

**VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION
EN LA UNIDAD RENAL CEDIT LTDA EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE
PASTO**

**KAREN BALDOVINO MEZA
KAREN ROSSMERY LUNA MORA
VIVIANA MUÑOZ SANTACRUZ**

**Asesora:
Mag. Amparo Rueda de Chaparro
Docente de Catedra**

**UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
SAN JUAN DE PASTO
2014**

**VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION
EN LA UNIDAD RENAL CEDIT LTDA EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE
PASTO**

**KAREN BALDOVINO MEZA
KAREN ROSSMERY LUNA MORA
VIVIANA MUÑOZ SANTACRUZ**

**Trabajo de postgrado presentado como requisito para obtener el
Título de Especialista en Auditoria en Salud**

**Asesora:
Mag. Amparo Rueda de Chaparro
Docente de Càtedra**

**UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD MARIANA
FACULTAD DE POSTGRADOS Y RELACIONES INTERNACIONALES
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
SAN JUAN DE PASTO
2014**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Jurado

Director de Tesis

San Juan de Pasto, Octubre de 2014

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedicamos de manera especial a nuestros padres, esposos, hermanos, compañeros y demás familiares que nos acompañaron en este proceso de formación académica.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos realizar esta especialización y culminar con este proyecto, que esperamos sea de utilidad para todos aquellos que lo tomen como referente.

A la Dra. Amparo Rueda Asesora de este trabajo, docente de posgrado en la Facultad de Medicina de la Universidad CES de Medellín, gracias por sus enseñanzas, dedicación y apoyo incondicional durante el desarrollo de este proyecto.

A nuestros padres, esposos, hermanos y amigos que estuvieron dándonos apoyo y ánimo para continuar y seguir adelante.

A todos los profesionales de la Unidad Renal CEDITDEL SUR LTDA, que generosamente compartieron parte de su tiempo para contribuir con la ejecución de este trabajo.

A la Universidad Mariana por generar espacios propicios para nuestro crecimiento personal y profesional.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCION	13
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2. JUSTIFICACION	15
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA	16
2. OBJETIVOS	17
2.1. OBJETIVO GENERAL	17
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	17
3. MARCO REFERENCIAL	18
3.1. MARCO HISTORICO SITUACIONAL	18
3.1.1. Macro Contextualización	18
3.1.2. Micro Contextualización	19
3.2. MARCO TEORICO	21
3.2.1. Perfil Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica en el Departamento de Nariño	21
3.2.2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para atención de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en el Departamento de Nariño	21
3.3. MARCO LEGAL	22
3.3.1 Ley 9 de 1979	22
3.3.2 Ley 10 de 1990	23
3.3.3. Resolución 2003 de 2014	23
3.3.4. Ley 715 de 2001	23
3.3.5. Decreto 1011 de 2006	24
3.3.6. Resolución 2003 de 2014	24
3.3.6.1. Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios	25
3.3.6.2 Actividades del Proceso de Inscripción del Prestador y Habilitación de los Servicios	28
3.3.6.3 Condiciones de habilitación de entrada y permanencia en el SOGCS	28
3.3.6.4. Buenas prácticas en seguridad del paciente obligatorio	28
3.3.6.5. Sanciones	30
3.3.6.6. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC)	31
4. METODOLOGIA	32
4.1. ENFOQUE METODOLOGICO	32
4.2. TIPO DE INVESTIGACION	32
4.3. POBLACION Y MUESTRA	32

4.3.1. Población	32
4.3.2 Muestra	32
4.4. DESCRIPCION DE VARIABLES	32
4.5. TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	48
4.5.1. Fuentes de información	48
4.5.2. Instrumento para la recolección de información	48
4.6. CONTROL DE ERRORES Y CEGOS	48
4.7. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS	48
4.8. CONSIDERACIONES ETICAS	49
4.8.1. Investigación sin riesgo	49
5. RESULTADOS	50
6. CONCLUSIONES	75
7. REFERENTES	77
ANEXOS	78

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Lista de chequeo consulta externa especialidades médicas.	80
Anexo B	Lista de chequeo servicio de hemodiálisis y diálisis peritoneal.	83

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Población atendida.	21
Tabla 2.	VARIABLES para la lista de chequeo.	33
Tabla 3.	Estándares obligatorios sistema único de habilitación.	35
Tabla 4.	Indicadores de Calidad por Servicio.	38
Tabla 5.	Constancia de autoevaluación.	44
Tabla 6.	Servicios de declarados en la autoevaluación.	50
Tabla 7.	Actualización del portafolio de servicios.	51
Tabla 8.	Novedades en la actualización del portafolio de servicios.	51
Tabla 9.	Capacidad instalada.	52
Tabla 10.	Cumplimiento criterios habilitación talento humano e infraestructura.	53
Tabla 11.	Cumplimiento criterios habilitación dotación, medicamentos, dispositivos e insumos médicos.	54
Tabla 12.	Cumplimiento criterios habilitación procesos prioritarios, historia Clínica, y registro de interdependencia.	56
Tabla 13.	Buenas practicas obligatorias en seguridad del paciente.	58
Tabla 14.	Buenas prácticas obligatorias en seguridad del paciente para la IPS CREDIT DEL SUR LTDA.	63

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Localización de la Ciudad de Pasto en Nariño y Colombia.	19
Figura 2.	Localización IPS Renal CEDIT del Sur Ltda.	20
Figura 3.	Panorámica Instalaciones IPS CEDIT del Sur Ltda.	20
Figura 4.	Cumplimiento de criterios por servicio.	63
Figura 5.	Cumplimiento Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.	68

RESUMEN

De conformidad con el desarrollo del país, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, ajustó los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud a través de la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, la cual permite brindar seguridad a los usuarios frente a potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud. Con el presente trabajo se buscó evaluar y verificar el cumplimiento de los estándares de Habilidadación y las condiciones de la capacidad Técnico científica en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Renal CEDIT DEL SUR LTDA, de la ciudad de Pasto (Nariño), de acuerdo a la Normatividad vigente, en este caso la resolución 2003 de 2014. Se realizó un estudio con un enfoque mixto, de tipo observacional, descriptivo y transversal mediante el cual fue posible identificar la implementación de los nuevos estándares y criterios de la resolución 2003 de 2014, en los distintos procesos y servicios habilitados en la IPS como: Consulta Externa de Medicina Especializada (Nefrología), Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal; así como la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación frente a lo observado en cada uno de los servicios, mediante herramientas que permitieron la realización de una verificación interna a fin de garantizar la calidad en la atención de forma eficiente, eficaz y segura y que permitieron establecer acciones correctivas efectivas para lograr la calidad esperada y la satisfacción del cliente. La Unidad Renal, CEDIT DEL SUR LTDA, es una Institución Prestadora de Servicios de salud de carácter ambulatorio, ubicada en el barrio San Ignacio de la ciudad de Pasto (Nariño), Institución de derecho privado, entidad con Ánimo de Lucro. Es una Sociedad de responsabilidad limitada con especialización en servicios integrales de Nefrología, la cual fue creada el primero de julio de 2006 con un enfoque de gestión asistencial con cobertura en el territorio de Nariño y Putumayo para los pacientes que requieren tratamientos en la especialidad de Nefrología, Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis, Pre diálisis y Control Post Trasplante, como una oportunidad en la mejora de la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES

Estándares de habilitación, prestación del servicio, verificación del cumplimiento.

ABSTRACT

In accordance with the country's development, the Ministry of Health and Social Protection of Colombia, adjusted procedures and conditions for the licensing of health services through resolution 2003 of May 28, 2014, which allows to provide security users against potential risks associated with the provision of health services. The present study aimed to evaluate and verify compliance with the standards of approval and the conditions of scientific Techno capacity in the Lending Institution of Health Services Renal CEDIT DEL SUR LTDA, of the Pasto city (Nariño), according to the Regulations in force, in this case the resolution 2003 of 2014 a study was conducted with a mixed descriptive and transversal approach, observational, whereby it was possible to identify the implementation of the new standards and criteria in resolution 2003 of 2014, the different processes and enabled on the IPS as Specialized Outpatient Medicine (Nephrology), Hemodialysis and Peritoneal Dialysis services; and verification of standards compliance enablement compared to what was observed in each of the services, using tools that allow the realization of internal verification to ensure quality care in an efficient, effective and safe and allowed to establish effective corrective actions to achieve the expected quality and customer satisfaction. The Renal Unit, CEDIT DEL SUR LTDA, is a lending institution of health services for outpatient care, located in the San Ignacio district of the Pasto city (Nariño), private institution, entity for Profit, is a Society limited liability company specializing in full service nephrology, which was established on July 2006 with a focus on managed care coverage in the territory of Nariño and Putumayo for patients requiring treatment in the specialty of Nephrology, Peritoneal Dialysis, Hemodialysis, Transplantation predialysis and Control Post, as an opportunity to improve the quality of life.

KEYWORDS

Standards empowerment, service delivery, verification of compliance.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, en el país cuando se acude a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la expectativa que se tiene es tener acceso a procedimientos de alta calidad realizados por personal competente y altamente calificado, que pueda satisfacer las necesidades de todos y cada uno de los pacientes brindando atención oportuna, confiable, personalizada e integral, sin embargo es posible que se puedan presentar falencias originadas en parte al incumplimiento de las disposiciones de carácter estructural establecidas por la Normatividad Sanitaria vigente, lo cual ha conllevado a incluir en un marco legal instrumentos que orienten la generación de mecanismos de calidad en las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fue creado mediante el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social para mantener y mejorar la calidad de los Servicios de Salud en Colombia a través de cuatro (4) componentes: Sistema Único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. (1)

De conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector, el Ministerio de Salud y Protección Social ajustó los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud, que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a su prestación, lo cual fue reglamentado en la Resolución 1441 del 8 de mayo de 2013, que derogó la legislación anterior relacionada con el tema, y esta a su vez, fue derogada por la resolución 2003 del 28 de mayo 2014, la cual es de obligatorio cumplimiento para los Prestadores de Servicios de Salud, de tal forma que puedan ingresar al sistema y permanecer en él. (2)

Con base a lo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben cumplir las disposiciones impartidas en la Resolución, que demanda un alto nivel de cumplimiento y seguimiento especialmente en los requisitos establecidos en los siete (7) estándares de habilitación de las Condiciones de la Capacidad Técnico Científica, en los cuales se observó un incremento del grado de exigencia.

Con el presente trabajo se buscó verificar el cumplimiento de las condiciones de la Capacidad Técnico científica en la Unidad Renal CREDIT DEL SUR LTDA, de carácter privado ubicada en la ciudad de Pasto, en la Calle 13 No. 29- 38 sector del barrio San Ignacio de la ciudad de Pasto, Departamento de Nariño, cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud en la especialización de Nefrología, con el propósito de establecer acciones inmediatas orientadas a favorecer el acatamiento de la normatividad vigente para poder mantener las condiciones de

habilitación y continuar como Prestador activo en el Registro Especial de Prestadores de Servicios (REPS).

Lo anterior, mediante la verificación de los estándares generales y específicos de las Condiciones Tecnológico científicas definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, con el propósito de establecer acciones inmediatas orientadas a favorecer el acatamiento de la normatividad vigente, mantener las condiciones de habilitación y continuar como prestador activo en el REPS. (3).

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso de habilitación evalúa los establecimientos de salud, bajo la perspectiva de ser requisitos “mínimos exigidos, alcanzables y de estricto cumplimiento” con el propósito de poder operar garantizando la continuidad de la calidad en la prestación del servicio. Han sido diseñados mediante la metodología de “estándares y criterios”; los primeros se definen como un conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente que describen el nivel aceptable de rendimiento de una Institución y determinan el nivel de exigencia para cada servicio y los segundos establecen el detalle de Prestadores de Servicios de Salud que hace parte integral de la Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

A través de la Resolución 2003 de 2014, se puede constatar el cumplimiento de las condiciones de habilitación en los servicios de salud ofertados por el prestador, así como la adopción del Manual Único de Inscripción y Habilitación, el proceso debe cumplirse de acuerdo con los criterios definidos para Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos-Dispositivos Médicos e Insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y registros, Interdependencia.

El nivel de exigencia de los anteriores estándares y criterios ha superado la normatividad anterior con la cual la Unidad Renal CREDIT DEL SUR LTDA se habilitó para poder ofertar los servicios especializados de Nefrología y diálisis. Muy seguramente presenta incumplimientos frente al incremento de la gradualidad de los requerimientos pero esto solo se conocerá con la actualización de la autoevaluación objetiva de los servicios que ofrece.

Para las deficiencias detectadas, será necesario implementar acciones que garanticen el cumplimiento de la totalidad de los requisitos para continuar ofertando servicios debidamente habilitados.

1.2. JUSTIFICACIÓN

El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio para la entrada y permanencia de los Prestadores en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Dentro de estos estándares se encuentran los relacionados con las condiciones tecnológicas y científicas que tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar su cumplimiento para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud. La Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social definió los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, estableció que quienes cuenten con la

inscripción renovada hasta el 31 de mayo de 2014, tenían plazo para realizar la actualización del portafolio por una sola vez antes del 30 de agosto de 2014 y la autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, antes del 30 de septiembre del mismo año. Estos requisitos son indispensables para renovar la habilitación por un año más y poder prestar servicios de salud. Sin embargo, mediante la Resolución 3678 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social amplió estos plazos hasta el 30 de enero de 2015.

