ya que en muchos casos se realizan procedimientos o tratamientos, en donde es necesario y se coloca en riesgo el bienestar del paciente al no tener un adecuado diagnóstico o revisión post tratamiento o procedimiento. En la institución se cuenta con el espacio, pero no con los equipos ni con la capacitación ni adecuación del servicio. Este requisito se le debe solicitar a la ESE central, ya que ella es la encargada de los recursos que se invierten en el centro de salud y ella está en la obligación de brindarle todo lo necesario para su adecuado funcionamiento.

4.1.8. ESTANDAR REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES (Este estándar aplica al servicio de urgencias, hospitalización y consulta externa):

COMENTARIOS:

- El proceso de remisión lo maneja la aseguradora del paciente, quien se encarga del envío de la remisión, la autorización y la compra de los tiquetes aéreos, en los casos en los que el paciente no tiene aseguradora simplemente la alcaldía o el paciente paga el traslado y llega con la remisión física al hospital sin previo aviso a este.
- Las redes que se manejan para envío de pacientes son los hospitales o centros de salud de Quibdó y de Medellín según la gravedad del paciente y la aseguradora.
- Como ya se dijo la comunicación desde la institución es muy complicada, aunque en ningún caso esta se hace cargo de la remisión del paciente.
- El único medio de transporte de pacientes es avión a través de vuelos comerciales.
- Para pacientes de alto riesgo obstétrico o neonatal la remisión se maneja igual que para cualquier otro paciente.
- Solo en los casos de suma gravedad se le cubre el tiquete aéreo a una enfermera o medico acompañante, de lo contrario el paciente viaja solo o con un familiar si este tiene recursos para pagar el transporte.
- En los casos de urgencias el tiquete de transporte se gestiona rápidamente, pero en los demás casos se puede demorar el proceso hasta más de un mes.

- Como el traslado de pacientes se realiza en vuelo comercial la aerolínea no está disponible todos los días y a todas las horas, los horarios son:
 - SATENA: lunes, miércoles, viernes y domingos un vuelo por día a las 9:30 a.m
 - ADA: lunes, jueves y domingos un vuelo por día sin horario fijo siempre y cuando existan los pasajeros suficientes para realizar el vuelo.
 - AESPA: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes y sábado un vuelos por día sin horario fijo y solo hasta Quibdó.

- No se tienen definidas ni establecidas guías para la referencia de pacientes.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Se debe establecer comunicación directa entre el profesional de la institución que remite y el que recibe al paciente, de esta manera se facilitaría la llegada de este a la institución. Esta entrega directa es importante para garantizar la continuidad en el tratamiento del paciente

- Debe exigirse a las EPSs o a la entidad encargada que el traslado de los pacientes que se encuentren en el servicio de urgencias u Hospitalización se realice en compañía del personal asistencial, con el fin de brindar seguridad en el traslado y control de posibles complicaciones.

- Se debe definir e implementar una guía de referencia de pacientes, donde se defina claramente los responsables y las actividades a realizar:
 - El procedimiento de REFERENCIA DE PACIENTES_ estará claramente documentado por escrito y será del conocimiento de todas las personas que intervienen en la asistencia del paciente y que eventualmente participarán en la gestión y manejo del procedimiento de referencia del paciente. Este conocimiento es necesario para que no se vea afectada la oportunidad de la referencia y la atención del paciente por parte del receptor.

- Así, la puesta en marcha del procedimiento de referencia urgente del paciente, comprende los siguientes pasos o actividades:
 - Detección e identificación de la complicación o evento adverso o inesperado de salud, cuyas características de presentación hayan superado las condiciones científicas y técnicas de la institución.
 - Definición de la necesidad de realizar la referencia del paciente a otro prestador cuya disciplina profesional y/o tipo de servicio y/o nivel de complejidad dispongan de las condiciones científicas y técnicas adecuadas para la atención requerida.
 - Definición de las personas y las tareas específicas que deben realizar quienes participan en la gestión de referencia:
 - Persona que dirige, orienta y conduce el proceso de referencia. Es el profesional responsable de la atención, quien define el sitio de referencia y lidera las acciones que se realizan.
 - Persona que prepara (elabora y organiza) la documentación y los elementos que se utilizarán para la referencia del paciente. Generalmente será el profesional responsable de la atención, quién puede ser asistido por una persona auxiliar.
 - Persona encargada de realizar las llamadas telefónicas y las demás comunicaciones que se requieran para obtener oportunamente el servicio de transporte del paciente, obtener el aval del servicio o institución receptora para la aceptación del paciente y dar a la misma la información del caso. Puede ser un funcionario del área administrativa.
 - Medios de comunicación utilizados para la referencia: teléfonos fijos, de fax y/o celulares del prestador que refiere, servicios de correo electrónico vía Internet, equipos de radiocomunicaciones.
 - Medio de transporte utilizado para la referencia indicando el teléfono al que se llamará..
 - Establecer cuál será la institución, centro clínico u hospitalario al que será remitido el paciente, que se seleccionará de una lista previamente elaborada con la dirección, números telefónicos, personas de contacto, tipos y complejidad de los servicios de las instituciones de referencia. Se preferirá el centro más cercano con capacidad para prestar el servicio de urgencias.

- Información adicional asociada:
 - Con el fin de evitar demoras en la atención o traslado del paciente, las comunicaciones iniciales realizadas para coordinar la referencia pueden establecerse, por ejemplo, por teléfono y, el envío de la información documental puede realizarse por fax o correo electrónico mientras el paciente es trasladado.
 - La nota de referencia que se envía al receptor debe indicar, por lo menos: identificación del paciente (la misma consignada en la Historia Clínica); la sintomatología que se presentó o el tipo de complicación que presentó; las medidas tomadas o realizadas previas a la referencia para controlar el problema y las razones por las cuales se remite.
 - El profesional se comunicará con el acompañante y/o responsable del paciente para informarle sobre la situación presentada y la referencia realizada.
 - Si el paciente se encuentra como afiliado o beneficiario de alguna entidad administradora de planes de beneficios (EAPB) o aseguradora (EPS), se informará de este hecho a la institución donde atiendan la urgencia para que a su vez esta última se comunique con la EAPB o EPS del paciente.
 - Se indagará con la entidad o servicio receptor sobre la evolución del paciente y se registrará dicho seguimiento o retroalimentación en la historia clínica del paciente o en los registros administrativos del consultorio.

- No solo es importante el proceso de remisión del paciente, también se debe realizar un seguimiento de los pacientes remitidos y manejar el proceso de contrareferencia, el cual también es importante y necesario para la institución.

4.1.9. ESTANDAR SEGUIMIENTO A RIESGO EN LA PRESTACION DEL SERVICIO:

COMENTARIOS:

- La institución no trabaja dentro de la cultura del mejoramiento continuo y seguridad del paciente, por consiente no tiene definidos indicadores para ningún servicio, ni realiza procesos de seguimiento a riesgos para estos.
- No existen procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
- Por el nivel de complejidad que maneja la institución no se hace necesaria la creación de comités de infecciones ni de farmacia.
- No se encuentran documentados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes al acceder a cualquier servicio.
- No cuenta con buzón de sugerencias, quejas ni encuestas de satisfacción en ninguna de las áreas de la institución que permita evaluar la satisfacción de los usuarios en los diferentes servicios.
- Los medicamentos son suministrados directamente por el médico o la enfermera, cuando son pacientes en el servicio de urgencias u hospitalización; en caso de pacientes ambulatorios lo suministra directamente su EPS y lo maneja el paciente de acuerdo a las indicaciones dadas por el médico u odontólogo.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Se debe fomentar la cultura del mejoramiento continuo de manera que se puedan diseñar, aplicar y evaluar indicadores de calidad para cada uno de los servicios, esto solo es posible implementando todos los requisitos de habilitación anteriormente descritos, para así tener las bases teóricas para su realización.
- Se deben realizar procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria,

infecciones intrahospitalarias, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas, entre otras, estos riesgos se deben identificar en los diferentes servicios de la institución.

- Se debe realizar un proceso para la identificación y gestión del evento adverso que contenga como mínimo lo siguiente:

- Identificar evento adverso en proceso de atención en salud y notificarlo a la enfermera jefe o médico de turno del servicio respectivo.
- Informar el evento adverso al médico responsable del servicio cuando este no sea el que identifico el evento adverso.
- Efectuar valoración y atención inmediata del evento adverso.
- Diligenciar el formato de Identificación de eventos adversos.
- Revisar y analizar cada uno de los eventos adversos.
- Realizar informe de análisis de cada uno de los eventos adversos, incluyendo si era evitable o no.
- Solicitar auditoria especial del evento adverso en los casos que se considere pertinente.
- Efectuar auditoria especial de eventos adversos.
- Generar informe de auditoría especial de eventos adversos a la Subgerencia de Servicios de Salud.
- Formular plan de mejoramiento en formato plan de mejoramiento.
- Consolidar planes de mejoramiento y seguimiento de los mismos.
- Evaluar si se presento nuevamente el evento adverso en la institución.