También, en la Resolución 2003 de 2014, el Ministerio dispuso que en caso de que el prestador realice la autoevaluación y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

En la Unidad Renal CEDIT DEL SUR LTDA se prestan servicios de salud que demanda la atención de pacientes con enfermedad renal en el Departamento de Nariño. Es fundamental evaluar en forma objetiva los requisitos de la capacidad tecnológica y científica, indispensables, suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la atención asistencial, con el propósito de identificar las deficiencias respecto al incremento de la gradualidad de las exigencias de la nueva legislación y adecuarlos estándares a las condiciones establecidas en la norma, de tal forma que los servicios de la IPS conserven la habilitación para continuar respondiendo a las necesidades de esta población.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En qué estado se encuentra el nivel de cumplimiento de los estándares y criterios de las Condiciones Técnico científicas establecidos en la Resolución 2003 del 28 de Mayo del 2014 en cada uno de los servicios que ofrece la Unidad Renal CEDIT DEL SUR LTDA y cuáles son los mejoramientos que debe implementar para poder contar con código activo asignado por la Entidad Departamental y considerarse habilitado con el fin de continuar atendiendo las necesidades en salud de los pacientes con enfermedades crónicas renales?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento de los siete estándares de habilitación de las Condiciones Técnico Científicas reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en la Resolución 2003 de 28 de Mayo del 2014 en la Unidad Renal CEDIT DEL SUR LTDA de la ciudad de Pasto Nariño, para adecuarlos servicios a los requisitos de la norma y continuar con la habilitación.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar si el Prestador realizó la actualización del Portafolio de Servicios y registrar cuáles fueron los servicios que quedaron habilitados.
- Realizar la verificación interna del cumplimiento de las Condiciones Técnico Científicas de habilitación en los servicios de salud ofertados por la Unidad Renal CEDIT DEL SUR LTDA, aplicando los estándares y criterios contenidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud de la Resolución 2003 del 28 de Mayo del 2014.
- Identificar las brechas en las Condiciones Técnico Científicas frente a la normatividad vigente y reportar los resultados.
- Dar a la IPS las recomendaciones para mejorar en el cumplimiento de los estándares y poder habilitar los servicios que ofrece.

3. MARCO REFERENCIAL

Desde hace tiempo los grandes teóricos de la calidad en salud han identificado el hecho de que en el concepto de calidad en salud está inmerso el balance costo-riesgo-beneficio, y este planteamiento se recoge en el Decreto 1011 artículo 2°, en el cual se define la calidad de la atención en salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios".

El Sistema Único de Habilitación es un componente que claramente está dirigido a proteger al paciente de riesgos que se deriven de la prestación de servicios en condiciones inadecuadas, el artículo 6° del Decreto 1011 lo define como: "El conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB".

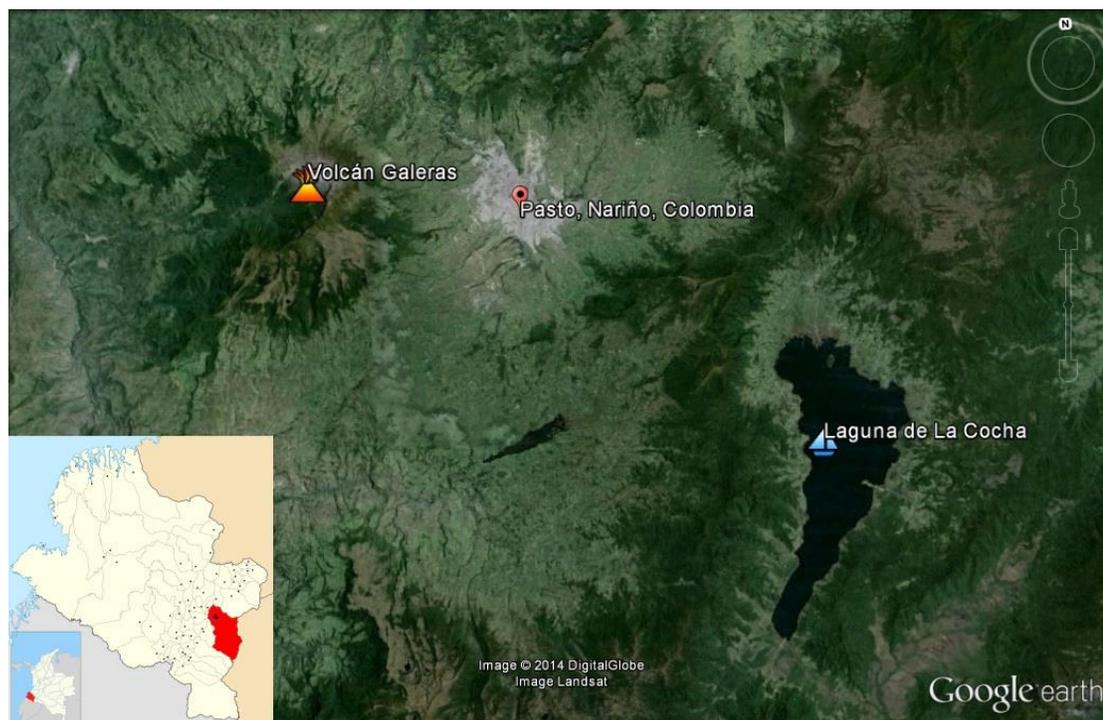
En este orden de ideas, el paciente debe tener un servicio médico, que este guiado por unos lineamientos claros por lo cual se siguen unos protocolos de manejo que a través de los años han resultado útiles en disminuir la morbi-mortalidad.

1.2 MARCO HISTÓRICO SITUACIONAL

1.2.1 Macro-contextualización

La ciudad de Pasto, capital del Departamento de Nariño, se encuentra ubicada sobre la cordillera central al sur de Colombia, en el Valle de Atríz al pie del volcán Galeras. La población de la ciudad de Pasto para el año 2014, según proyección poblacional (DANE, 2005) es de 438.322 habitantes, de los cuales el 81.64% habita en las 12 comunas que constituyen la ciudad de San Juan de Pasto y el 18.36% en los 17 corregimientos que conforman el sector rural del municipio; la ciudad presenta una temperatura promedio de 14° C. (4) (Ver figura 1)

Figura 1. Localización Ciudad de Pasto en el contexto de Nariño y Colombia



Fuente: Google Earth, 2013.

1.2.2 Micro-contextualización

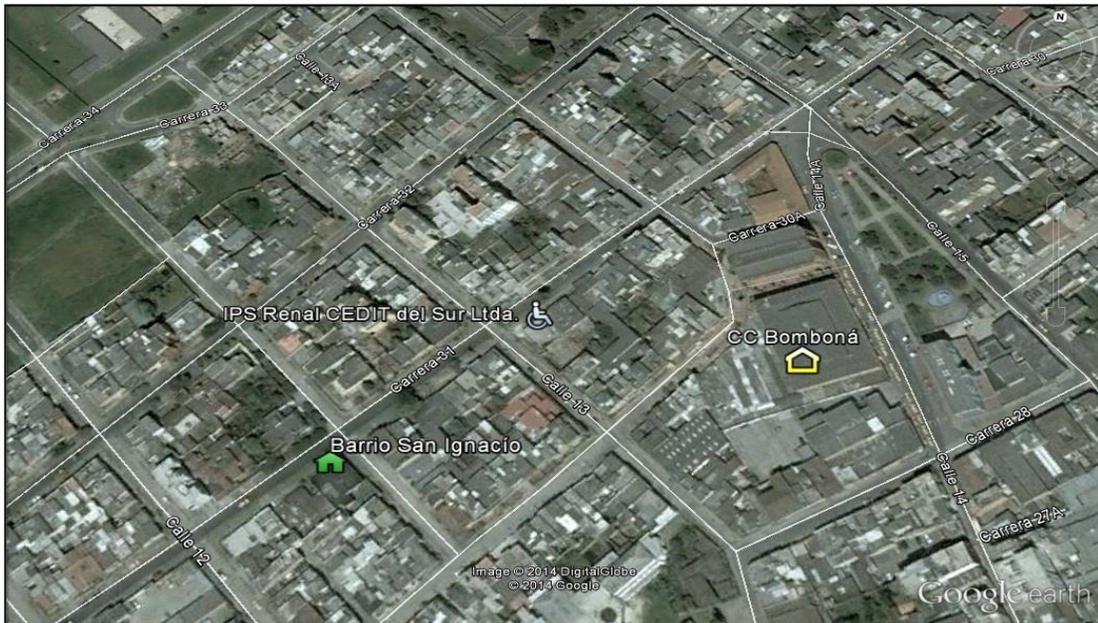
La IPS, CEDIT DEL SUR LTDA, identificada con el Código N° 5200101267, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud, ubicada en la carrera 30 A No. 13-14 barrio San Ignacio de la ciudad de Pasto(Nariño)(Ver figuras 2 y 3).

CEDIT DEL SUR LTSA es una institución de derecho privado, Entidad con Ánimo de Lucro, es una sociedad de responsabilidad limitada con especialización en servicios integrales de Nefrología, nace el primero de julio de 2006, con un enfoque de gestión asistencial, con cobertura en el territorio de Nariño y Putumayo para los pacientes que requieren tratamientos en la especialidad de Nefrología, Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis, Pre diálisis y Control Post Trasplante, como una oportunidad en la mejora de la calidad de vida.

La Unidad Renal, CEDIT DEL SUR LTDA, Es una IPS de carácter ambulatorio, que atiende a una población con problemas renales. (Insuficiencia renal) en todas sus modalidades con un concepto integral basado en darle la mejor atención al paciente, seguros de que esto a largo plazo disminuye la posibilidad de complicaciones y desde luego hace que la terapia sea menos costosa.

La Misión de la IPS CEDIT DEL SUR LTDA es “satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y contribuir a una mejor calidad de vida de ellos, sus familias y la comunidad a la que pertenecen, brindando servicios especializados en Nefrología con responsabilidad e idoneidad en el recurso humano y cumpliendo los estándares de calidad”.

Figura 2. Localización IPS Renal CEDIT del Sur Ltda, Barrio San Ignacio -Pasto



Fuente: Google Earth, 2013.

Figura 3. Panorámica Instalaciones IPS CEDIT del Sur Ltda.



Fuente: Este Estudio

Con base en información de la oficina Sistema de Atención al usuario - SIAU del de la IPS, el promedio de consultas atendidas durante el trimestre se encuentra en 23 consultas, con relación al servicio de hemodiálisis el promedio trimestral de pacientes dializados en esta modalidad correspondió a 2181 sesiones; asimismo, el número de sesiones de diálisis peritoneal realizadas durante dicho periodo fue igual a 94. Es necesario mencionar que para el periodo referido que corresponde al segundo trimestre del año 2014, tiempo en cual se obtuvo ésta información, aun se encontraba vigente la resolución 1043 de 2006.(ver tabla 1).

TABLA 1. POBLACIÓN ATENDIDA

MES	CONSULTAS	SESIONES DE HEMODIALIS	SESIONES DIALISIS PERITONEAL
MAYO/ 2014	21	2173	96
JUNIO/ 2014	23	2210	90
JULIO/ 2014	24	2160	95

Fuente: Registros IPS CEDIT del Sur Ltda.

1.3 MARCO TEÓRICO

3.2.1 Perfil Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica en el departamento de Nariño. En Colombia las enfermedades crónicas, son padecimientos de severidad creciente de gran impacto en la salud tanto en la vida de las personas que las padecen como de su grupo familiar, ya que causan implicaciones, a nivel sistémico a mediano y a largo plazo. Una de estas patologías es la Insuficiencia Renal Crónica.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE (2012) en su perfil epidemiológico para Colombia, se conoce que 20.000 pacientes padecen insuficiencia renal crónica y estuvieron en terapia de diálisis. (5) De otra parte, en el estudio realizado por López Viñas y otros (2000) denominado “Perspectivas en Nefrología” en Colombia, se conoce que la incidencia de pacientes con enfermedades renales es cada vez es mayor, teniendo un índice de 150 pacientes en diálisis, por cada millón de habitantes. (6)

Con base en información suministrada por la Secretaría Municipal de Salud de Pasto(N), se tiene conocimiento que entre 450 y 500 pacientes por año reciben tratamiento de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal) en esta población(SMS, 2012)

En la actualidad en el departamento de Nariño existen tres instituciones que ofrecen servicios especializados de nefrología encaminado a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, entre ellas se encuentran RTS Baxter; NEFRODIAL y CEDIT DEL SUR LTDA, las cuales realizan terapias de suplencia de la Insuficiencia Renal Crónica o aguda en la modalidad de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, con el previo cumplimiento de los estándares de habilitación. La Unidad Renal, motivo de interés para el presente estudio se denomina CEDIT DEL SUR LTDA.

1.4 MARCO LEGAL

A partir de la constitución de 1991 (7), el Estado Colombiano fue sujeto de grandes cambios, entre otros el de promover políticas que garanticen seguridad social integral a toda la población, de ahí que se han expedido varias normativas tendientes a materializar y efectivizar estos derechos.

Como norma marco podemos mencionar la Ley 100 de 1993 (8); cuya finalidad es promover y garantizar el acceso a la protección social a todos los habitantes del territorio nacional, por medio de modelos sistematizados para garantizar su integralidad de ahí que se conozca el llamado Sistema General de Salud, el Sistema General de Pensiones, el Sistema de Riesgos Profesionales y los demás servicios complementarios.