Es importante controlar también los incidentes en la institución, aunque esto no termino en un evento adverso hay que controlarlos y evaluar sus causas.

Para el sistema de habilitación no solo se tiene que cumplir con los 9 estándares antes descritos, además se debe cumplir con otras 2 condiciones para la habilitación de sus servicios:

Suficiencia Patrimonial y Financiera: Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Pero como el centro de salud no cuenta con personería jurídica y depende directamente de la entidad territorial se debe demostrar la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

De capacidad técnico-administrativa: Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Pero como el centro de salud no cuenta con personería jurídica y depende directamente de la entidad territorial la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

4.2. SERVICIO DE URGENCIAS:

4.2.1. ESTANDAR INSTALACIONES FISICAS:

COMENTARIOS:

- El servicio de urgencias cuenta con puesto de enfermería, sala de procedimientos (que hace las veces de sala de yesos, sala de observación, área de terapia respiratoria y en algunos casos sala de hospitalización para todos los pacientes tanto niños como adultos).
- En el servicio de urgencias no hay área general de aseo ni área de trabajo sucio, pero si tiene servicio sanitario propio, este es compartido entre pacientes y personal.
- La disponibilidad de oxígeno trata de tenerse la mayor parte del tiempo y se mandan a cargar las pipetas cuando se acaban, pero este procedimiento se realiza en Buenaventura y hay que esperar que las lleven y traigan nuevamente.
- El servicio de urgencias funciona las 24 horas del día, el médico maneja disponibilidad y en casos de urgencias nocturnas es llamado.
- No existe sala de reanimación, este procedimiento se realiza en las camillas de urgencias, por lo mismo no hay letreros informativos, se aclara que para reanimación no hay equipos eléctricos y en la mayoría de los casos se realiza manualmente y con la ayuda de un ambu. Físicamente las paredes son lisas, el piso es como en toda la institución liso, pero desnivelado, el techo es de cemento y se encuentra en regulares condiciones.
- El área de terapia respiratoria que es en la sala de procedimientos, no cumple con las condiciones físicas: los pisos no son impermeables, ni de fácil limpieza, ni uniformes y ni con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros no son impermeables, ni sólidos, ni de

fácil limpieza. El techo de la institución se encuentra en muy mal estado, existen filtraciones y goteras.

- No existe consultorio para atención de los pacientes, simplemente el paciente se recibe en urgencias, se le realiza allí la evaluación, el tratamiento o se remite a otro servicio o a otra institución.
- Todos los espacios en el servicio de urgencias son pequeños y no se facilita el desplazamiento del personal ni de las camillas, sillas de ruedas y los utensilios utilizados en los procedimientos o tratamientos.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Se debe reestructurar el servicio de urgencias, ya que la sala de observación hace las veces de sala de yesos, sala de rehidratación y de hospitalización en algunos casos, se deben establecer las utilidades de este espacio según las necesidades del centro de salud y crear nuevos espacios para las demás funciones, también se debe mejorar el área física como paredes, pisos y techos según las exigencias al igual que designar un espacio para el trabajo sucio y el manejo de residuos.
- Se debe establecer el área de reanimación, ya que no se tiene claro donde se realiza este procedimiento, además no cuenta con los insumos ni equipos necesarios para este proceso, ni soporte ventilatorio, por lo cual se debe abastecer el centro de salud con estos equipos según lo establecido por la ley.
- En el área de procedimientos tiene lavamanos propio del área y allí es donde se realiza el lavado del instrumental y a este no tienen acceso los usuarios. Pero en esta área sus paredes y pisos no cumplen con las condiciones exigidas ni facilitan la limpieza y el drenaje. Por lo que es necesario realizar una modificación buscando cumplir con lo exigido: los pisos deben ser impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros también deben ser impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales. En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los

techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.

- Es importante crear áreas de aseo en este servicio, donde se tenga el suministro continuo de utensilios para el lavado de material y de residuos líquidos, el área debe señalizarse adecuadamente y debe ser de acceso restringido.
- Se tiene que garantizar el suministro de oxígeno las 24 horas del día, esto sería más fácil si se contara con energía eléctrica, ya que facilitaría la consecución de concentradores y las pipetas se tendrían solo para emergencias.
- Se debe tener un consultorio en el área de urgencias, si no es posible se debe adecuar un espacio con la privacidad suficiente, para la anamnesis y valoración inicial del paciente, se aclara que esta área debe tener servicio sanitario propio.
- El área de urgencias debe tener espacios amplios que faciliten el acceso tanto del personal, como de los pacientes y equipos médicos, este servicio debe cumplir con los siguientes ambientes según la Resolución 1445 de 1996:
 - Sala de espera, con unidad sanitaria por sexo, por cada 15 personas.
 - Información, control.
 - Consultorio, con unidad sanitaria.
 - Sala de reanimación.
 - Sala de curaciones.
 - Sala de yesos.
 - Sala de observación, con unidad sanitaria y ducha.
 - Sala de hidratación, con unidad de trabajo.
 - Lavado de pacientes.
 - Control de enfermería, con unidad sanitaria.
 - Espacio para camillas y sillas de ruedas.
 - Depósito para ropa sucia, ropa limpia, lavaplatos y otros implementos de uso en estos ambientes.

- La sala de curaciones deberá contar con poceta y un área mínima por camilla de 8.00 m².

La sala de reanimación deberá tener un área mínima de 12.00 m², estar situada cerca al acceso del servicio de urgencias, que permita la fácil entrada del paciente y del personal y contar preferiblemente con iluminación y ventilación natural.

Las salas de observación, deberán tener divisiones fijas o móviles que permita discriminar el ambiente por sexo y edad (niños y adultos). El área mínima por camilla en la sala de observación será de 6.00 m².

El desarrollo del servicio de urgencias deberá estar de acuerdo con la complejidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

4.2.2. ESTANDAR DOTACION - MANTENIMIENTO:

COMENTARIOS:

- En el servicio de Urgencias el inventario es el siguiente:

INSUMO OBLIGATORIO	SE CUENTA CON EL SI-NO
Camilla con estribos (consulta médica)	Si
Tensiómetro (consulta médica)	No
Fonendoscopio (consulta médica)	No
Equipo de órganos de los sentidos (consulta médica)	No
Balanza de pie (consulta médica)	No
Pesa de bebe y cinta	Si

métrica	
Camillas rodantes con freno y barandas (sala de procedimientos)	Si
Equipo de pequeña cirugía (sala de procedimientos)	Si
Instrumental Gineceo - obstétrico	Si
Monitor de signos vitales	No
Aspirador de secreciones	Si
Material para inmovilización (adulto y niño)	Si
Equipo de toracotomía	No
Carro de paro con todos los insumos necesarios	No
Termómetro	Si

- Se aclara que existe un tensiómetro, un fonendoscopio, una báscula y un equipo de órganos para toda la institución y los servicios, en la mayoría de los casos los fonendoscopios existentes son de propiedad de los médicos que trabajan allí.
- En toda la institución no se tiene carro de paros, se tienen algunos medicamentos e insumos por separado, como de uso diario del centro de salud, pero no establecido como equipo de reanimación.
- Según el inventario de los equipos del servicio a ninguno se le tiene creada hoja de vida, ni se sabe nada de ellos, simplemente se usan por el personal y cuando se dañan se desechan o envían a la ESE central para reparación.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Se debe realizar el equipamiento de un carro de paros, este se realiza según las necesidades de la institución y de los diferentes servicios, este debe cumplir con unas condiciones mínimas que son:
 - Soluciones
 - Elementos médico quirúrgicos suficientes
 - Ambú – bag
 - Laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica
 - Guía de intubación para adulto y pediátrica
 - Seccionador
 - Electrocardiógrafo
 - Bombas de infusión (si manejan medicamentos de goteo estricto)
 - Glucómetro

- Según el inventario arriba realizado se deben conseguir los equipos e insumos faltantes para cumplir con los requisitos, se aclara que en algunos casos el suministro puede ser por varios servicios, pero en otros esto no es posible, muchos de los equipos faltantes son eléctricos y necesitan suministro eléctrico las 24 horas para su correcto funcionamiento, por lo cual se evidencia una vez más la necesidad de tener energía todo el tiempo.

- Se le debe realizar la hoja de vida a cada uno de los equipos de urgencias según las especificaciones de su creador, comenzar a enviarlos a mantenimiento preventivo y calibración. Aunque el formato de hoja de vida de equipos es elaborado por cada institución, este debe contener unas condiciones y datos mínimos, los cuales están planteados en el [anexo 3](#).

4.2.3. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS:

COMENTARIOS:

- Las profesiones diferentes a la medicina como lo son odontología, bacteriología y enfermería, manejan sus insumos, y es su responsabilidad realizar el control de los vencimientos y cuidados de ellos, ya que son cargados directamente al servicio y los pedidos son realizados, recibidos y organizados por ellos, estos trabajadores manejan al igual que en la farmacia una lista con las existencias pero no con los requisitos exigidos por la ley para su manejo, como lo son el registro invima, fechas de vencimiento, soportes de pedidos y kardex.
- Con respecto al tema de rehúso de dispositivos médicos, son pocos los que se manejan en la institución, los equipos desechables son botados después de ser utilizados por primera vez, en los casos de las mascararas de oxigeno son utilizadas por todos los pacientes sin ser estilizadas ni lavadas cada que se utilizan, se manejan cubetas con los medicamentos de cada usuario y en cada preparación se utiliza una jeringa nueva, se esterilizan los materiales medico quirúrgicos, de intervenciones menores, de odontología y las de los servicios como tal (tijeras, fresas, cubetas, entre otros), aunque esto se maneje así, no se tiene una guía que establezca el proceso de rehusó de estos insumos.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Con respecto al proceso de reuso de dispositivos médicos, aunque son pocos los insumos que se reutilizan en el proceso de atención y el proceso de esterilización funciona adecuadamente, no está establecido claramente como se debe y bajo qué criterios se debe aplicar el proceso de reutilización, para esto se deben tener definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos o en los casos de hacerlo se deben tener definidas las condiciones de reuso de dispositivos médicos, la institución podrá reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el

dispositivo médico ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones (esta especificación aplica para todos los servicios donde se maneje el reuso de dispositivos médicos).

- Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluido y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se deben almacenar bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. Para poder realizarse esto es necesario primero realizar un listado claro y completo de todos los medicamentos e insumos donde se incluya el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial para medicamentos y para dispositivos médicos el nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo. Luego se debe realizar un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura de estos insumos (esta especificación aplica para todos los servicios donde se manejen medicamentos y dispositivos médicos).

4.2.4. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:

A continuación se enunciarán las guías y protocolos que deben existir en la institución en el servicio de urgencias:

- Guías clínicas de las 5 Primeras causas de consulta en el servicio de urgencias (las otras 5 se colocaron en el servicio de hospitalización):
 - ASMA
 - CRISIS HIPERTENSIVA
 - ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
 - FIEBRE

➤ AMENAZA DE ABORTO

- Protocolo para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul).
- Guía de reanimación Cardiocerebropulmonar.
- Guía del control de líquidos
- Guía del plan de cuidados de enfermería
- Guía de administración de medicamentos
- Guía de inmovilización de pacientes
- Guía de venopunción
- Guía de toma de muestras de laboratorio
- Guía de cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas
- Guías sobre atención médica inicial y definición de conducta
- Guía de Revisión en cada turno del equipo de reanimación
- Guía sobre la clasificación de pacientes (triage)
- Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.
- Protocolos de los procedimientos que se realizan en la sala de procedimientos, que incluyan consentimiento informado.
- Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización.
- Guías de manejo de patologías de Urgencia

4.2.5. ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS

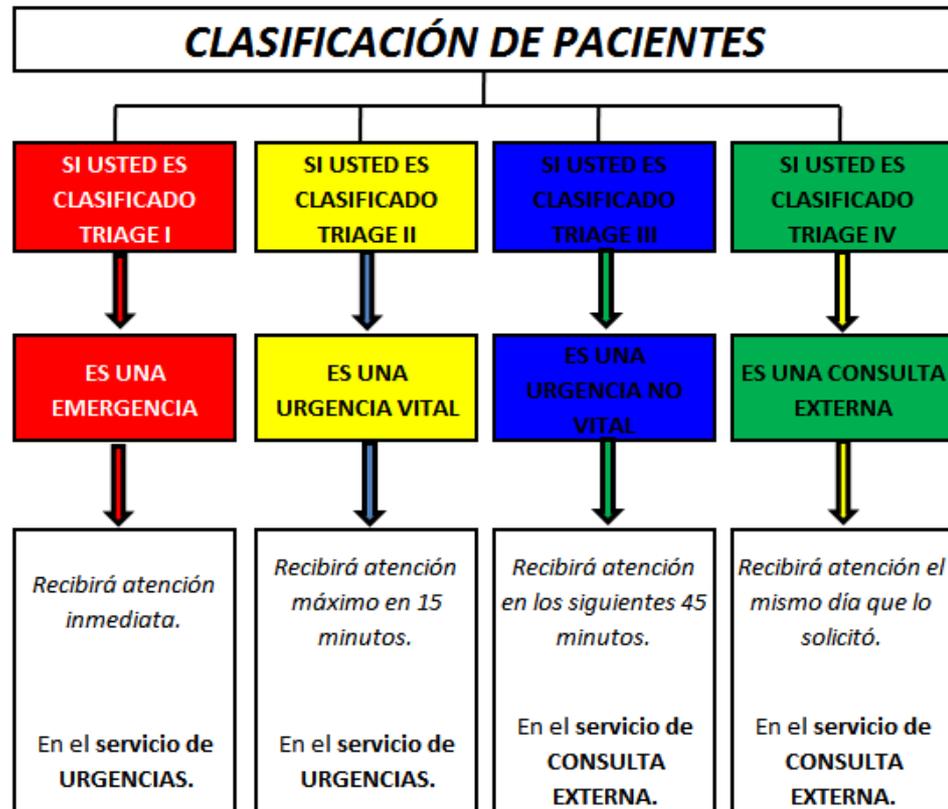
ASISTENCIALES:

COMENTARIOS:

No se manejan tarjetas de triage o de multitud de lesionados

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR

La institución debe manejar tarjetas de triage para el manejo de gravedad y tienen un color específico así:



4.2.6. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:

COMENTARIOS:

El servicio de urgencias cuenta con apoyo permanente del laboratorio clínico ya que la bacterióloga esta todo el día y en la noche está disponible, con respecto a la farmacia se encuentra disponible todo el día y toda la noche pero la existencia de medicamentos es insuficiente para los servicios, ya que depende de lo que mande la ESE central, pero ella no siempre envía todo lo pedido o lo necesario, y en muchos casos falta gran parte de los medicamentos e insumos, además en la institución no existe carro de paros.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

Como ya se ha dicho es necesario tener un carro de paros adecuadamente dotado con todos los equipos medicamentos e insumos requeridos, además de esto se debe tener la disponibilidad de los medicamentos necesarios para las diferentes patologías tratadas, eso se podría sacar con base en las estadísticas de las consultas de los pacientes en el último año, pero no basta con saber que medicamentos e insumos se necesitan, es primordial el compromiso de la ESE central, ya que de ellos depende este suministro y según lo observado, por más que se manden requerimientos a ellos por parte del centro de salud siempre la respuesta es pobre y solo envían lo básico para subsistir.

4.3. SERVICIO DE HOSPITALIZACION:

4.3.1. ESTANDAR INSTALACIONES FISICAS:

COMENTARIOS:

- La institución tiene establecidos espacios para cada servicio, pero por el mal estado de la estructura física a tocado adecuar algunos servicios improvisadamente como el servicio de hospitalización que se ha reubicado en hospitalización niños y observación, todo está junto, no hay un puesto de enfermería que permita la visibilidad de todas las habitaciones, hay baños en común para todos los pacientes y están juntos, hombres, mujeres y niños. Por esto el espacio no es muy apto para el fácil desplazamiento de los enfermos y de personal y como el sitio no es el adecuado para hospitalización no cuenta con las medidas de protección para evitar eventos adversos.
- Existe una sala delimitada para partos aunque todavía se presenta la atención de partos por partera en el domicilio de las maternas, existe la camilla de partos y el espacio para atender el recién nacido, no siempre se tiene el suministro de oxígeno debido a que las pipetas se mandan a recargar a Buenaventura y existe un concentrador que funciona solo en los momentos que haya energía eléctrica. El espacio es amplio y permite el fácil desplazamiento

de las camillas y del personal al igual que la puerta de entrada. El proceso de trabajo de parto es realizado en la sala de hospitalización con lo demás pacientes y bajo las mismas condiciones.