Ahora bien, contar con estas prerrogativas, implica también adoptar medidas para que su realización sea de manera eficiente, eficaz y que evidencie oportunidad por parte de las prestadoras de estos servicios, de ahí viene la necesidad de adoptar y reglamentar mecanismos que garanticen la calidad y acreditación en el ámbito de la salud, que será el componente principal a analizarse en la presente investigación.

Entre las principales leyes, resoluciones y decretos que pueden sustentar jurídicamente el marco legal de nuestro trabajo se encuentran:

3.3.1 Ley 9 de 1979 (9). Esta Ley reglamenta las actividades y competencias para asegurar el bienestar de la población a través de medidas sanitarias haciendo énfasis en el mejoramiento y preservación del medio ambiente desde el punto de vista higiénico – sanitario dando lugar al Código Sanitario Nacional, el cual define la existencia de licencias sanitarias que deben cumplir las edificaciones para establecimientos hospitalarios y similares para garantizar que se proteja la salud de sus trabajadores, de los usuarios y de la población en general, en la prestación de servicios de salud.

3.3.2 La Ley 10 de 1990. En esta ley se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan disposiciones en cuanto a la estructura administrativa básica de las entidades de salud. Además se reglamenta el Estatuto Tarifario en Salud.

3.3.3 La Resolución 4445 de 1996 (10). En esta resolución, se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 9 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. Es de obligatoriedad los requisitos para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y para todos los prestadores de servicios de salud.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, según el tipo de servicio que ofrezcan, pueden clasificarse como Instituciones Hospitalarias e Instituciones Ambulatorias de baja, mediana y alta complejidad.

3.3.4 Ley 715 de 2001 (11). En esta ley se dictan las disposiciones para organizar servicios de salud. En algunos de sus estatutos se establecen la conformación del Sistema Nacional de Participaciones, definido como los recursos que la Nación trasfiere a los entes territoriales para la prestación de servicios (educación, salud, etc.), recursos que forman parte del Sistema Nacional de Participaciones, Competencias de la Nación y los Entes Territoriales en cuanto a salud y distribución de los recursos para la salud.

3.3.5 El Decreto 1011 de 2006 (12). En este decreto se determina el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) en el cual se pueden destacar cuatro componentes esenciales:

1. El Sistema Único de Habilitación
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
3. Sistema Único de Acreditación
4. Sistema de Información para la Calidad

Debido a lo anterior, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Se establecen las condiciones de capacidad tecnológica y científica, estipulados como los requisitos básicos de estructura y procesos que deben tener los prestadores de servicios de salud para disminuir los principales riesgos que amenazan la vida.

El decreto establece las características sobre las cuales se debe desarrollar el SOGCS: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, además establece una serie de definiciones, una de ellas, es la seguridad, la cual la define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y

metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

3.3.6 La Resolución 2003 de 2014. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizó las normas de habilitación de los servicios de salud que deberán aplicar los prestadores de servicios de salud. El principal beneficio de la norma es la seguridad del paciente. Ese enfoque es el hilo conductor y como tal el Ministerio de salud, ha dispuesto paquetes de instrucciones con los que se acompaña al prestador y a las entidades territoriales para facilitar su entendimiento y aplicación. La resolución modificatoria tiene varios beneficios para los prestadores de servicios entre los que se encuentran el ajuste en los criterios de habilitación de algunos servicios de salud, el desarrollo del proceso de autoevaluación acompañado del de actualización de su portafolio de servicios. Se facilitará la gestión y aplicación, dado que se integran en uno solo, el manual de criterios, condiciones y estándares de habilitación, con el manual de verificación.

3.3.6.1. Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios. Contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud. El manual tiene por objeto definir:

- Los servicios de salud que pueden ofertar los prestadores de servicios de salud
- Las condiciones de verificación para la habilitación
- Los criterios de habilitación de los servicios de salud en el país

En dicho manual los estándares de habilitación se organizan a partir de los servicios, lo cual facilita la identificación de los requisitos exigidos al prestador de acuerdo con el servicio que se requiera habilitar.

Los estándares son esenciales, es decir, no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; únicamente, incluyen aquellas que son indispensables para defender la vida, la salud del paciente y su dignidad. Los estándares buscan de igual forma atender la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de

salud, están contempladas en los siete estándares de habilitación para todos los servicios.

El Ministerio de Salud y Protección Social, será el encargado de establecer los estándares para los servicios que no se encuentren contemplados en el presente manual. El alcance de cada uno de los estándares es:

Talento Humano: Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.

Infraestructura: Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Dotación: Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos: Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos.

Procesos Prioritarios: Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

Historia Clínica y Registros: Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

Interdependencia: Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo. Además de los estándares de habilitación que aplican a todos los servicios, cada servicio debe cumplir con unos específicos.

3.3.6.2. Actividades del Proceso de Inscripción del Prestador y Habilitación de los Servicios. El objeto de la Resolución 2003 de 2014 implica dos aspectos importantes: La Inscripción y el Registro. Estas actividades definen los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y para la habilitación de los servicios de salud, adoptando el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios. Cada prestador debe realizar la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud, que se encuentra en la plataforma de la Entidad Territorial Departamental o Distrital a la cual pertenece la jurisdicción en donde está ubicado el prestador.

Autoevaluación: Consiste en la verificación interna por parte del prestador del cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. Se realiza comparando los servicios que tiene frente a los estándares y criterios descritos en el Manual. Sigue siendo requisito de entrada y permanencia en el sistema, se debe hacer cada año y es de obligatorio cumplimiento. Se realiza después de actualizar el Portafolio.

Visita de verificación previa: Esta habilitación de servicios depende de si el servicio ofertado o el prestador requieren o no visita previa, conforme a lo establecido en el artículo 13 de la resolución 2003 de 2014. Para aquellos servicios que no requieren visita previa, la Entidad Departamental o Distrital, previa verificación y aprobación de los documentos radicados, procede a la activación del código del prestador en el REPS. Para los casos de los servicios que requieren visita previa, el código se activa una vez se haya realizado la visita por la entidad correspondiente y se haya verificado el cumplimiento de las condiciones de habilitación del prestado.

Se considera inscrito el prestador que cumpla el procedimiento señalado, momento a partir del cual el prestador podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes. Una vez la Entidad Departamental o Distrital de Salud, autorice en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, el prestador deberá descargarlo, imprimirlo y publicarlo.

No tendrán visita previa los profesionales independientes y los servicios de baja complejidad.

La norma precisa quienes tendrán verificación previa, así: por el Ente Territorial Departamental: Habilitación de nuevos servicios de urgencias, hospitalización, obstetricia, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad. La inscripción de una nueva IPS, visita que realiza la Entidad Departamental o Distrital de Salud, dentro de los seis (6) meses siguientes a la presentación de la solicitud por parte del Prestador. Se entiende solicitada la visita con la presentación del formulario de inscripción de la presente resolución.

Por el Ministerio de Salud y Protección Social: Habilitación de nuevos servicios oncológicos a los diez (10) días se debe reportar el resultado de la visita a las IPS. Si al realizar la visita de verificación previa, el prestador o el servicio no cumple con las condiciones de habilitación establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de los Servicios de Salud, la entidad a cargo de la visita registrará los resultados y el prestador deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio, en los términos definidos en la presente resolución.

Si al realizar la visita de verificación previa, el prestador o el servicio no cumple con las condiciones de habilitación establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de los Servicios de Salud, la entidad a cargo de la visita registrará en el REPS los resultados y el prestador deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio, en los términos definidos.

Anualmente se formularán y ejecutarán un plan de visitas a los Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el REPS, para verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación y del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

El plan de visitas de verificación, que definan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, no excluye la posibilidad de realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción, las visitas previas que se requieran o las que surjan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.

Visita de reactivación: Consiste en la verificación, por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, de las condiciones de habilitación establecidas en la presente resolución.

El proceso de autoevaluación y su reporte en el REPS tendrá como resultado la inactivación del Prestador de Servicios de Salud y el prestador deberá realizar como nuevo prestador la inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital que le corresponde.

Cuando se considera un servicio habilitado la Prestadora cuenta con un código activo, asignado por la Entidad Departamental o Distrital de Salud se considera que está habilitado, previo a un proceso de autoevaluación, reconocimiento de un portafolio, de confirmación del mismo.

Instituciones prestadoras de servicios, que por incumplimiento del requisito de autoevaluación o por cancelación de la inscripción, deban reactivar su inscripción como prestador.

En los servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológico que, por incumplimiento del requisito de autoevaluación o por cancelación de la habilitación del servicio, deban reactivar la habilitación del mismo.

Para la reactivación de servicios alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológico, sobre los cuales se haya reportado de novedad de cierre temporal y hayan dejado transcurrir un periodo mayor a un año de dicha novedad.

3.3.6.3. Condiciones de habilitación de entrada y permanencia en el SOGCS.

Corresponden al conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el SOGCS. Siguen siendo tres: Suficiencia Patrimonial y Financiera, Capacidad Técnico Administrativa y Capacidad Técnico Científica:

1. Si es IPS o una Entidad de TEP, debe cumplir con requisitos y condiciones Técnico Administrativas, de Suficiencia Patrimonial y Financiera y Condiciones Tecnológicas y Científicas.
2. Si es profesional independiente de salud las Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica.
3. Las entidades cuyo objeto social sea diferente a la prestación de servicios de salud, deben cumplir con las Condiciones de Capacidad Técnico Administrativa y las Condiciones Tecnológicas Científicas. No se les exigirá las condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera.

Verificación: El proceso de verificación de las condiciones de habilitación es realizada por el Ente Territorial Departamental o Distrital o el Ministerio de Salud y Protección Social (para oncología) y tiene por objeto constatar el cumplimiento de las obligaciones que tienen los prestadores de servicios en el componente del sistema único de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de conformidad con lo establecido en el presente Manual.

El proceso de verificación de las condiciones de habilitación de los servicios de salud, debe tener en cuenta conceptos y definiciones establecidas en la Resolución 2003 de 2014 y el Manual de Inscripción y Habilitación. Con servicios habilitados a la entrada en vigencia de esta resolución, tendrán hasta el 30 de septiembre de 2014, para realizar los ajustes necesarios y dar cumplimiento a lo establecido en la presente resolución y en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, una vez cumplido el plazo de transición establecido toda visita de verificación a los prestadores inscritos con servicios habilitados, deberán realizarse aplicando las condiciones de habilitación contempladas en la presente resolución.

3.3.6.4. Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente obligatorias. La Guía Técnica sobre “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”, facilita los lineamientos en los procesos asistenciales de atención en salud, con el fin de incentivar, promover y gestionar la ejecución de estas prácticas de obligatorio cumplimiento; las cuales se clasifican en cuatro grandes grupos: Procesos Institucionales Seguros, Procesos Asistenciales Seguros, Incentivo de Prácticas para Mejoramiento de la Actuación de los Profesionales e involucramiento de pacientes y allegados en su seguridad. Estos a su vez en conjunto se subdividen en 30 criterios.

Dentro de estas, se encuentran ocho prácticas establecidas como mínimas. Sin embargo para el presente estudio tomamos las cinco Buenas Prácticas de Obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. A continuación se mencionan.

1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
2. La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
6. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
7. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
8. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento informado. Como parte de la clasificación general que contiene la Guía de Buenas Prácticas, es necesario mencionar con mayor detalle los criterios incluidos dentro de cada grupo como se presentan a continuación:

GRUPO 1. PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS

- Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
- Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.
- Coordinar procedimientos y acciones recíproco de los programas de seguridad del paciente entre asegurador prestador.
- Estandarización de procedimientos de atención
- Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos
- La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente.
- Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.
- Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.

GRUPO 2. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
- Prevenir úlceras por presión
- Prevenir las complicaciones anestésicas
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
- Garantizar correcta identificación del paciente y muestras en el laboratorio
- Implementar equipos de respuesta rápida
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico
- Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
- Prevención de la malnutrición o desnutrición
- Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo

GRUPO 3. INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES, INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD

- Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
- Prevenir el cansancio del personal de salud
- Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado
- Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.

GRUPO 4. INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD

- Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad
- Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.

3.3.6.5. SANCIONES. El incumplimiento de las condiciones de habilitación de acuerdo a requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, puede conllevar al cierre de servicios o incluso al cierre de la Institución Prestadora de Servicios; y se debe tener en cuenta la gravedad del hecho al que se somete al usuarios dentro de los servicios de salud.

La entidad que incumpla una o más de las condiciones de habilitación, podrá ser sancionada con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

1. Amonestación.
2. Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales vigentes.
3. Decomiso de productos.
4. Suspensión o cancelación del registro o de la licencia.
5. Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Todo lo anterior, se puede presentar de acuerdo a los resultados que se obtengan en la verificación de criterios o requisitos, ya que la verificación implica el concepto de ratificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación por la autoridad de salud.

3.3.6.6. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC). El PAMEC en las IPS plantea la forma o manera cómo va a implementar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y conceptualiza cada una de sus etapas, no es requisito para la certificación de habilitación de los servicios de salud. El componente de Auditoría se fortalece en su proceso de implementación; en la visita de verificación del cumplimiento de estándares de habilitación, se evalúa en términos de la existencia del programa y su concordancia con los lineamientos establecidos para la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

4. METODOLOGÍA

4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

Corresponde a un enfoque mixto, pues considera las características de los enfoques cualitativo y cuantitativo.

El enfoque es cualitativo, al utilizarse en las descripciones, observaciones y las interpretaciones de los estándares y criterios que deben cumplir los servicios de Consulta Externa de Medicina Especializada (Nefrología), Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, así como la verificación del cumplimiento de estos frente a lo observado en cada uno de los servicios y el enfoque cuantitativo al utilizar la evaluación numérica en la recolección y el análisis de datos de los instrumentos empleados, a fin de determinar el cumplimiento de los estándares de habilitación.

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo de corte transversal, porque determina en un solo momento temporal el cumplimiento de los estándares de habilitación.

4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1. Población: Se considerará como población de estudio para nuestro caso, la totalidad de servicios brindados por la IPS CEDIT DEL SUR LTDA, ubicada en la ciudad de Pasto, Departamento de Nariño, en donde se verificará el cumplimiento de todos los estándares y criterios de la resolución 2003 de 2014.

4.3.2. Muestra: No aplica, porque se verifican todos los estándares en cada uno de los servicios del portafolio.

4.4. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Entre las variables a tener en cuenta en el instrumento de recolección de información (lista de chequeo) se encuentran: Naturaleza jurídica de la IPS, Inscripción, Autoevaluación, Condiciones de habilitación, Servicios habilitados, estándar y criterio, como también las variables accesibilidad, tiempo de Espera, Horarios de servicios, Infraestructura, procedimientos realizados, y resultados obtenidos.

TABLA 2. VARIABLES PARA LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION
NATURALEZA JURIDICA DE LA IPS	Carácter legal que posee una entidad de salud, pudiendo ser de naturaleza de: 1.Derecho privado 2.Derecho público	La que atañe al Derecho o se ajusta a él; la justificación primera de una disposición o figura legal, su origen y causa	Cualitativa o categórica	Nominal	1. Entidad con ánimo de lucro 2. Entidad sin ánimo de lucro 3. Empresa Social del estado 4. Otras IPS públicas
INSCRIPCION	Registro Especial de Prestadores de Salud, en la plataforma de la Entidad Territorial Departamental o Distrital a la cual pertenece la jurisdicción en donde está ubicado el prestador	Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.	Cualitativa o categórica	Nominal	1. No inscrita 2. Si inscrita
AUTOEVALUACION	Verificación interna por parte del prestador del cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su	Método que consiste en valorar la propia capacidad, así como la calidad del trabajo realizado	Cualitativa o categórica	Nominal	1. No existe verificación interna 2. Si existe verificación interna

	cumplimiento en el REPS.				
CONDICIONES DE HABILITACION	Conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el SOGCS. 1. Suficiencia Patrimonial y Financiera, 2. Capacidad Técnico Administrativa y 3. Capacidad Técnico Científica 4. Documento PAMEC	Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud	Cualitativa o categórica	Nominal	1. No cumple 2. Si cumple Nominal
SERVICIO HABILITADO	Asignación de código activo, por parte del instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN	Permiso asignado por las autoridades de salud para funcionamiento atención en salud	Cualitativa o categórica	Nominal	1. Código No Asignado 2. Código Asignado
ESTANDAR	Son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca	Es una medida establecida o un grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Un estándar, define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso	Cualitativa o categórica	Nominal	1. No cumple 2. Si cumple

CRITERIO	Establecen el detalle del estándar para su interpretación y son el elemento concreto dentro de cada servicio, para evaluar la seguridad en la atención del paciente.	Condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser considerada de calidad	Cualitativa o categórica	Nominal	1. No cumple 2. Si cumple
----------	--	---	--------------------------	---------	------------------------------

Fuente: Resolución 2003 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

TABLA 3. ESTANDARES OBLIGATORIOS EN EL SISTEMA UNICO DE HABILITACION

NOMBRE DEL ESTANDAR	DEFINICION	COMO SE EVALUA	TIPO DE VARIABLE	FORMA DE CALIFICAR
1. Talento Humano	El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.	*Revisar hojas de vida para verificar soportes necesarios mínimos exigidos. *Verificar que los servicios cuenten con todo el personal y también los servicios dependientes. *Verificar que la institución cuente con un proceso de selección y cuente con un sistema donde se garantiza la custodia de las hojas de vida.	Cualitativa	Lista de chequeo y revisión de 3 hojas de vidas al azar
2. Instalaciones físicas	Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.	*Identificación e inspección de las áreas donde se presta el servicio verificando que cada una de ellas cuente con las especificaciones mínimas requeridas. *Evaluar condiciones de cada una de las áreas teniendo en cuenta pisos, paredes, techos y determinar su estado de Conservación y condiciones de limpieza. *Verificar e indagar acerca del suministro de los servicios de energía, agua y comunicaciones. *Identificar desniveles o espacios vacíos que impliquen algún accidente.	Cualitativa	Lista de chequeo
3. Estándar de dotación y mantenimiento	Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento	Solicitar inventario de equipos revisar hoja de vida del equipo. - Verificar: revisiones	Cualitativa	Lista de chequeo

	adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.	periódicas, calibración, indicaciones dadas por el fabricante. - Verificar equipos con sus respectivos manuales según las muestras que tomen en el laboratorio clínico. Verificar instrumental y equipos necesarios para reanimación según el servicio prestado - Revisar equipo correspondiente a rayos x. - Revisar que los equipos emisores cuentan con la debida licencia.		
4. Medicamentos y dispositivos médicos -gestión de medicamentos y dispositivos	Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas Condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.	- Verificar Que los medicamentos se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos. - Verificar registro INVIMA y condiciones para poder administra los medicamentos de manera segura - Verificar condiciones de almacenamiento, temperatura humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos. - Solicitar el kardex donde se encuentran todos los soportes de pedidos de insumos. - Verificar que todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos (INVIMA). - Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.	Cualitativa	Lista de chequeo
5. Procesos prioritarios asistenciales	Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento	- Solicitar guías clínicas de atención y protocolos de enfermería (de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio) - Verificar que las guías son conocidas por el personal asistencial. - Verificar Guías o manuales de procedimiento - Revisar si realizan los procedimientos descritos en las guías y protocolos. - Verificar que existan protocolos y manuales para	Cualitativa	Lista de chequeo

		<p>la prestación adecuada del servicio de laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión de guías y protocolos de Planes de emergencia hospitalaria. <p>Cadena de llamadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de manejo de pacientes con enfermedad renal crónica que incluya los seguimientos del estado clínico. - Criterios explícitos y documentados de tiempos máximos de manejo ambulatorio de pacientes con enfermedad renal crónica y de remisión a hospitalización. 		
6. Historias Clínicas y Registros asistenciales	<p>Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).</p>	<p>VERIFICAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SI en los servicios se cuenta con el proceso de manejo de historias clínicas basadas en la normatividad vigente (Resolución 1995 de 1999). - SI las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado. - En el área de radiología el registro de placas tomadas, pacientes atendidos y parámetros usados. - Si cuentan con el proceso de toma de muestras de laboratorio clínico garantizando su confidencialidad, verificar registro diario de pacientes, exámenes solicitados, resultado de exámenes realizados y exámenes remitidos. - Si cuentan con el proceso de Triage. 	Cualitativa	Lista de chequeo
7. Interdependencia de servicios	<p>Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.</p>	<p>VERIFICAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El proceso de prestación de servicios de salud como IPS de baja complejidad. - El proceso de esterilización y los registros de salida y entrada del material de esterilización. - El proceso de interdependencias de servicios 	Cualitativa	Lista de chequeo

Fuente: Resolución 2003 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

TABLA 4. BUENAS PRÁCTICAS OBLIGATORIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS

BUENAS PRACTICAS	PROFESIONALES INTERDEPENDENCIA	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION		
					SI	NO	%
1. Contar con un programa de seguridad del paciente	Si Aplica Para los servicios que ofrece la institución. Cedit Unidad Renal	Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas. El comité cuenta con unos integrantes mínimos permanentes, entre los que se cuenta un referente de la seguridad del paciente, un colaborador tomador de decisiones de los procesos misionales y de los procesos administrativos o en su defecto, un colaborador que pueda canalizar efectivamente las decisiones a tomar y/o un referente de la gestión de calidad . Como invitados al comité se cuenta con representantes operativos de los servicios en donde ocurrieron las fallas que se van a analizar. Este comité está integrado por el gerente líder, Nefrología, Medico de apoyo, Enfermera jefe, químico farmacéutico, y Trabajo social. Planeación estratégica de la	Disminuir la ocurrencia de eventos adversos y en lo posible eliminarlos mediante la identificación de los riesgos a los cuales está expuesto el paciente. Actividad realizada mediante el reporte de fallas de calidad, procedimiento para el análisis de las fallas reportadas, y su gestión a través de barreras de seguridad implementadas por la institución. Está definido y operando el Sistema de Reporte de Fallas de Evento Adverso, posteriormente es reportado al Ministerio de Protección Social. Está definido e implementado un Sistema de Análisis de Causas de Fallas en la Atención en Salud del Paciente. La institución cuenta con acciones de Mejoramiento o Barreras de Seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad de los incidentes y eventos adversos evaluados.	Cualitativa	x		90%

		seguridad del paciente, a través de estrategias de sensibilización, y capacitación al personal institucional, mediante socialización de protocolos, guías médicas, capacitación al personal asistencial, e integración de otras políticas, con la planeación estratégica, participación del paciente y su familia.	Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros.			
2.Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	<p>Si Aplica</p> <p>Para los servicios que ofrece la institución.</p> <p>Evidencia del compromiso profesional con la atención Segura a través de una política que incluya: Propósitos, homologación de conceptos de la seguridad de pacientes, metodología de análisis de causa de los incidentes y eventos adverso</p>	<p>La institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia.</p> <p>Medición semestral de adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios priorizados y documentación de acciones de mejora si aplica. Medición mensual del indicador de infecciones de sitio operatorio, si aplica. Medición mensual de las flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter y documentación de acciones de mejora si aplica. Medición mensual de infecciones del torrente sanguíneo (bacteremias) y</p>	<p>La Institución tiene un cronograma para la evaluación de la adherencia a las guías de atención médica.</p> <p>Cuenta con un indicador de Adherencias a las guías de atención médica.</p> <p>Proporciona de criterios cumplidos en la aplicación de la guía</p> <p>Cuenta con una ficha técnica del indicador de adherencia a las guías de atención médica. Realiza medición semestral a la guías de atención médica.</p> <p>La institución envía la información a la Súper salud sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Oportunidad de la atención en la asignación de citas en la consulta especializada de Nefrología. •Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada 	Cualitativa	x	80%

		<p>documentación de acciones de mejora si aplica</p> <p>Medición mensual de infección y uso de sondas y documentación de acciones de mejora</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Tasa de infección intrahospitalaria •proporción de Vigilancia de Eventos Adversos •Tasa de satisfacción del Usuario <p>Cada indicador tiene ficha técnica</p> <p>El comité realiza el análisis a cada indicador.</p> <p>Se establece plan de mejoramiento Indicador de flebitis infecciosa asociada al uso e catéter periférico.</p> <p>Cuenta con ficha técnica del indicador</p> <p>Se realiza el análisis al resultado del Se establece plan de mejoramiento</p> <p>La institución evalúa semestralmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Adherencia a la higiene de manos. •Adherencia al Manual de bioseguridad en los servicios (Consulta externa especializada de nefrología, Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal) •Adherencia a la administración segura de Medicamentos en los Usuarios •Adherencia al protocolo de identificación correcta del Usuario •Adherencia a la guía de aislamiento de Pacientes. <p>Lesión por administración</p>			
--	--	---	--	--	--	--

			<p>incorrecta de medicamentos (medicamento equivocado, dosis incorrecta, vía incorrecta, frecuencia de administración incorrecta, omisión de dosis, omisión de medicamento, medicamento vencido)</p> <p>Lesión por identificación incorrecta del usuario</p> <p>Lesión por caída asociada a la atención en salud (de silla o de camilla)</p> <p>Mortalidad</p> <p>Eventos en consulta externa, en Hemodiálisis, en Diálisis Peritoneal</p> <p>Oportunidad de la asignación de citas</p> <p>Cancelación de citas programadas por parte del paciente.</p>			
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	<p>Si Aplica</p> <p>La institución cuenta con un comité de seguridad del paciente, el cual analiza las causas de las fallas que se presentan dentro de la institución. Las cuales son analizadas y reportadas al Ministerio de Salud.</p>	<p>La Institución implementa medidas para la prevención de la infección.</p> <p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: infección asociadas a la atención en salud, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de Mejoramiento que conduzcan a la disminución de dichas infecciones. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad.</p>	<p>La institución cuenta con una guía para la prevención, reducción del riesgo de infecciones y está socializada, al personal asistencial.</p> <p>Hace análisis de los eventos adversos presentados relacionados con infecciones hospitalarias (Flebitis)</p> <p>Se refiere a promover la búsqueda e implantación de prácticas efectivas dirigidas a mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos.</p> <p>Se evidencia manual de bioseguridad, socializado al</p>	Cualitativa	x	90%