- En la sala de parto, los pisos no son impermeables, ni sólidos, ni de fácil limpieza tampoco uniformes y su nivelación no es la adecuada para facilitar el drenaje. Además los cielos rasos, techos, paredes y muros no son impermeables, ni sólidos, ni de fácil limpieza y ni resistentes a factores ambientales, el piso de toda la institución esta discontinuo y sus paredes no cumplen con ninguno de los requisitos, estas condiciones son las mismas en todo el centro de salud.
- Los servicios públicos se encuentran en mal estado, no hay duchas para los pacientes, estos deben turnarse para bañarse en la parte trasera al aire libre, los baños son comunitarios y al igual que los lavamanos son utilizados por pacientes y por el personal para desechar los residuos de los patos, pero no existen accesorios necesarios para su desinfección y lavado ni en el servicio ni por fuera de él, esta actividad se realiza en la poceta trasera de la institución.
- Las áreas de circulación son compartidas y no se tiene ninguna precaución sobre el cruce de elementos contaminados con los usuarios, los compreceros están en el servicio pero no tapados y simplemente cuando están llenos se desocupan y se colocan en el patio de atrás para ser lavados al día siguiente.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Es urgente reparar el área de hospitalización organizar el techo, para reubicar nuevamente a los pacientes, ya que como se dijo anteriormente en la actualidad no se cumplen con ninguna de las condiciones físicas para manejar el servicio de hospitalización, no hay habitaciones separadas ni barreras físicas que hagan esta función, todos los pacientes están revueltos, se debe crear área de aseo igual a la de urgencias, designar servicios sanitarios para pacientes y por separado las del personal, crear barreras físicas y espacios amplios para protección de los pacientes y trabajadores.

- Se debe separar la sala de trabajo de parto de la de hospitalización, ya que es más cómodo para la madre y además se le debe garantizar servicio sanitario para ella y disponibilidad de oxígeno todo el tiempo, por lo que se deben conseguir concentradores que hagan esta función o suficientes pipetas para garantizar este suministro.
- Se deben instalar y señalizar los lavamanos y pocetas de los pacientes y las de uso interno de la institución. Además es importante crear áreas de aseo en este servicio, donde se tenga el suministro continuo de utensilios para el lavado de material y de residuos líquidos, el área debe señalizarse adecuadamente y debe ser de acceso restringido, en esta misma área deben estar los compareceros con la ropa sucia y contaminada, debidamente tapados y deben ser sacados con precaución y llevados al sitio donde se maneja el lavado de la ropa, donde también deben tener condiciones para su manejo mientras es lavada y descontaminada.
- Se tiene que garantizar el suministro de oxígeno las 24 horas del día, esto sería más fácil si se contara con energía eléctrica, ya que facilitaría la consecución de concentradores y las pipetas se tendrían solo para emergencias.
- Según la Resolución 1445 de 2006 el servicio de hospitalización debe contar con los siguientes ambientes:
 - Cuartos de hospitalización.
 - Puesto o estación de enfermería.
 - Sala de trabajo de enfermería, limpio.
 - Sala de trabajo de enfermería, sucio.
 - Sala de curaciones y tratamiento.
 - Depósito de medicamentos.
 - Depósito de ropa blanca.
 - Sitio para camillas y sillas de ruedas.
 - Unidad sanitaria por sexo, para trabajadores del servicio de hospitalización como médicos, enfermeras, secretarias y estudiantes, en proporción de una por cada 15 personas.

- Sala de visitas con unidad sanitaria, por sexo, en proporción de una por cada 15 personas.

En el puesto o estación de enfermería estarán ubicados los sistemas de llamado de pacientes y los carros de historias clínicas. El puesto de enfermería deberá estar centralizado con respecto a los cuartos de hospitalización, a una distancia no mayor de 35.00 m. de la cama más alejada. Los servicios de hospitalización estarán localizados de tal manera que exista ventilación e iluminación naturales, que se eviten ruidos, olores y otras molestias en general.

El área mínima de las ventanas deberá ser igual a un octavo (1/8) del área libre del cuarto de hospitalización.

En los cuartos comunes la distancia mínima lateral de cama a pared será de 0.50 m y de 0.90 m a la cama vecina, con algún elemento de separación entre camas que permitan privacidad a los pacientes, además deberán contar con unidad sanitaria, ducha y guardarropas.

Las puertas de acceso a los cuartos deberán tener un ancho mínimo de 1.00 m, que permita el paso y giro de camillas y sillas de ruedas con comodidad.

El ambiente de los baños debe permitir el fácil desplazamiento del paciente y contar con sistema para llamado de enfermeras, audible y visible. Las puertas de los baños deberán tener un ancho mínimo de 0.80 m, que permita el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas, deberán abrir hacia afuera o contar con un sistema que permita ser abierta rápidamente. (5).

4.3.2. ESTANDAR DOTACION Y MANTENIMIENTO:

COMENTARIOS:

En el servicio de hospitalización no se tiene equipo de reanimación, el inventario es el siguiente:

INSUMO OBLIGATORIO	SE CUENTA CON EL SI-NO
Ambú	Si
Laringoscopio (adulto y pediátrico)	Si
Guías de intubación (adulto y pediátrico)	No
Succionador	Si
Electrocardiógrafo	No
Bombas de infusión	No
Glucómetro	No
Camas hospitalarias	Si
Sillas de Ruedas	Si

- Se aclara que existe un tensiómetro, un fonendoscopio, una báscula y un equipo de órganos para toda la institución y los servicios, en la mayoría de los casos los fonendoscopios existentes son de propiedad de los médicos que trabajan allí.
- En toda la institución no se tiene carro de paros, se tienen algunos medicamentos e insumos por separado, como de uso diario del centro de salud, pero no establecido como equipo de reanimación.
- Al solicitar la hoja de vida de los equipos, no existía nada de ellos, debido a que los que hay los enviaron desde Quibdó sin especificaciones, manuales, ni guías de manejo, además no se tiene un listado de lo que hay ni en qué

condiciones esta, tampoco se les hace mantenimiento preventivo ni calibración, cada que algo se daña se envía al la ESE de Quibdó y pocas veces lo reponen o arreglan.

- La sala de partos cuenta con todo lo exigido según el anexo 1 de la resolución 1043 del 2006 como lo es: Equipo de succión, equipo básico de reanimación, lámpara cuello de cisne o una equivalente que ilumine perfectamente el campo de interés, lámpara de calor radiante o equivalente, mesa de atención de parto, equipos de atención de partos, equipo de episiotomía y episiorrafia mesa para la atención del recién nacido, tallímetro, báscula pesa bebé. Se aclara que los equipos que son eléctricos solo funcionan en los momentos que hay suministro de energía.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Según los inventarios se deben conseguir los equipos e insumos faltantes para cumplir con los requisitos, se aclara que en algunos casos el suministro puede ser por varios servicios, pero en otros esto no es posible.
- Se debe realizar el equipamiento de un carro de paros, este se realiza según las necesidades de la institución y de los diferentes servicios, este debe cumplir con unas condiciones mínimas que son:
 - Soluciones
 - Elementos médico quirúrgicos suficientes
 - Ambú – bag
 - Laringoscopio con hojas para adulto y pediátrica
 - Guía de intubación para adulto y pediátrica
 - Succionador
 - Electrocardiógrafo
 - Bombas de infusión (si manejan medicamentos de goteo estricto)
 - Glucómetro

- Se debe realizar hoja de vida de los equipos existentes, se les debe realizar mantenimiento preventivo y solicitar los que están pendientes por reparación o reposición, todo esto basándose en las especificaciones del creador, en el anexo 3 se muestran los requisitos mínimos que debe contener este formato.