		Evidencia manual de Bioseguridad institucional desarrollado o adoptado por la Institución y actualizado con la periodicidad que defina la institución.	personal asistencial de la institución.			
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	Si Aplica Medición semestral de adherencia al proceso de dispensación de Medicamentos en la institución.	<p>Implementa medidas para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos.</p> <p>. La institución realiza controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: Lesión por administración incorrecta de medicamentos, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso.</p> <p>El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad. Lo anterior aplica tanto para medicamentos ambulatorios.</p>	<p>Participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.</p> <p>Protocolo para el uso racional de antibióticos en los servicios que presta la institución, de desarrollado o adoptado y actualizado, pero dicha actualización no debe ser superior al tiempo estipulado por el Ministerio de Salud, El protocolo concuerda con las guías de manejo clínico de consulta especializada de Nefrología.</p> <p>Protocolo para la marcación y fácil identificación de medicamentos de alto riesgo en los Servicios que presta la institución.</p> <p>La institución incluye en la recepción de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico,</p>	Cualitativa	x	100 %

			cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.				
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales	Si Aplica La IPS aplica la identificación correcta del usuario al ingreso al servicio.	del análisis de causa del evento adverso: Lesión por identificación incorrecta del usuario, cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad del paciente.	Identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora				

Fuente: Resolución 2003 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

TABLA 5. INDICADORES DE CALIDAD POR SERVICIO

ADHERENCIA A INDICADORES	NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICION
La Institución prestadora de servicios de salud debe medir adherencia a las siguientes buenas prácticas con los siguientes indicadores:	1. Adherencia a Guías de Atención Médica Nombre del indicador: Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación de Guías de Atención médica	Numerador: Numero de criterios cumplidos en la aplicación de las Guías de Atención Médica ----- Denominador: Total de criterios evaluados en las Guías de Atención Médica (x100) Periodicidad semestral	Es la capacitación continua y participativa del personal asistencial que tiene acceso al manejo de las Guías de Atención médica y que conozca los conceptos de la guía y aplicarlos en todos los procesos y procedimientos que se requiera.	cuantitativa/ cualitativa	Unicidad de Medición: relación porcentual: Factor: 100

	<p>2. Adherencia al protocolo de higiene de manos</p> <p>Nombre del indicador:</p> <p>Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Higiene de Manos</p>	<p>Numerador: Numero de criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Higiene de Manos ----- Denominador: Total de criterios evaluados en el Protocolo de Higiene de Manos (x 100)</p> <p>Factor: 100 Periodicidad semestral</p>	<p>Consiste en evaluar la adherencia al protocolo de higiene de manos socializado al personal asistencial y disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual: Factor: 100</p>
	<p>3. Adherencia al Manual de Bioseguridad en los servicios</p> <p>Nombre del indicador:</p> <p>Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Manual de Bioseguridad en los Servicios</p>	<p>Numerador: Numero de criterios cumplidos en la aplicación del Manual de Bioseguridad ----- Denominador: Total de criterios evaluados en el Manual de Bioseguridad (x 100)</p> <p>Factor: 100 Periodicidad semestral</p>	<p>Es la adherencia del Manual de Bioseguridad por parte del personal asistencial capacitado en el tema para disminuir la ocurrencia de eventos adversos</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual: Factor: 100</p>
	<p>4. Adherencia al proceso de administración segura de medicamentos a los usuarios</p> <p>Nombre del indicador:</p> <p>Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Proceso de Administración Segura de Medicamentos a los Usuarios</p>	<p>Numerador: Numero de criterios cumplidos en la aplicación del Proceso de Administración Segura de Medicamentos a los Usuarios ----- Denominador: Total de criterios evaluados en el Proceso de Administración Segura de Medicamentos a los Usuarios (x 100)</p> <p>Periodicidad semestral Factor: 100</p>	<p>La Institución implementa medidas para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos. Se realiza controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual: Factor: 100</p>
	<p>5. Adherencia al protocolo de</p>	<p>Numerador: Numero de</p>	<p>Mide la adherencia en el cumplimiento</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición:</p>

	<p>uso racional de antibiótico Nombre del indicador:</p> <p>Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Uso Racional de Antibióticos</p>	<p>criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Uso Racional de Antibióticos</p> <p>-----</p> <p>Denominador: Total de criterios evaluados en el Protocolo de Uso Racional de Antibióticos (x 100)</p> <p>Factor: 100</p> <p>Periodicidad semestral</p>	<p>del protocolo de uso racional de antibiótico a través de la evaluación del mismo.</p>		<p>relación porcentual:</p> <p>Factor: 100</p>
	<p>6. Adherencia al protocolo de Identificación Correcta del Usuario Nombre del indicador:</p> <p>Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Identificación Correcta del Usuario</p> <p>Periodicidad semestral</p>	<p>Numerador: Numero de criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Identificación Correcta del Usuario</p> <p>-----</p> <p>Denominador: Total de criterios evaluados en el Protocolo de Identificación Correcta del Usuario (x 100)</p> <p>Factor: 100</p> <p>Periodicidad semestral</p>	<p>Medición semestral de adherencia al Protocolo de Identificación Correcta del Usuario, y documentación de acciones de mejora</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual:</p> <p>Factor: 100</p>
	<p>7. Lesión por administración incorrecta de medicamentos Nombre del indicador: Índice de Eventos adversos asociados a la administración incorrecta de medicamentos</p>	<p>Numerador: Numero de Eventos adversos asociados a la administración incorrecta de medicamentos</p> <p>-----</p> <p>Denominador: Total de pacientes atendidos en el periodo (x 100)</p> <p>Factor: 100</p> <p>Periodicidad mensual</p>	<p>Permite evaluar el uso adecuado de los medicamentos, mediante la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente.</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual:</p> <p>Factor: 100</p>
	<p>8. Lesión por error en la realización en el procedimiento de diálisis peritoneal de</p>	<p>Numerador: Numero de Eventos adversos asociados a la realización en el procedimiento de diálisis peritoneal y</p>	<p>Determinar los casos de eventos adversos en el procedimiento de diálisis peritoneal y hemodiálisis en el total de la</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual:</p> <p>Factor: 100</p>

	<p>hemodiálisis</p> <p>Nombre del indicador: Índice de Eventos adversos asociados a la realización en el procedimiento de diálisis peritoneal y de hemodiálisis</p>	<p>de hemodiálisis</p> <p>-----</p> <p>Denominador: Total de pacientes atendidos en el periodo (x 100)</p> <p>Periodicidad mensual</p>	<p>población atendida.</p>		
	<p>9. Lesión por caída asociada a la atención de salud</p> <p>Nombre del indicador: Índice de Eventos adversos asociados a caída de pacientes durante la atención en salud</p>	<p>Numerador: Numero de Eventos adversos asociados a la caída de pacientes durante la atención en salud</p> <p>-----</p> <p>Denominador: Total de pacientes atendidos en el periodo (x 100)</p> <p>Factor: 100</p> <p>Periodicidad mensual</p>	<p>Identificar las acciones inseguras que conllevaron a la ocurrencia del evento, y definir las barreras de seguridad que conduzcan a la disminución de dichos eventos</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual:</p> <p>Factor: 100</p>
	<p>10. Tasa de Flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico</p>	<p>Numerador: Numero de flebitis infecciosa asociadas a catéter periférico x 1000</p> <p>Denominador: Total de días pacientes con catéter periférico</p> <p>Factor: 1000</p> <p>Periodicidad mensual</p>	<p>Medir el número de casos relacionados con Flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico, de acuerdo al tiempo de uso del mismo</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual:</p> <p>Factor: 100</p>
	<p>11. Tasa de Infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales</p>	<p>Numerador: Numero de bacteriemias asociadas a catéter central x 1000</p> <p>-----</p> <p>Denominador: Total de días pacientes con catéter central</p> <p>Factor: 1000</p> <p>Periodicidad mensual</p>	<p>Mide los casos de bacteriemia, asociados al uso de catéter venoso central, que nos permitirá mejorar este tipo de eventos</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Unidad de Medición: relación porcentual:</p> <p>Factor: 100</p>

Lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad	1. Tasa de Infección Intrahospitalaria Nombre del indicador: Tasa Infección asociadas a la atención en salud	Numerador: Número de pacientes con infecciones nosocomiales ----- Denominador: Número total de pacientes hospitalizados (x 100) Periodicidad mensual	Permite determinar la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación, indicando fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de mejoramiento	Cuantitativa	Unidad de Medición: relación porcentual: Factor: 100
	2. Proporción de vigilancia de evento adversos	Numerador: Numero de eventos adversos detectados y gestionados ----- Denominador: Total de eventos adversos detectados (X 100) Periodicidad mensual	Consiste en que cuando se presenten eventos adversos, se debe identificar las acciones inseguras, los factores contributivos y definir las acciones de mejoramiento o barreras de seguridad que conduzcan a la disminución de dichos eventos	Cuantitativa	Unidad de Medición: relación porcentual: Factor: 100
	3. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Numerador: Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso Denominador: Número total de pacientes hospitalizados (x 1000) Factor: 1000 Periodicidad mensual	Se refiere a los Pacientes que han sido hospitalizados y que han fallecido después de las 48 horas de su ingreso. Se deben identificar las acciones inseguras y definir acciones de mejora.	Cuantitativa	Unidad de Medición: relación porcentual: Factor: 100

Fuente: Buenas Practicas para la Seguridad del Paciente MSPS; Res.1446/2006

4.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El proceso de recolección de la información se realizó mediante la observación, la Lista de verificación de cumplimiento de los estándares de habitación y la lista de

chequeo de buenas prácticas de seguridad del paciente, para verificar también su cumplimiento.

4.5.1. Fuentes de Información

4.5.1.1. Fuentes de Información Primaria. La información obtenida en el lugar de estudio producto de la observación directa, la Lista de verificación de cumplimiento de los estándares de habitación y la lista de chequeo de buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen.

4.5.1.2. Fuentes de Información Secundaria. Información obtenida de los registros escritos y documentos de la IPS CEDIT del Sur Ltda., como planes estratégicos, manual de servicios, portafolio de servicios, Procedimientos, procesos, guías de atención médica protocolos de enfermería, manuales, indicadores entre otros.

4.5.2 Instrumento de recolección de información

Los instrumentos a utilizar como parte del proceso de recolección de la información básicamente son dos: En primer lugar se aplicará un Instrumento de evaluación (lista de chequeo) del cumplimiento de estándares de habitación. El segundo Instrumento tiene como finalidad evaluar la implementación de la Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente obligatorias.

4.6. CONTROL DE ERRORES Y RIESGOS.

Estadísticamente se tiene considerado un margen de error $\alpha = 0.05$ y el nivel deseado de confianza del 95%. Para minimizar cualquier tipo de sesgo sobre la obtención de la información, el equipo de trabajo realizó la respectiva verificación y observación de los servicios, así mismo, para evitar sesgos en la recolección de la información es necesario dar a conocer el objetivo de la investigación al personal de salud de la IPS.

Una vez se inició la aplicación de los dos instrumentos utilizados, la Lista de verificación de cumplimiento de los estándares de habitación y La lista de chequeo de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente, para verificar también su cumplimiento.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez diligenciados los instrumentos de recolección de la información, se digitaran en una base de datos de Excel versión office 2010, para realizar los ajustes y análisis necesarios, para posteriormente ser analizados en el paquete estadístico SPSS versión 18 para su interpretación y discusión.

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los aspectos éticos del presente trabajo de verificación, se rige por las normas y parámetros éticos universales establecidos y referidos en la resolución 8430 del 04 de Octubre de 1993, expedida por el entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia para investigación en ciencias de la salud. De acuerdo a esta resolución se clasifica el presente estudio sin riesgo a saber:

4.8.1. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

El párrafo anterior es aplicable al estudio porque la metodología utilizada para el componente cuantitativo se hará con los datos existentes en diversos documentos y de los datos obtenidos mediante la aplicación de distintos instrumentos en la IPS CEDIT DEL SUR LTDA, por lo que se solicitó Autorización es para el uso y obtención de la información relacionada con la habilitación de servicios.

En cuanto al componente cualitativo la metodología utilizada consistió en recoger las percepciones y opiniones de los diferentes empleados de la IPS, sin realizar ninguna intervención. La confidencialidad se explicó en forma verbal a los participantes y se dejará constancia del compromiso de mantenerla por parte de las investigadoras en un consentimiento informado, misma situación que se garantizó a los expertos en el instructivo del cuestionario. De la misma forma por esta situación no se explicitan nombres de ninguno de los participantes en el presente informe y las citas enunciadas se hacen sin identificar la fuente. La cual pretende verificar el cumplimiento de los estándares de calidad. A este instrumento se le realizó una validez del 95 %.

5. RESULTADOS

A continuación se describen los resultados sobre verificación del cumplimiento de condiciones de habilitación en la Unidad Renal CEDIT del Sur Ltda., teniendo en cuenta los criterios de habilitación de los siete estándares verificados en la IPS, correspondientes a la condición de capacidad tecnológica y científica.

5.1. ACTUALIZACIÓN DE PORTAFOLIO DE SERVICIOS Y SERVICIOS HABILITADOS

Con base en la revisión del Portafolio de Servicios de la institución se conoce que la IPS CEDIT DEL SUR LTDA, tiene vigente en la actualidad y hasta el mes de enero del 2015 el código No. 5200101267, que corresponde a la Habilitación de la institución como prestadora de servicios. (Ver Tabla 5).

TABLA 6. CONSTANCIA DE LA AUTOEVALUACIÓN

Código y Nombre del Prestador	5200101267 _CEDIT DEL SUR LTDA.
--------------------------------------	--

Fuente: IPS CEDIT DEL SUR LTDA, 2013

De acuerdo al portafolio de servicios que presentaba la IPS, acorde a la resolución 1043 de 2006, los servicios habilitados antes de la entrada en vigencia de la resolución 1441 del 2006 la cual fue derogada por la 2003 de 2014 constituidos por tres grupos, entre ellos, Consulta externa, ayudas diagnósticas, otros servicios que a su vez incluyen los servicios de: nefrología, Nutrición - dietética y Psicología; Servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica, con los servicios de Nefrología- Diálisis Renal y Servicios farmacéuticos , la Sala General de Procedimientos Menores.

Entre los servicios que fueron cerrados por no cumplir con los estándares de habilitación fueron: el servicio de hemodiálisis y sala de procedimientos menores por ser derivados a otros servicios. En la actualidad los servicios mencionados se encuentran habilitados con la resolución 1043 de 2006 hasta el 30 de enero de 2015 que entra en vigencia la resolución 2003 de 2014. (Ver Tablas 6 y 7).

TABLA 7. SERVICIOS DECLARADOS EN LA AUTOEVALUACIÓN

GRUPO DEL SERVICIO	CÓDIGO DE SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO
Consulta Externa	330	Nefrología
Consulta Externa	333	Nutrición y dietética
Consulta Externa	344	Psicología
Apoyo diagnóstico y complementario terapéutico	714	Servicio farmacéutico
Apoyo diagnóstico y complementario terapéutico	733	Hemodiálisis
Apoyo diagnóstico y complementario terapéutico	734	Diálisis Peritoneal

Fuente: IPS CEDIT DEL SUR LTDA, 2013

TABLA 8. ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIOS

PORTAFOLIO DE SERVICIOS ANTES				PORTAFOLIO DE SERVICIOS ACTUALIZADO RESOLUCIÓN 2003 DE 2014		
Grupo de Servicio	Cód.	Nombre del Servicio	Acción Realizada	Grupo de Servicio	Cód.	Nombre del Servicio
Consulta Externa	330	Nefrología	Servicio Continua Igual	Consulta Externa	330	Nefrología
Consulta Externa	333	Nutrición y dietética	Servicio Continua Igual	Consulta Externa	333	Nutrición y dietética
Consulta Externa	344	Psicología	Servicio Continua Igual	Consulta Externa	344	Psicología
Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica	702	Nefrología-Diálisis Renal	Se Cierra el Servicio por derivación en otros Servicios	Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica	702	Nefrología-Diálisis Renal
Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica	702	Nefrología-Diálisis Renal	Se Cierra el Servicio por derivación en otros Servicios	Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica	733	Hemodiálisis
Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica	702	Nefrología-Diálisis Renal	Servicio Homologado a Partir de Otro Servicio	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	702	Diálisis Peritoneal

Apoyo Diagnóstico y Complementación terapéutica	714	Servicio farmacéutico	Servicio Continuo Igual	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica	714	Servicio farmacéutico
Otros Servicios	813	Sala General de Procedimientos Menores	Se Cierra el Servicio	Otros Servicios	813	Sala General de Procedimientos Menores

Fuente: IPS CREDIT DEL SUR LTDA, 2013

Es importante aclarar que los servicios prestados en la IPS Renal CREDIT del Sur Ltda., son de carácter ambulatorio, ya que la Institución no cuenta con servicio de hospitalización, Sin embargo entre las novedades presentadas en la actualización del portafolio de servicios se encuentra que para los ocho servicios prestados en la IPS Renal CREDIT del Sur Ltda., se estableció que cuatro de ellos, Nutrición y dietética, Psicología, Servicio Farmacéutico y Procedimientos menores se realizan de manera ambulatoria (AMBU) y se prestan en consulta básica ambulatoria (CBA), tres servicios más los de Nefrología y Diálisis Renal,, Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal se prestan en las modalidades de atención ambulatoria(AMBU) y Consulta ambulatoria de Laboratorio (CAL) y un solo servicio el de Nefrología se presta en la modalidad ambulatoria(AMBU) y de Consulta Médica Especializada (CME). Es importante mencionar que el IPS, todos los servicios en la modalidad de TIP se encuentran en transición (Ver Tabla 8).

TABLA 9. NOVEDADES REALIZADAS EN LA ACTUALIZACIÓN DEL PORTAFOLIO DE SERVICIO

COD.	SERVICIOS	AMBU	CBA.	CME.	CAL.	TIP
330	Nefrología	Si	No	Si	No	Transición
333	Nutrición y dietética	Si	Si	No	No	Transición
344	Psicología	Si	Si	No	No	Transición
702	Nefrología Diálisis renal	Si	No	No	Si	Transición
714	Servicio Farmacéutico	Si	Si	No	No	Transición
733	Hemodiálisis	Si	No	No	Si	Transición
734	Diálisis peritoneal	Si	No	No	Si	Transición
813	Sala de procedimientos menores	Si	Si	No	No	Transición

Fuente: Archivo CREDIT del Sur Ltda., 2014.

Con relación a la capacidad instalada se establece que la IPS CEDIT del Sur Ltda., tiene una atención de 24 horas, durante los 365 días del año, en los servicios de Consulta externa especialidades médicas, Consulta externa general y Control pre diálisis y post-trasplante. Cuenta con un talento humano, conformada por una planta de personal de 28 profesionales de la salud entre especialistas, médicos generales, enfermeras jefes, auxiliares de enfermería, trabajadora social, nutricionista, Química farmacéutica y regente de farmacia. Asimismo cuenta en su infraestructura con una Sala de Hemodiálisis, una sala de procedimientos, un cuarto de entrenamiento y dos cuartos de recambio. En lo concerniente a dotación de los distintos servicios cuenta con los equipos e instrumentos suficientes para la prestación eficiente y oportuna en cada uno de los servicios de Consulta externa especialidades médicas, Consulta externa general y Control pre diálisis y post-trasplante. (Ver tabla 9).

TABLA 10. CAPACIDAD INSTALADA

HORARIO ATENCION	TALENTO HUMANO	INFRAESTRUCTURA (EDIFICIO)	DOTACION	INTERDEPENDENCIA
24 horas, todos los días Consulta externa especialidades médicas Consulta externa general Control prediálisis y post-trasplante	Médico especialista en Nefrología 2	Sala de Hemodiálisis 1	Tensiómetro (10)	Servicio de Hospitalización en las instalaciones de la IPS Laboratorio Clínico especializado Servicio Farmacéutico Transporte puerta a puerta para los pacientes discapacitados Apoyo de la EPS en el sistema de referencia
	Médico General 3	Sala Procedimientos 1	Termo higrómetro Tensiómetro(12)	
	Enfermeras profesionales 8	Cuarto entrenamiento 1	Bascula Adulto(4)	
	Profesional en Psicología 1	Cuarto de recambio 2	Termo higrómetro (4)	
	Profesional en Trabajo Social. 1		Nevera(3)	
	Profesional en Nutrición y dietética 1		Flujometro doble de Oxigeno (21)	
	Regente de Farmacia 1		Báscula Electrónica (2)	
	Química Farmacéutica 1		Succionador Electrocardiógrafo Electro bisturí Monitor de signos vitales Desfibrilador Flujometro doble de Oxigeno	
	Auxiliares de enfermería 10		Bascula Adulto (3)	
			Máquinas de hemodiálisis(4)	

Fuente: IPS CEDIT DEL SUR LTDA, 2013

5.2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICO CIENTÍFICAS DE HABILITACIÓN EN LA IPS CEDIT DEL SUR LTDA.

Con base en los estándares y criterios de la Resolución 2003 de mayo 30 de 2004 se llevó a cabo la verificación de cumplimiento de las Condiciones Técnico Científicas de Habilitación en todos los servicios. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede determinar que para el caso del cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad en las condiciones de capacidad tecnológica y científica para los estándares de talento humano e infraestructura, donde se obtuvo un cumplimiento del 90% de lo exigido por la norma, se debe mencionar que los criterios en los cuales se están presentando deficiencias se refiere al estándar de Infraestructura, ya que la institución no presenta ambientes de aseo exclusivos en los servicios de urgencias y zonas de esterilización; además también la IPS CEDIT no dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida para procedimientos de transfusión de sangre en caso de ser requerido por algún paciente.

En la tabla 10, se describen los resultados sobre el cumplimiento en los criterios de habilitación para los estándares de talento humano e infraestructura. Se encontró que de los 21 criterios verificados, la IPS CEDIT del Sur Ltda., cumplió los requisitos mínimos de calidad en 19 criterios, equivalente a un porcentaje de cumplimiento del 90% (19/21).

TABLA 11. CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE HABILITACIÓN PARA LOS ESTÁNDARES DE TALENTO HUMANO E INFRAESTRUCTURA

CRITERIO	INDICADOR
El talento humano , cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente para ejercer la profesión u ocupación	CUMPLE
Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	CUMPLE
Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	CUMPLE
Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	CUMPLE
Las instituciones que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial.	CUMPLE
Las instalaciones eléctricas (tomas, Interruptores, lámparas) de todos los servicios están en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	CUMPLE

Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.	CUMPLE
En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compresores, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.	CUMPLE
En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.	CUMPLE
La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.	CUMPLE
Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.	CUMPLE
La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.	CUMPLE
Los pisos, paredes y techos de todos los servicios son de fácil limpieza y están en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	CUMPLE
Los ambientes de trabajo sucios cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye peseta de lavado o vertedero.	CUMPLE
Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.	CUMPLE
El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.	CUMPLE
En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.	CUMPLE
Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.	CUMPLE
La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: peseta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.	CUMPLE
En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de hospitalización, urgencias y zonas de esterilización, en todas las complejidades, los ambientes de aseo son exclusivos para el servicio.	NO CUMPLE
La institución donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo a los componentes a transfundir.	NO CUMPLE

En la tabla 11, se describen los resultados sobre el cumplimiento en los criterios de habilitación correspondientes a los estándares de dotación, medicamentos, dispositivos e insumos médicos. Se encontró que de los 14 criterios verificados, la IPS CEDIT del Sur Ltda., cumplió con la totalidad de los requisitos de calidad,

equivalente a un porcentaje de cumplimiento del 100% (14/14). Esta es una clara muestra de que se puede llegar al cumplimiento de los criterios de los estándares con la excelencia, desde un trabajo comprometido y administrativamente bien planificado.

TABLA 12. CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE HABILITACIÓN PARA LOS ESTÁNDARES DE DOTACIÓN, MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS MÉDICOS

CRITERIO	INDICADOR
Utiliza Equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	CUMPLE
En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.	CUMPLE
Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	CUMPLE
Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.	CUMPLE
Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.	CUMPLE
Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.	CUMPLE
Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.	CUMPLE
Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.	CUMPLE

<p>Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.</p>	<p>CUMPLE</p>
<p>El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.</p>	<p>CUMPLE</p>
<p>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecno vigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.</p>	<p>CUMPLE</p>
<p>Los medicamentos homeopáticos, fisioterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.</p>	<p>CUMPLE</p>
<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones. Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, esterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.</p>	<p>CUMPLE</p>
<p>Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.</p>	<p>CUMPLE</p>

Fuente: IPS CREDIT DEL SUR LTDA, 2013

En cuanto al cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad en los estándares correspondientes a procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia de servicios mostró un comportamiento muy bueno en la evaluación de estos estándares, la única consideración a tener en cuenta está relacionada con que la IPS Renal, considere la posibilidad de contar entre sus servicios con una unidad, equipos y protocolos de reanimación cardiopulmonar. En la tabla 12, se describen los resultados sobre el cumplimiento en los criterios de habilitación para los estándares de procesos prioritarios, historia clínica y registros e interdependencia de servicios. En la verificación realizada, se obtuvo que la IPS CEDIT del Sur Ltda., presenta un cumplimiento del 98%, en los requisitos mínimos de calidad, correspondiendo a 44 de 45 criterios en estos estándares.

TABLA 13. CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE HABILITACIÓN PARA LOS ESTÁNDARES DE PROCESOS PRIORITARIOS, HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS E INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

CRITERIOS	INDICADOR
Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.	CUMPLE
Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos.	CUMPLE
Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.	CUMPLE
Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.	CUMPLE
El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.	CUMPLE
El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.	CUMPLE
La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.	CUMPLE
Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	CUMPLE
Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.	CUMPLE
Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.	CUMPLE

Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.	CUMPLE
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.	CUMPLE
Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.	CUMPLE
Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.	CUMPLE
Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.	CUMPLE
Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.	CUMPLE
La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.	CUMPLE
Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.	NO CUMPLE
Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.	CUMPLE
Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados.	CUMPLE
Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.	CUMPLE
La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.	CUMPLE
Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.	CUMPLE
Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.	CUMPLE
En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos	CUMPLE
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora	CUMPLE
Cuenta con protocolo de Limpieza y Desinfección de áreas, superficies , manejo de ropa, etc.	CUMPLE

Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	CUMPLE
Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos.	CUMPLE
Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.	CUMPLE
El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.	CUMPLE
El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.	CUMPLE
En zonas dispersas la prestadora cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.	CUMPLE
El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.	CUMPLE
Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente.	CUMPLE
Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	CUMPLE
Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	CUMPLE
Tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.	CUMPLE
El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.	CUMPLE
Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.	CUMPLE
Las historias clínicas deben 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. se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.	CUMPLE

Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	CUMPLE
Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.	CUMPLE
Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	CUMPLE
Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas	CUMPLE

En cuanto al conocimiento de la norma, relacionado con la resolución 2003 del 2014 se evidencia conocimiento de la misma por parte del personal de CEDIT LTDA por lo que se da un cumplimiento del 100%.