4.3.3. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:

COMENTARIOS:

- Las profesiones diferentes a la medicina como lo son odontología, bacteriología y enfermería, manejan sus insumos, y es su responsabilidad realizar el control de los vencimientos y cuidados de ellos, ya que son cargados directamente al servicio y los pedidos son realizados, recibidos y organizados por ellos, estos trabajadores manejan al igual que en la farmacia una lista con las existencias pero no con los requisitos exigidos por la ley para su manejo, como lo son el registro invima, fechas de vencimiento, soportes de pedidos y kardex.
- Con respecto al tema de rehuso de dispositivos médicos, son pocos los que se manejan en la institución, los equipos desechables son botados después de ser utilizados por primera vez, en los casos de las mascararas de oxigeno son utilizadas por todos los pacientes sin ser esterilizadas ni lavadas cada que se utilizan, se manejan cubetas con los medicamentos de cada usuario y en cada preparación se utiliza una jeringa nueva, se esterilizan los materiales medico quirúrgicos, de intervenciones menores, de odontología y las de los servicios como tal (tijeras, fresas, cubetas, entre otros), aunque esto se maneje así, no se tiene una guía que establezca el proceso de rehusó de estos insumos.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Con respecto al proceso de reuso de dispositivos médicos, aunque son pocos los insumos que se reutilizan en el proceso de atención y el proceso de esterilización funciona adecuadamente, no está establecido claramente como se debe y bajo qué criterios se debe aplicar el proceso de reutilización, para

esto se deben tener definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos o en los casos de hacerlo se deben tener definidas las condiciones de reuso de dispositivos médicos, la institución podrá reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médico ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones (esta especificación aplica para todos los servicios donde se maneje el reuso de dispositivos médicos).

- Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluido y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se deben almacenar bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. Para poder realizarse esto es necesario primero realizar un listado claro y completo de todos los medicamentos e insumos donde se incluya el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial para medicamentos y para dispositivos médicos el nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo. Luego se debe realizar un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura de estos insumos (esta especificación aplica para todos los servicios donde se manejen medicamentos y dispositivos médicos).

4.3.4. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:

COMENTARIOS:

Aunque la institución brinda servicio de hospitalización, no cuenta con el servicio de hotelería, ni alimentación; los pacientes o sus familiares deben

llevar sábanas y alimentos durante el tiempo que dure su estancia en el servicio, por esta razón no se controlan todos los aspectos relacionados con la recuperación de los pacientes.

ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTÁNDAR:

La institución debe garantizar todos los utensilios necesarios para la hospitalización del paciente y el suministro alimentario, ya que esto influye en la buena recuperación del paciente, principalmente para la prevención de infecciones y de descompensaciones.

A continuación se enunciarán las guías y protocolos que deben existir en la institución en el servicio de hospitalización:

- Guías clínicas de las 5 Primeras causas de consulta en el servicio de consulta externa (las otras 5 se colocaron en el servicio de urgencias):
 - DIABETES
 - INFECCIÓN URINARIA
 - ANEMIA
 - INFECCIONES DE TEGIDOS BLANDOS
 - VAGINITIS

- En el servicio de obstetricia tener guías de las técnicas de asepsia y antisepsia en relación con: Planta física, equipo de salud, paciente, instrumental y equipos.

- Protocolo de atención del parto, indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia, hemorragia post-parto, complicaciones intraparto, instrumentación, atención al recién nacido: Profilaxis ocular y umbilical, adaptación, reanimación del recién nacido y criterios de remisión.

- Protocolo para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul).

- Guía de reanimación Cardiocerebropulmonar
- Guía del control de líquidos
- Guía del plan de cuidados de enfermería
- Guía de administración de medicamentos
- Guía de inmovilización de pacientes
- Guía de venopunción
- Guía de toma de muestras de laboratorio
- Guía de cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas
- Guía de Revisión en cada turno del equipo de reanimación

4.3.5. ESTANDAR INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:

COMENTARIOS:

La institución si cuenta con hospitalización pediátrica, pero ni en estos casos cuenta con suministros de alimentación ni propio ni contratado, los teteros y todos los alimentos deben ser llevados por la familia de los niños.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

El servicio de alimentación y hotelería también es responsabilidad de la institución, ya que ella es la encargada de la adecuada recuperación del paciente tanto adulto como niño y esto no es posible, aunque se le explique a la familia como debe ser la dieta de cada paciente, ella no tiene la capacitación ni los recursos para cumplir con todos los requisitos, esto coloca en riesgo al paciente y puede dificultar su recuperación, si la institución no tiene la infraestructura adecuada para este suministro lo puede contratar con un tercero que cumpla con todos los requisitos y la capacitación adecuada.

4.4. SERVICIO DE FARMACIA:

4.4.1. ESTANDAR INSTALACION ES FISICAS:

COMENTARIOS:

Existe un sitio asignado para la farmacia, la cual es de acceso restringido y manejado por la persona de facturación, aunque por las dificultades económicas de la institución no es muy variada la existencia de medicamentos e insumos, estos se encuentran contados y se descargan cada que se sacan, los medicamentos de refrigeración no se manejan con las condiciones debidas, ni por la persona indicada, además que la infraestructura y el espacio no cumple con las adecuadas condiciones de almacenamiento ni ventilación, simplemente es un salón donde se guardan pero no está adaptada para este fin, pero por el clima del municipio es demasiado caliente y húmedo.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- El servicio farmacéutico esta en un área específica para su funcionamiento, pero no cumple con las condiciones de almacenamiento ni ventilación adecuadas, se debe comenzar por la consecución de alguien indicado para su manejo, reorganizar todo el espacio, la clasificación y distribución de los medicamentos e insumos, aunque no son muchos los medicamentos utilizados según las condiciones y el nivel de complejidad de la institución, no hay control de medicamentos refrigerados y no se manejan medicamentos de control especial, se debe garantiza un sistema de ventilación artificial (ya que natural es muy difícil) de forma que se conserve la vida útil de los productos farmacéuticos y afines y condiciones de temperatura y humedad relativa, además se deben conseguir equipos que midan la temperatura y la humedad de la farmacia.
- Se debe controlar diariamente la temperatura y humedad relativa de este espacio, en la mañana, al medio día y en la tarde, la temperatura ambiental no debe de exceder los 30 grados centígrados y la humedad relativa debe estar entre 40 y 79 %. Cuando el termómetro marque temperaturas ambientales que

estén en medidas por debajo de los límites establecidos se debe prender el sistema de calentadores que están ubicados dentro de las áreas de almacenamiento para aumentar la temperatura del ambiente, cuando el termómetro aumente la medida, se debe apagar. Cuando el termohigrometro marque medidas que estén por debajo de los límites establecidos se debe colocar y encender el sistema de ventilación para que homogenice las condiciones de humedad en el ambiente, cuando la medición del termohigrometro aumente se debe apagar; cuando el termohigrometro marque medidas que estén por encima de los límites establecidos se debe prender el sistema de calentadores para calentar el ambiente y además encender el sistema de ventilación para que homogenice las condiciones de humedad del ambiente. Cuando la medición del termohigrometro disminuya se debe apagar. (todo esto se debe registrar en un formato de control de temperatura y humedad realizado por la institución).

4.4.2. ESTANDAR DOTACION Y MANTENIMIENTO:

COMENTARIOS:

El área de farmacia se encuentra en un espacio designado para tal fin, los medicamentos no se encuentran clasificados, simplemente están juntos en un mueble y en otro los insumos médicos, el único medicamento que se refrigera es la insulina, este se maneja en la nevera de los reactivos del laboratorio, esta es eléctrica y solo se conecta en los momentos en que hay luz, el resto del día se mantiene apagada, además no se tiene control de temperatura para esta. Existe una nevera de gas que si maneja control de temperatura, pero esta es utilizada solamente para las vacunas.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Se debe reestructurar el área de farmacia, conseguir dotación y muebles necesarios para la correcta clasificación, almacenamiento y dispensación de los medicamentos, además de una nevera exclusiva para los medicamentos con control de temperatura la cual debe ser a gas si no es posible el suministro

de energía eléctrica las 24 horas del día, además quipos para la medición de la temperatura de esta.

- La medición de la temperatura de la nevera se debe realizar en la mañana, al medio día y en la noche, la temperatura de esta debe estar en los rangos entre 2 y 8 grados centígrados, cuando el termómetro marque temperaturas que estén en medidas por debajo o por encima de los límites establecidos, se debe cerrar la puerta de la nevera y sin abrirla por 30 minutos, después de este tiempo se realiza otra medida, si esta continua siendo baja o alta, se debe ajustar los controles internos de la temperatura de la nevera, si esta aun no cambia se deben almacenar los medicamentos en otra nevera y reportar el daño. (todo esto se debe registrar en un formato de control de temperatura realizado por la institución).

4.4.3. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:

COMENTARIOS:

- La institución no tiene listados del los medicamentos e insumos que manejan, ni la persona de farmacia ni los médicos, simplemente se tienen guardados todos en el área designada para farmacia y cada que se saca un medicamento se verifica que no esté vencido, si lo esta no se usa y lo desecha el inspector de sanidad trimestralmente, se aclara que si se maneja una lista de inventario, donde se registra el nombre del medicamento o insumos solamente y la cantidad disponible, para descargar cada que se utilice algo.
- Como ya se dijo anteriormente las condiciones de almacenamiento no son las optimas para los medicamentos e insumos de control especial, simplemente se tiene asignado un espacio para ellos, pero no se controla ni humedad ni temperatura, y el único medicamento que se tiene para refrigerar es la insulina la cual se mantiene en una nevera sin control de temperatura la cual algunas horas del día está apagada por la falta de energía en el centro de salud.

- Debido a que la adquisición de los insumos y dispositivos médicos la realiza la ESE central en el municipio de Quibdó, no se tiene información de cómo se realiza la adquisición de los mismos, por lo cual se sugiere pedir a este ente información detallada sobre la realización de este proceso y la respectiva documentación.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Es importante reestructurar todo el proceso de la farmacia, ya que no cumple con ninguno de los requisitos establecidos para su funcionamiento y es un área fundamental para la prestación de servicios de salud, El servicio farmacéutico deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:
 - Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades, procesos que se realicen y personas que laboren.
 - Contar con una dotación, constituida por equipos, instrumentos, bibliografía y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y procesos que se realizan en cada una de sus áreas.
 - Disponer de un recurso humano idóneo para el cumplimiento de las actividades y procesos que realice.
- Además se debe mantener un inventario claro de que medicamentos e insumos que existen, principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento, presentación comercial vida útil y clasificación de acuerdo al riesgo.
- Para poder realizar el adecuado control y manejo de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos utilizados en toda la institución, primero se hace necesario realizar un inventario preciso de lo que se tiene y se maneja para así manejar su almacenamiento bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación, para cada tipo de medicamento y dispositivo de acuerdo a las condiciones establecidas por el fabricante.

4.4.4. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:

- A continuación se enunciarán las guías y protocolos que deben existir en la institución en el servicio de hospitalización:
 - Manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada recepción, almacenamiento, conservación de los medicamentos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el laboratorio fabricante, diseñados por químico farmacéutico.
 - Normas explícitas sobre la no formulación ni realización de actividades de asesoría farmacológica ni de farmacovigilancia por personal diferente al químico farmacéutico.
 - Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica por parte de personal diferente al químico farmacéutico.
 - Procedimiento para el manejo de medicamentos de control.
 - Procedimientos para el control de fechas de expiración y mecanismos de baja de medicamentos.

4.4.5. ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

COMENTARIOS:

No se tiene registro de temperaturas del ambiente ni y como no se tiene nevera para refrigeración de medicamentos, tampoco se cumplen con estos formatos.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

Se debe manejar el registro de la temperatura de la nevera, ya que en esta es donde se manejan los reactivos para el procesamiento de las muestras y el análisis de los exámenes, se debe comenzar por la consecución de una nevera de gas o garantizar el suministro de energía las 24 horas del día, además esta nevera debe ser de uso exclusivo para el servicio de laboratorio clínico ya que en esta también se guarda la insulina para los pacientes y otros alimentos. En

el anexo se propone un procedimiento para el control y registro de temperaturas no solo de la nevera del laboratorio sino también de los medicamentos que requieren refrigeración y de ambientes de temperatura especial.

4.5. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA:

4.5.1. ESTANDAR INSTALACIONES FISICAS:

COMENTARIOS:

- En el área de consulta externa se manejan los consultorios de medicina general, odontología, enfermería y promoción y prevención, las instalaciones físicas como paredes y pisos están igual que la de todos los servicios del centro de salud, en malas condiciones y no cumple con las exigencias, de todos los consultorios solo 2 manejan lavamanos propio que es el de odontología para lavado de instrumental y uno de los de medicina y tiene servicios públicos propios del servicio.
- Todos los consultorios si tienen separadas las áreas de la entrevista y la de realización del examen físico, respetando la privacidad del paciente.
- El área de vacunación cuenta son nevera a gas donde se guardan las vacunas, no tiene lavamanos propio, en caso de requerirlo se utiliza el de otro consultorio médico que si lo tenga.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Los consultorios de medicina general y de odontología, tienen área separada para entrevista y para procedimientos pero a cada consultorio se le debe instalar un lavamanos, además se deben instalar servicios públicos para consulta externa, porque los que pocos que hay son utilizados por todos servicios del centro de salud.

- Al igual que en toda la institución es necesario realizar una modificación buscando cumplir con lo exigido: los pisos deben ser impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros también deben ser impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales. En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales, esto principalmente en el consultorio de odontología, ya que allí se realizan procedimiento menores.

- Según la resolución 4445 de 1996 el área de consulta externa debe contar con los siguientes ambientes:
 - Sala de espera: con un área mínima de 3.00 m2 por consultorio.
 - Unidad sanitaria por sexo, una por cada 15 pacientes.
 - Consultorio de medicina general, odontología, Enfermería o Promoción y Prevención. El área mínima por consultorio deberá ser de 10.00 m2 (lado mínimo: 2.50 m.)

4.5.2. ESTANDAR DOTACION Y MANTENIMIENTO:

COMENTARIOS:

- En el servicio de consulta externa el inventario es el siguiente:

INSUMO OBLIGATORIO	SE CUENTA CON EL SI-NO
Camilla con estribos	Si
Tensiómetro	No
Fonendoscopio	No
Equipo de órganos de los sentidos	No

Martillo de reflejos	Si
Balanza de pie	No
Nevera exclusiva para vacunación con termómetro	Si
Biológicos según el PAI para Colombia	Si
Camilla (para atención extramural)	Si
Equipo de órganos (para atención extramural)	No
Fonendoscopio (para atención extramural)	Si
Tensiómetro (para atención extramural)	Si
Metro (para atención extramural)	Si
Termómetro (para atención extramural)	Si
Tabla de agudeza visual (para atención extramural)	Si
Balanza (para atención extramural)	Si
Tallimetro (para atención extramural)	Si
Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología en un numero que garantice la esterilización entre un paciente y otro	Si
Equipos de laboratorio necesarios para exámenes que se realicen	Si

Correcta cadena de frío de las vacunas	Si
--	----

- En el servicio de odontología el inventario es el siguiente:

INSUMO OBLIGATORIO	SE CUENTA CON EL SI-NO
Sillón con cabecera anatómica	Si
Escupidera	Si
Lámpara odontológica de luz fría	Si
Espejo de mano	Si
Bandeja para instrumental	Si
Eyector	Si
Jeringa triple	Si
Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano	No
Piezas de mano	Si
Compresor de aire	Si
Esterilizador	Si, pero es el mismo para toda la institución.
Recipiente para esterilización en frío estéril	No
Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico	Si
Dispone también del siguiente Instrumental para operatoria: Aplicador de dycal, condensador, porta	Si

amalgama, bruñidor, pinza gubia, portabanda y portamatriz y o cleoide, discoide	
Instrumental para endodoncia	Si
Instrumental para Exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, Tijeras, mango para bisturí.	Si
Instrumental para periodoncia: Sonda periodontal, dentímetro, periostótomo y curetas.	Si
En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario Según la especialidad.	Si

- Según el inventario de los equipos del servicio a ninguno se le tiene creada hoja de vida, ni se sabe nada de ellos, simplemente se usan por el personal y cuando se dañan se desechan o envían a la ESE central para reparación.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Según los inventarios se deben conseguir los equipos e insumos faltantes para cumplir con los requisitos, se aclara que en algunos casos el suministro puede ser por varios servicios, pero en otros esto no es posible.
- Se debe realizar hoja de vida de los equipos existentes, se les debe realizar mantenimiento preventivo y solicitar los que están pendientes por reparación o reposición, todo esto basándose en las especificaciones del creador, en el anexo 3 se muestran los requisitos mínimos que debe contener este formato.

4.5.3. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:

COMENTARIOS:

- Las profesiones diferentes a la medicina en este caso odontología y enfermería, manejan sus insumos, y es su responsabilidad realizar el control de los vencimientos y cuidados de ellos, ya que son cargados directamente al servicio y los pedidos son realizados, recibidos y organizados por ellos, estos trabajadores manejan al igual que en la farmacia una lista con las existencias pero no con los requisitos exigidos por la ley para su manejo, como lo son el registro invima, fechas de vencimiento, soportes de pedidos y kardex.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluido y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se deben almacenar bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. Para poder realizarse esto es necesario primero realizar un listado claro y completo de todos los medicamentos e insumos donde se incluya el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial para medicamentos y para dispositivos médicos el nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo. Luego se debe realizar un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura de estos insumos (esta especificación aplica para todos los servicios donde se manejen medicamentos y dispositivos médicos).