Con relación a la verificación de cumplimiento de las Condiciones Técnico Científicas de Habilitación en el servicio de Consulta externa se pudo establecer que para los siete estándares se da un cumplimiento del 96.5%, representado en que la IPS da cumplimiento a 56 de los 58 criterios considerados. En los resultados arrojados por las listas de chequeo se pudo apreciar que los estándares de Talento humano, infraestructura, medicamentos, procesos prioritarios, historia clínica y registro e interdependencia tienen un porcentaje de cumplimiento del 100%, el único estándar que presenta un cumplimiento regular tiene que ver con el de Dotación en el cual de cinco criterios solamente se da cumplimiento a tres, lo cual representa un 60% de cumplimiento, siendo necesario efectuar un plan de mejoramiento en lo relacionado con la adquisición de camillas rodantes con freno y con barandas y de Instrumental o equipo necesario para la realización de procedimientos menores, que aunque pudieran parecer insumos no tan prioritarios, son necesarios y terminan por afectar la calificación final de este estándar .

Con relación a la verificación de cumplimiento de las Condiciones Técnico Científicas de Habilitación en el servicio de Consulta Externa Especialidades Médicas se pudo evidenciar que para los 7 estándares se tuvo un cumplimiento del 94%, que equivale al cumplimiento de 63 de los 67 para este servicio. Se puede destacar que Talento Humano, Infraestructura, Medicamentos, Procesos prioritarios e Historia clínica y registro, la IPS da cumplimiento al 100% de los criterios. Sin embargo para los estándares de Dotación, da cumplimiento a un 75% o sea tres de cuatro criterios, presentando no cumplimiento en lo relacionado con no contar con camillas rodantes con freno y con barandas e instrumental o equipo necesario para procedimientos menores; también presencia falencias en el estándar de interdependencia de servicios en el cual tan solo da cumplimiento en

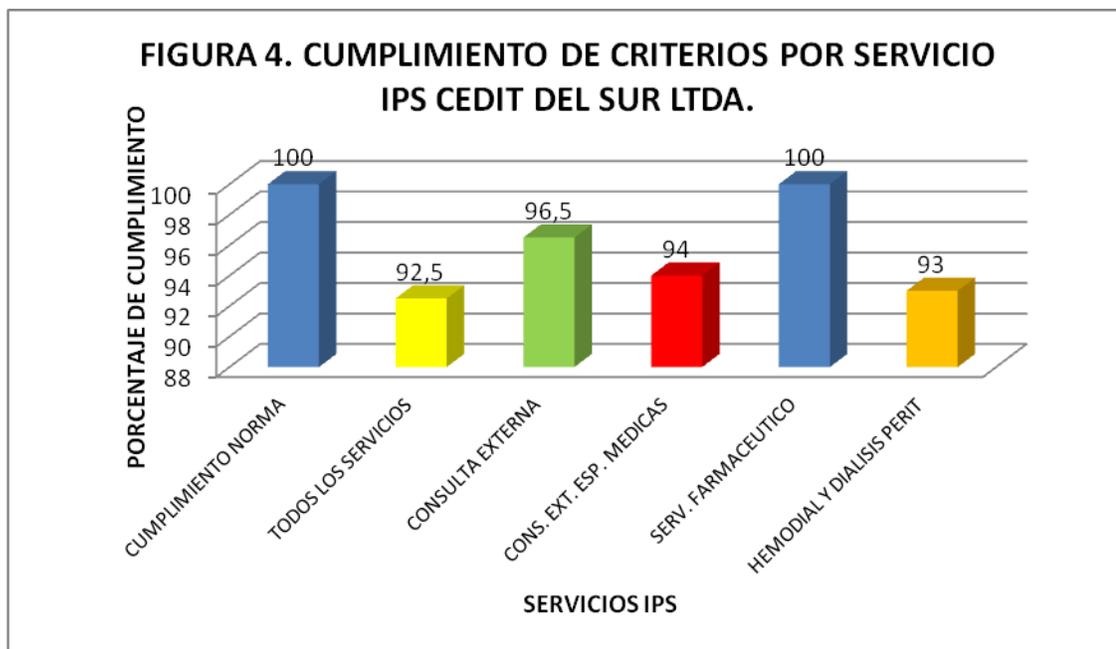
un 25%, o se cumple un criterio de cuatro. Los criterios en los cuales se tiene problemas se refieren a la no disponibilidad de laboratorio, clínico, patología y Unidad de Cuidados Intensivos en caso de realizar seguimiento post-trasplante.

Para la evaluación de cumplimiento de estándares en el Servicio Farmacéutico de mediana y alta complejidad se pudo determinar que la IPS CEDIT del Sur Ltda., presenta un cumplimiento del 100% en los criterios de los siete estándares. Su fortaleza radica en el talento humano que trabaja en la institución constituido por una Química Farmacéutica especialista y una regente de farmacia, quienes cuentan con un manual de procedimientos para el sistema de distribución de medicamentos en los pacientes de la clínica. Con relación a todos los estándares da cumplimiento a todo lo exigido en los servicios farmacéuticos de baja complejidad.

En lo relacionado a la evaluación de cumplimiento de estándares en el Servicio de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, la aplicación de la lista de chequeo permitió evidenciar que de los 87 criterios verificados, en términos generales se alcanzó un cumplimiento del 93%. Los servicios de Talento humano, medicamentos, procesos prioritarios, historia clínica y registro cumplen con el 100% de los criterios evaluados, el servicio de infraestructura cumple con 27 de los 29 criterios evaluados, presentando la carencia de un mesón de trabajo en la sala de procedimientos y un ambiente para actividades de enfermería con mesón de apoyo que cumpla lo exigido para salas de procedimientos.

El servicio de dotación cumple con 12 de los 14 criterios, presentando fallas en que la sala de procedimientos de la unidad renal carece de camillas rodantes con freno y con baranda y no se cuenta con camillas en la sala de diálisis peritoneal. El servicio de Interdependencia de servicios presentó un cumplimiento de 2 de 4 criterios, observándose que el servicio no presenta disponibilidad de laboratorio y transporte asistencial.

En términos generales al efectuar un análisis sobre el cumplimiento de los distintos estándares de habilitación en cada uno de los servicios de la IPS Renal CEDIT del Sur Ltda., se encuentra que el mayor porcentaje de cumplimiento se presentó en el servicio farmacéutico con un valor del 100%, seguido por el servicio de consulta externa con un valor porcentual de 96.5, en tercer lugar se encontró el servicio denominado Consulta externa especialidades médicas con un porcentaje del 94%, en cuarto lugar el servicio de hemodiálisis y Diálisis peritoneal con un porcentaje del 93% y por último el consolidado de "Todos los servicios" con un porcentaje de 92.5%. (ver figura 4).



Fuente: Este Estudio

5.2.1. Buenas prácticas obligatorias en seguridad del paciente para la IPS CEDIT DEL SUR LTDA. Con relación a las buenas prácticas obligatorias en la Seguridad del Paciente para la IPS se aplicó un instrumento para la recolección de la información en la cual se evaluó cinco buenas prácticas entre ellas: 1. Contar con un programa de seguridad del paciente. 2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente. 3. Detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud. 4. Mejoramiento de la seguridad en la utilización de medicamentos. 5. Aseguramiento de la correcta identificación de los pacientes en el servicio asistencial. (Tabla 13).

TABLA 14. BUENAS PRÁCTICAS OBLIGATORIAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA IPS CEDIT DEL SUR LTDA.

NOMBRE DE LA BUENA PRACTICA OBLIGATORIA PARA LA IPS	CRITERIO	INDICADOR
1. Contar con un programa de seguridad del paciente	La IPS Renal CEDIT del Sur Ltda cuenta con un equipo referente o líder del Programa de Seguridad del Paciente: Gerente, Líder de Calidad, el Líder del Programa de Seguridad del Paciente).	CUMPLE
	Existe la conformación del Comité de Seguridad del Paciente (acta de conformación: colaboradores permanentes – Un representante del equipo referente, una persona que pueda tomar decisiones misionales): invitados (involucrados en el evento a revisar)	NO CUMPLE

	El Gerente, Líder de Calidad y/o el Líder del Programa de seguridad del paciente tienen funciones claramente definidas como: (planear el programa de seguridad del paciente y hacer seguimiento al avance; socializar la política de seguridad del paciente, Investigación de los eventos que han sido reportados y retroalimentación al personal)	CUMPLE
	Existe evidencia de la operación del equipo: actas de reuniones del equipo líder. Evidencia de la existencia y operación periódica de un Comité de Seguridad de Pacientes que repose en actas.	CUMPLE
	Existe fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente con base en un plan de capacitación en seguridad del paciente (Que se hace, quien lo hace, cuando se hace, donde se hace), que favorezca la política de Seguridad Institucional	CUMPLE
	La institución cuenta con un Sistema de Reporte de Fallas en la Atención, medición, análisis y gestión de los eventos adversos (¿cómo opera?)	CUMPLE
	Existe una metodología Institucional de Análisis de Causas de los Incidentes y Eventos Adversos (¿En qué documento?)	NO CUMPLE
	La institución cuenta con una ficha técnica del Indicador de cobertura de la capacitación en seguridad del paciente. EJ: Meta: 90% en dos años	CUMPLE
	Está definido y operando el Sistema de Reporte de Fallas de Incidente y/o Evento Adverso	CUMPLE
	Se evidencia Sensibilización del Sistema de Reporte en la Institución	NO CUMPLE
	Está definido e implementado un Sistema de Análisis de Causas de Fallas en la Atención en Salud	CUMPLE
	Tiene definidas e Acciones de Mejoramiento o Barreras de Seguridad para las causas de mayor impacto y probabilidad de los incidentes y eventos adversos	NO CUMPLE
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	La Institución evalúa semestralmente la adherencia a las guías de manejo Clínico	NO CUMPLE
	La Institución tiene un cronograma para la evaluación de la adherencia a las guías de atención médica	NO CUMPLE
	Cuenta con un indicador de Adherencias a las guías de atención médica (Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de la guía)	NO CUMPLE
	Cuenta con una ficha técnica del indicador de adherencia a las guías de atención médica	NO CUMPLE
	Realiza medición semestral a la guías de atención médica	NO CUMPLE
	La institución realiza seguimiento mensual a los indicadores de calidad reglamentarios y aquellos relacionados con la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	CUMPLE
	Envía información a la Súper salud sobre:	
	· Oportunidad de la atención en la asignación de citas en la consulta especializada	CUMPLE
	· Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	CUMPLE
	· Tasa de infección intrahospitalaria	CUMPLE
	· Proporción de Vigilancia de Eventos Adversos	CUMPLE

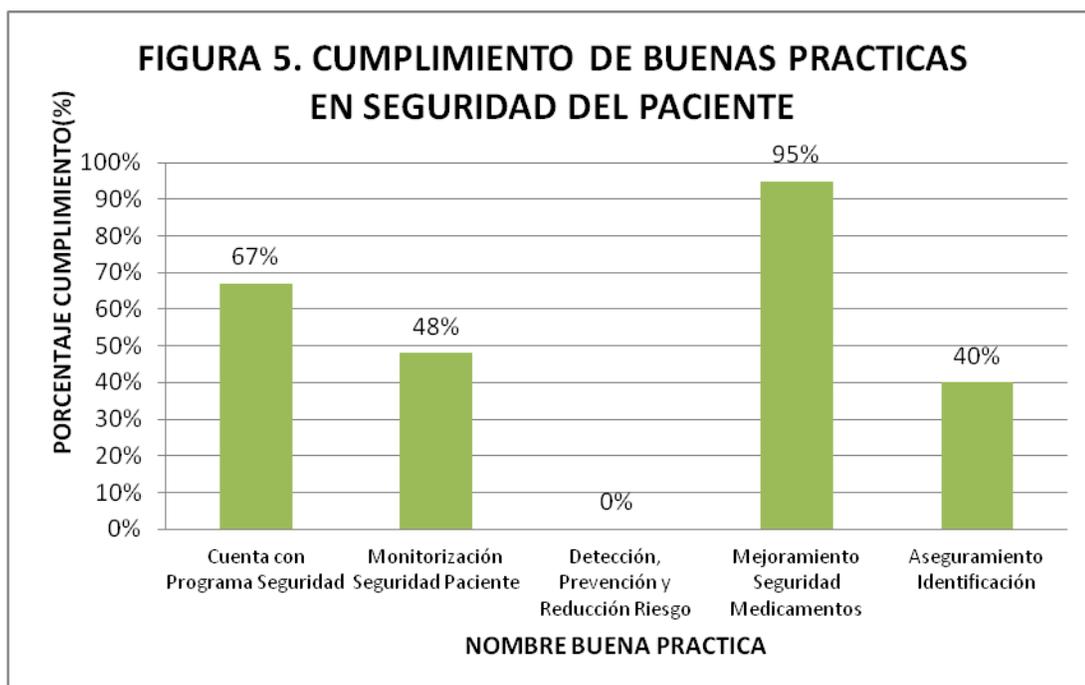
	Tasa de satisfacción del Usuario	CUMPLE
	La institución lleva ficha técnica para cada indicador	CUMPLE
	La Institución realiza el análisis de resultados a cada indicador	CUMPLE
	La IPS tiene establecido un plan de mejoramiento en la monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente	CUMPLE
	La institución mide indicadores de infección asociada a la atención en salud: Ej: Indicador de flebitis infecciosa asociada al uso e catéter periférico	CUMPLE
	Cuenta con ficha técnica de indicadores de infección	CUMPLE
	La institución evalúa semestralmente Adherencia a la higiene de manos	NO CUMPLE
	La institución evalúa semestralmente Adherencia al Manual de bioseguridad en los servicios (Consulta externa especializada de nefrología, Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal)	NO CUMPLE
	La institución evalúa semestralmente Adherencia a la administración segura de Medicamentos en los Usuarios	NO CUMPLE
	La institución evalúa la adherencia a Las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias en el Sistema Único de Habilitación que le apliquen y evidencia el mejoramiento continuo de dicha adherencia	NO CUMPLE
	La institución evalúa semestralmente Adherencia al protocolo de identificación correcta del Usuario	NO CUMPLE
	La institución evalúa semestralmente Adherencia a la guía de aislamiento de Pacientes	NO CUMPLE
	La institución evalúa semestralmente lesiones por administración incorrecta de medicamentos (medicamento equivocado, dosis incorrecta, vía incorrecta, frecuencia de administración incorrecta,	CUMPLE
	La institución evalúa semestralmente eventos de lesión por identificación incorrecta del usuario	NO CUMPLE
	La institución evalúa semestralmente Lesión por caída asociada a la atención en salud (de silla o de camilla)	NO CUMPLE
	La Institución hace medición y seguimiento a los eventos adversos de mortalidad	CUMPLE
	La Institución hace medición y seguimiento a los eventos en consulta externa, en Hemodiálisis, en Diálisis Peritoneal	NO CUMPLE
	La IPS determina la Oportunidad de la asignación de citas(Sumatoria.....)	CUMPLE
	La institución mide los indicadores de calidad por servicio: Índice de eventos adversos por servicio (Numero de eventos adversos presentados en le periodo/Total de pacientes atendidos x 100)	CUMPLE
	La institución mide la proporción de pacientes que no asistieron a la consulta, diálisis, hemodiálisis: Número de pacientes que no asistieron al tratamiento programado/Total de pacientes programados x 100	CUMPLE