- El manejo de la nevera de las vacunas es el adecuado, esta se encuentra encendida las 24 horas del día, ya que es de gas, tiene termómetro para control de temperatura y estas mediciones se realizan varias veces al día, tomando las medidas correctivas en caso de presentar alguna modificación.

4.5.4. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:

- A continuación se enunciarán las guías y protocolos que deben existir en la institución en el servicio de consulta externa:
 - En el servicio de odontología se debe tener lo siguiente:
 - Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas; procedimientos documentados para el manejo de residuos infecciosos y manuales de bioseguridad.
 - Proceso de esterilización propio del servicio de odontología.
- Con respecto a las actividades de promoción y prevención, se deben implementar las normas técnicas y guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública, para la detección temprana y protección específica según lo establecido en la resolución 412 del 2000:
 - Protección específica: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Estas están definidas por las siguientes normas técnicas:
 - Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
 - Atención Preventiva en Salud Bucal.
 - Atención del Parto.
 - Atención al Recién Nacido.
 - Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres.

- Detección temprana: Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte. Están definidas por las siguientes normas técnicas:
 - Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (menores de 10 años).
 - Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años).
 - Detección temprana de las alteraciones del embarazo.
 - Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años).
 - Detección temprana del cáncer de cuello uterino.
 - Detección temprana del cáncer de seno.
 - Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.
- Guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública:
 - Bajo peso al nacer.
 - Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad).
 - Infección respiratoria aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
 - Enfermedad Diarréica Aguda /Cólera.
 - Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar.
 - Meningitis Meningocóccica.
 - Asma bronquial.
 - Síndrome convulsivo.
 - Fiebre reumática.
 - Vicios Retracción de Estrabismo, Cataratas. Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica. Sífilis, VIF.
 - Hipertensión arterial.
 - Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo.
 - Menor y Mujer Maltratados.

- Diabetes Juvenil y del Adulto.
- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino.
- Lepra.
- Malaria.
- Dengue.
- Leishmaniasis cutánea y visceral.
- Fiebre Amarilla.

Se aclara que Los contenidos de las normas técnicas y guías de atención serán actualizados periódicamente de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible en el país, el desarrollo científico y la normatividad vigente.

4.6. SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO:

4.6.1. ESTANDAR INSTALACIONES FISICAS:

COMENTARIOS:

- Existe un área un área dedicada para la tomar muestras que está dotada con muebles para tal fin. Tiene un mesón sólido para la centrifuga y este está cubierto con un material antifluidos de fácil limpieza.
- Para la Toma de muestras ginecológicas y citologías Cérvico uterinas, se tiene una sala aparte y privada.
- El servicio de laboratorio clínico cuenta con un baño, poceta y lavamanos propios del servicio.
- El área de laboratorio tiene las secciones separadas y correctamente identificadas y con adecuada ventilación. Las mesas de trabajo son recubiertas con material antifluido y resistente a factores ambientales, los equipos del laboratorio cuentan con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra.

- Las instalaciones físicas como paredes y pisos están igual que la de todos los servicios del centro de salud, en malas condiciones y no cumple con las exigencias.
- No se maneja laboratorio de patología, ni de citologías cervico – uterinas ni de histotecnología, todos los análisis que se requieran es este campo se envían directamente a Quibdó al hospital central.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Al igual que en toda la institución es necesario realizar una modificación buscando cumplir con lo exigido: los pisos deben ser impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. esto debido a que en el área de laboratorio clínico se trabaja con reactivos y con fluidos contaminados.

4.6.2. ESTANDAR DOTACION Y MANTENIMIENTO:

COMENTARIOS:

- **En el servicio de laboratorio clínico el inventario es el siguiente:**

INSUMO OBLIGATORIO	SE CUENTA CON EL SI-NO
Camilla con estribos (para toma de citologías)	Si
Lámpara de cuello de cisne o su equivalente que permita la iluminación del campo de interés (para toma de citologías)	Si
Espéculos y material necesario para realizar este procedimiento	Si

(para toma de citologías)	
Las muestras se toman con citocepillo endocervical y espátula, aséptico y desechables (para toma de citologías)	Si
Los equipos necesarios según las muestras que tomen	Si
Equipos Manuales, semiautomatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen.	Si
Nevera exclusiva para laboratorio	Si

- Según el inventario de los equipos del servicio a ninguno se le tiene creada hoja de vida, ni se sabe nada de ellos, simplemente se usan por el personal y cuando se dañan se desechan o envían a la ESE central para reparación.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

Se le debe realizar la hoja de vida a cada uno de los equipos de urgencias según las especificaciones de su creador, comenzar a enviarlos a mantenimiento preventivo y calibración. Aunque el formato de hoja de vida de equipos es elaborado por cada institución, este debe contener unas condiciones y datos mínimos, los cuales están planteados en el anexo 3.

4.6.3. ESTANDAR MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS:

COMENTARIOS:

- Las profesiones diferentes a la medicina como lo es en este caso la bacteriología manejan sus insumos, y es su responsabilidad realizar el control de los vencimientos y cuidados de ellos, ya que son cargados directamente al servicio y los pedidos son realizados, recibidos y organizados por ellos, estos trabajadores manejan al igual que en la farmacia una lista con las existencias pero no con los requisitos exigidos por la ley para su manejo, como lo son el registro invima, fechas de vencimiento, soportes de pedidos y kardex.
- Las condiciones de almacenamiento no son las óptimas para los reactivos del laboratorio, se tiene nevera propia del servicio, pero esta no tiene control de temperatura y en algunas horas del día está apagada por la falta de energía en el centro de salud, además allí también guardan la insulina de hospitalización y de urgencias.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

- Se debe realizar un inventario de las existencias y de los reactivos, realizarle kardex a todos dispositivos médicos y reactivos, se deben garantizar el adecuado almacenamiento, refrigeración y ventilación de estos, se propone un esquema de kardex en el [anexo 4](#).
- Además se debe mantener un inventario claro de que medicamentos e insumos que existen, principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento, presentación comercial vida útil y clasificación de acuerdo al riesgo.

4.6.4. ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:

- A continuación se enunciarán las guías y protocolos que deben existir en la institución en el servicio de laboratorio clínico:
 - Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras.
 - Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico.
 - Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico.
 - Protocolo de limpieza y desinfección de áreas
 - Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio
 - Protocolo de transporte de muestras
 - Manual de toma, transporte y remisión de Muestras.
 - Manuales de procedimientos técnicos de cada sección.
 - Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico.
 - Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico.

- Los manuales deben llevar un registro de que todo el personal los conoce, deben revisarse cada año y documentar las actualizaciones.

4.6.5. ESTANDAR HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:

COMENTARIOS:

- Con respecto al laboratorio clínico se maneja registro diario de pacientes y exámenes solicitados, registro de entrega de muestras al laboratorio, los únicos exámenes que se remite son la citología cervicovaginal y la prueba para leishmaniasis y se maneja un registro de las muestras enviadas las cuales son procesadas en el laboratorio departamental de Quibdó, también se maneja un cuaderno donde se relacionan los resultados de los exámenes procesados o remitidos con el nombre del paciente, documento, edad, fecha de

procesamiento y resultado, no se maneja registro de temperatura en de la nevera ya que como se explico anteriormente, hay horas del día en que la nevera se encuentra apagada por falta de energía, tampoco se maneja registro de control de calidad interno y externo.

ANALISIS DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR:

Se debe manejar el registro de la temperatura de la nevera, ya que en esta es donde se manejan los reactivos para el procesamiento de las muestras y el análisis de los exámenes, se debe comenzar por la consecución de una nevera de gas o garantizar el suministro de energía las 24 horas del día, además esta nevera debe ser de uso exclusivo para el servicio de laboratorio clínico ya que en esta también se guarda la insulina para los pacientes y otros alimentos. En el [anexo 5](#) se propone un procedimiento para el control y registro de temperaturas no solo de la nevera del laboratorio sino también de los medicamentos que requieren refrigeración y de ambientes de temperatura especial.

5. CONCLUSIONES

- Se tiene claro que en el municipio de Nuquí por sus condiciones económicas y geográficas se hace difícil el acceso a la tecnología para la atención en los servicios de salud, pero es necesario reestructurar el centro de salud San Pedro Claver, ya que es el único que presta atención médica a toda la población, pero en muchos de los casos los servicios prestados no son de calidad ni con la seguridad adecuada poniendo en riesgo a la población y al personal que labora en la institución.
- La problemática del centro de salud San Pedro Claver del municipio de Nuquí, no es solo responsabilidad de sus trabajadores y directivos ya que esta depende directamente de la ESE central y para muchas de sus acciones de la alcaldía del municipio, estos entes también son parte activa de la institución y sobre ellos también cae parte de las responsabilidades.
- Es necesario implementar el sistema único de habilitación en el centro de salud y continuar con la implementación de todo el sistema de garantía de la calidad, ya que el hecho de que esta sea la única institución prestadora de servicios en el municipio esto no la exime de responsabilidades para con los pacientes y los empleados.
- Aunque todos los aspectos del sistema único de habilitación son urgentes y obligatorios, es importante comenzar por adecuar el espacio físico de la institución, ya que es necesario ubicar adecuadamente todos los servicios, en sitios con condiciones aptas y seguras para comenzar a desarrollar y a aplicar los demás estándares.

6. BIBLIOGRAFIA

- (1) Colombia, Congreso de la república. Ley 10 del 10 de Enero de 1990.
- (2) Colombia, Congreso de la república. Ley 100 del 23 de Diciembre de 2003.
- (3) Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006.
- (4) Colombia, Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006.
- (5) Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 1445 del 8 de Mayo de 2006.
- (6) Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 1446 del 8 de Mayo de 2006.
- (7) Colombia, Congreso de la república. Ley 1122 del 09 de Enero de 2007.
- (8) Claudia Liliana Barrantes Diosa. Reuso de dispositivos en odontología. {En línea}. {Consultado el 8 julio 2009}. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/266/1/Reuso_dispositivosen_odontologia_claudia_barrantes.pdf
- (9) Colombia, Ministerio de Protección Social. Decreto 2200 del 28 de junio de 2005.
- (10) Colombia, Ministerio de Protección Social. Resolución 412 del 25 de febrero de 2000.

- (11) DIVISION CIENTIFICA ESCARE. Asesoría para el consentimiento informado en odontología. {En línea}. {Consultado el 10 Agosto 2009}. Disponible en: http://www.medicolegal.com.co/rml/files%5Cnoticias%5Caspec_odonto_1.pdf
- (12) HOSPITAL LA VICTORIA. Guía de manejo y dotación del carro de paro. {En línea}. {Consultado el 5 de junio 2009}. Disponible en: www.esevictoria.gov.co
- (13) SECRETARIA DE SALUD BOGOTA. Guía práctica para la referencia de pacientes. {En línea}. {Consultado el 14 octubre 2009}. Disponible en: [www.saludcapital.gov.co/.../Anexo%20N°%2041%20Ejemplo%20protocolo%20Referencia%](http://www.saludcapital.gov.co/.../Anexo%20N°%2041%20Ejemplo%20protocolo%20Referencia%20)
- (14) SECRETARIA DE SALUD BOGOTA. Protocolo de uso y manejo de la historia clínica. . {En línea}. {Consultado el 20 septiembre 2009}. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/.../Anexo%20N°%2037%20Protocolo%20de%20Uso%20y%20Mane
- (15) UNIVERSIDAD JAVERIANA. Recibo y entrega de turno. {En línea}. {Consultado el 12 agosto 2009}. Disponible en: med.javeriana.edu.co/pediatrica/guias/enf/turnos.doc

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1

GUIA PARA REVISAR Y ADJUNTAR A CADA HOJA DE VIDA

CARGO DEL EMPLEADO: _____

NOMBRES Y APELLIDOS:

VERIFICACION DE DATOS PERSONALES:

1. NOMBRE Y APELLIDO:

TELEFONO:

INFORMACION SUMINISTRADA:

2. NOMBRE Y APELLIDO:

TELEFONO:

INFORMACION SUMINISTRADA:

VERIFICACION DE TITULOS:

1. TITULO OBTENIDO:

INSTITUCION DONDE LA OBTUVO Y ESTA EN EL LISTADO DE INSTITUCIONES RECONOCIDAS POR EL ESTADO PARA ESTE TITULO:

NUMERO DEL ACTA DE GRADO: _____

VERIFICACION DE LA OBTENCION DEL TITULO CON LA INSTITUCION QUE LO OTORGO:

TELEFONO: _____

PERSONA CON QUIEN SE HABLA:

INFORMACION SUMINISTRADA:

2. TITULO OBTENIDO:

INSTITUCION DONDE LA OBTUVO Y ESTA EN EL LISTADO DE INSTITUCIONES RECONOCIDAS POR EL ESTADO PARA ESTE TITULO:

VERIFICACION DE LA OBTENCION DEL TITULO CON LA INSTITUCION QUE LO OTORGO:

TELEFONO: _____

PERSONA CON QUIEN SE HABLA:

INFORMACION SUMINISTRADA:

VERIFICACION DE EXPERIENCIAS LABORALES:

1. NOMBRE Y APELLIDO:

TELEFONO:

INFORMACION SUMINISTRADA:

2. NOMBRE Y APELLIDO:

TELEFONO:

INFORMACION SUMINISTRADA:

3. NOMBRE Y APELLIDO:

TELEFONO:

INFORMACION SUMINISTRADA:

7.2. ANEXO 2

GUIA DE MANEJO DEL IDENTIFICACION DEL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO DE LA INSTITUCION

1. Todo el personal que trabaja en la institución debe estar debidamente identificado con su carnet, el cual debe cargar en todo momento siempre y cuando se encuentre dentro de la institución.
2. En cada carnet se define el cargo de cada trabajador y lo deben presentar al momento del ingreso a la institución.
3. En los casos de los estudiantes estos deben cargar el carnet de la institución educativa todo el tiempo, incluso para poder ingresar a la institución.
4. Los pacientes que ingresan al servicio de urgencias deben presentar un documento de identidad y máximo entra un acompañante con el usuario.
5. Para el ingreso de visitantes a hospitalización deben dejar un documento al ingreso y se les entrega un carnet de visitantes, el cual se debe devolver al salir para la devolución del respectivo documento.
6. El área de consulta externa es de libre acceso, para poder pedir los fichos y acceder a los consultorios médicos y odontológicos, al igual que al laboratorio.

7.3. ANEXO 3

HOJA DE VIDA Y DE CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS IPS

HOJA DE VIDA DE EQUIPOS	
NOMBRE DE PRESTADOR O RAZÓN SOCIAL	
FECHA DE ELABORACIÓN DE LA HOJA DE VIDA	(DD-MM-AAAA)
CÓDIGO DEL PRESTADOR	<i>(Código de inscripción ante la SDS)</i>

ESPECIFICACIONES TECNICAS

DETALLE	CARACTERÍSTICAS
NOMBRE DEL EQUIPO	
TIPO DE EQUIPO	
MARCA	
MODELO	
REFERENCIA	
SERIE	
FABRICANTE Y LUGAR DE ORIGEN	
FECHA DE ADQUISICIÓN	
FORMA DE ADQUISICIÓN	
NOMBRE DE PROVEEDOR - DIRECCIÓN	

COSTO DE ADQUISICIÓN	
COSTO DE REPOSICIÓN A 200x (AÑO VIGENTE)	
CARACTERÍSTICAS Y COMPONENTES DEL EQUIPO	
VOLTAJE	
REQUISITOS E INDICACIONES DADAS POR EL FABRICANTE	
MANTENIMIENTO INDICADO POR EL FABRICANTE	
CALIBRACIÓN (TIPO Y PERIODICIDAD)	
SERVICIO EN EL QUE SE ENCUENTRA UBICADO	
N° PLACA O CODIGO DE INVENTARIO	
GARANTÍA	FECHA DE INICIO: FECHA DE TERMINACION:

CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACION

CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CALIBRACION AÑO: _____													
NOMBRE DEL EQUIPO:													
TIPO DE EQUIPO:													
MARCA:													
MODELO:													
REFERENCIA:													
SERIE:													
SERVICIO EN EL QUE SE ENCUENTRA UBICADO:													
N° PLACA O CODIGO DE INVENTARIO:													
OBSERVACIONES:													
CALIBRACION	MANTENIMIENTO PREVENTIVO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

REGISTRO DE MANTENIMIENTO

NOMBRE DEL EQUIPO:					
TIPO DE EQUIPO:					
MARCA:					
MODELO:					
REFERENCIA:					
SERIE:					
SERVICIO EN EL QUE SE ENCUENTRA UBICADO:					
N° PLACA O CODIGO DE INVENTARIO:					
FECHA DE REALIZACIÓN DE (DD/MM/AAAA)			DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD REALIZADA	NOMBRE DEL PROFESIONAL O TÉCNICO	FIRMA DEL PROFESIONAL O TECNICO
MANTENIMIENTO PREVENTIVO	CALIBRACIÓN	MANTENIMIENTO CORRECTIVO			