3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud	La Institución implementa medidas para la prevención de la infección	NO CUMPLE
	La institución cuenta con una guía para la prevención , reducción del riesgo de infecciones y está socializada	NO CUMPLE
	La IPS hace análisis de los eventos adversos presentados relacionados con infecciones hospitalarias (Flebitis)	NO CUMPLE
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos	La Institución implementa medidas para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos. Se refiere a promover la búsqueda e implantación de prácticas efectivas dirigidas a mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos.	CUMPLE
	La institución tiene la participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad	CUMPLE
	La institución asegura la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de re empaque y reenviase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria.	CUMPLE
	La institución realiza controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos	CUMPLE
	La institución define mecanismos para prevenir errores en la administración de los medicamentos (manejo incorrecto o administración errónea).	CUMPLE
	La institución identifica y define los medicamentos con efectos secundarios importantes y molestos para los pacientes y realizar la advertencia correspondiente antes de su administración.	CUMPLE
	La institución implementa procesos de vigilancia activa del uso de los antibióticos y de la información y educación que se realiza a la comunidad asistencial sobre el uso adecuado de medicamentos.	CUMPLE
	La institución identifica los medicamentos de alto riesgo.	CUMPLE
	La institución define procesos de marcaje adicional de los medicamentos de alto riesgo clínico para que sean fácilmente identificados por el personal de enfermería y se extreme el cuidado en su uso.	CUMPLE
	La institución define procesos de marcaje adicional a los medicamentos de alto riesgo de confusión con otro por tener presentaciones físicas muy parecidas.	CUMPLE
	La institución define procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio.	NO CUMPLE
	La institución implementa procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: dipirona y la vancomicina).	CUMPLE

	La institución incluye en la recepción de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra; incluir mecanismos que eviten la recepción de medicamentos y dispositivos médicos defectuosos a través de la verificación del estado físico, cantidad, fechas de vencimiento, número del lote, vigencia del registro sanitario del INVIMA y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena frío.	CUMPLE
	La Institución asegura que en el proceso almacenamiento de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites.	CUMPLE
	La institución asegura que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos.	
	La institución define mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA y para el uso que pretende dárselos; de origen fraudulento, de calidad no certificada y verificable. Deben incluir los conceptos técnicos de los responsables de las áreas asistenciales.	CUMPLE
	La institución toma en consideración la información que proviene de la fármaco vigilancia.	CUMPLE
	La institución define mecanismos para vigilancia activa en la detección, identificación y resolución de los problemas relacionados con medicamentos (PRM); especialmente en pacientes poli medicados y/o con estancia hospitalaria mayor a tres días	CUMPLE
	La institución sigue procesos que aseguran la verificación de los medicamentos que el paciente recibe corrientemente de cualquier procedencia (paciente proveniente de la consulta externa, de otro servicio dentro de la institución o de otra institución)	CUMPLE
	La institución asegura en los pacientes que no haya confusión de un efecto secundario del medicamento con una alergia.	CUMPLE
	La institución tiene definidas listas de chequeo que garanticen que se conoce a lo largo de todo el proceso de atención la posibilidad de alergias y reacciones similares	CUMPLE
5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales	Existe protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en los servicios asistenciales	NO CUMPLE
	El Protocolo es conocido por el personal asistencial	NO CUMPLE
	La IPS aplica la identificación correcta del usuario al ingreso al servicio.	CUMPLE
	Los pacientes son identificados debidamente con nombres y apellidos completos y documento de identidad	CUMPLE
	Los pacientes son identificados con una manilla de identificación visible	NO CUMPLE

Fuente: Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.MSPS

En el instrumento de buenas prácticas en seguridad del paciente se verificó el cumplimiento de 69 criterios, de los cuales se da cumplimiento tan solo a 43 de ellos, lo que representan un porcentaje del 62%, encontrándose que la IPS CEDIT del SUR Ltda., debe mejorar muchísimo en el cumplimiento de 26 criterios más para dar cumplimiento óptimo a la norma. (Ver Figura 5.)



Fuente: Este Estudio

Para la buena práctica de contar con un programa de seguridad del paciente se tiene que se da cumplimiento a ocho de los doce criterios contemplados en el instrumento; para la práctica de monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente se encontró que de los 29 criterios evaluados solamente se dio cumplimiento a 14 de ellos, encontrándose que más de la mitad de los criterios están sin cumplir (15).

Para la buena práctica de detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones hay una ausencia total de cumplimiento, de los tres criterios considerados no se cumple con ninguno, por lo cual es necesario que la IPS Renal implemente medidas para la prevención de la infección, que se cuente con una guía para la prevención y reducción del riesgo y está se socialice oportunamente a todos los trabajadores de la institución y que la IPS haga análisis de los eventos adversos presentados, por ejemplo en el caso de presentarse flebitis.

En lo que tiene que ver con la práctica de mejoramiento de la seguridad en la utilización de medicamentos se tiene un cumplimiento casi óptimo, en el cual de

20 de los criterios se está dando cumplimiento a 19 de ellos, evidenciando que solo se está fallando en lo que tiene que ver con que la Institución tenga definidos procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos.

Y finalmente en la buena práctica de aseguramiento de la correcta identificación de los pacientes en el servicio asistencial solamente se está dando cumplimiento a dos (2) de los cinco (5) criterios contemplados, teniendo inconvenientes en que no existe un protocolo para asegurar la correcta identificación del usuario al ingreso del mismo y en el servicio asistencial; además de que el protocolo por no existir no es conocido por el personal y por último que la IPS no utiliza como mecanismo de identificación de sus pacientes manillas visibles.

Con base en lo anteriormente mencionado se puede destacar en el análisis que la institución cuenta con un Programa de Seguridad del Paciente de manera sistematizado, dentro de este se encuentra la adopción de la Política de Seguridad del Paciente. También cuenta con el Comité de Seguridad del Paciente el cual está conformado por el Gerente de la IPS, Nefrólogo, Médico de apoyo, Enfermera jefe, químico farmacéutico y Trabajadora social. El comité de seguridad del paciente se encuentra operando, se evidencia de Actas de reunión de dicho comité.

El nivel de medición de la gráfica, corresponde a un total del 100%, el cual se discriminó en porcentajes del 20% que representa la máxima calificación para cada buena práctica evaluada. Por tanto esta primera Buena Práctica le corresponde un 15% en la calificación total. Los motivos de este valor es la falta de socialización de guías y protocolos contemplados y exigidos por la resolución 2003 de 2014.

Con relación a la Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente, se determinó que la Institución cuenta con un cronograma para la evaluación de la adherencia a las Guías de atención médica. Proporcionando criterios de cumplimiento en la aplicación de la guías, cuenta con una ficha técnica del indicador de adherencia a las guías de atención médica. Realiza medición semestral a estas.

Dentro de los indicadores que mide la institución se encuentran:

Nombre del indicador: Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación de Guías de Atención médica.

Nombre del indicador: Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Higiene de Manos.

Nombre del indicador: Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Manual de Bioseguridad en los Servicios.

Nombre del indicador: Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Proceso de Administración Segura de Medicamentos a los Usuarios

Nombre del indicador: Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Uso Racional de Antibióticos

Nombre del indicador: Proporción de Criterios cumplidos en la aplicación del Protocolo de Identificación Correcta del Usuario

Los anteriores indicadores, la IPS CREDIT DEL SUR LTDA, los mide con una periodicidad semestral.

Para el análisis de todos estos indicadores se tiene en cuenta un Umbral de desempeño, NO aceptable correspondiente a Menos del 80% de capacitaciones realizadas, Rango medio valorado Entre 80% y 95%, y un estándar meta, Más del 95% de capacitaciones realizadas, resultados que utilizan para tomar decisiones relacionadas con mejoramientos.

Además encontramos otros indicadores relacionados con el evento adverso los

Cuales son:

Nombre del indicador: Índice de Eventos adversos asociados a la administración incorrecta de medicamentos.

Nombre del indicador: índice de Eventos adversos asociados a la Identificación a incorrecta del Usuario.

Nombre del indicador: índice de Eventos adversos asociados a la realización en el procedimiento de diálisis peritoneal y de hemodiálisis.

Nombre del indicador: índice de Eventos adversos asociados a caída de pacientes durante la atención en salud.

Nombre del indicador: Tasa de Flebitis infecciosas asociadas al uso de catéter periférico.

Nombre del indicador: Tasa de Infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemias) asociadas al uso de catéteres centrales.

Para el análisis de estos indicadores se tiene en cuenta un estándar meta del 100% en la gestión de todos los eventos adversos, de lo contrario el comité de seguridad del paciente tomara decisiones para mejorar los indicadores y lograr la metas esperadas.

Dentro de los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad encontramos los siguientes indicadores, que son de obligatorio cumplimiento para la IPS.

Nombre del indicador: Tasa Infección asociadas a la atención en salud

Nombre del indicador: Proporción de vigilancia de evento adverso.

Nombre del indicador: Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas.

Estos indicadores se miden con una Periodicidad mensual.

En la unidad renal CEDIT DEL SUR LTDA, se identifica y verifica que cuenta con una Monitorización de los aspectos relacionados con la seguridad del paciente, cuyo nivel de medición de esta grafica corresponde a un total del 100%, el cual discriminaremos en porcentajes del 20% que corresponde a la máxima calificación para cada buena práctica evaluada. Por tanto para esta Buena Práctica le corresponde un 15% en la calificación total, tal vez por falta de Documentación de acciones de mejora en el seguimiento y monitorización de las buenas prácticas en la seguridad del paciente.

Como tercera buena práctica considerada estuvo la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud. En este sentido se encontró que la institución cuenta con un Comité de Seguridad del Paciente, el cual analiza las causas de las fallas que se presentan dentro de la institución, estas a su vez, son analizadas y reportadas a los entes competentes. Además, cuenta con una guía para la prevención, reducción del riesgo de infecciones.

El nivel de medición de esta tabla corresponde a un total, del 100%, el cual discriminaremos en porcentajes del 20% que corresponde a la máxima calificación para cada buena práctica evaluada. Por tanto esta Buena Práctica le corresponde un 15% en la calificación total.

La falta de servicio de hospitalización teniendo en cuenta que son pacientes crónicos que pueden complicarse y que no da espera, que no haya Hospitalización, ni UCI.

Respecto a la buena práctica de mejoramiento de la seguridad en la utilización de medicamentos, se puede concluir que en la unidad renal, se identifica y verifica que hace parte de su programa de seguridad del paciente, mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, aspectos relacionados con la seguridad del paciente, El nivel de medición de esta tabla corresponde a un total, del 100%, el cual discriminaremos en porcentajes del 20% que corresponde a la máxima calificación para cada buena práctica evaluada. Por tanto esta primera buena práctica le corresponde un 20% en la calificación total, motivo se evidencia documentación de análisis de causa del evento adverso. La institución tiene la participación del Químico o farmacéutico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad.

La Institución implementa medidas para mejorar la seguridad en la utilización de los medicamentos. Se realiza controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos.

Y en lo concerniente a la buena práctica de aseguramiento de la correcta identificación del paciente en los servicios asistenciales, se encontró que en la unidad renal CEDIT DEL SUR LTDA, se identifica y verifica que hace parte de su programa de seguridad del paciente, asegurar la correcta identificación del paciente de los servicios asistenciales, aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

El nivel de medición de esta tabla corresponde a un total, del 100%, el cual fue discriminado en porcentajes del 20% que corresponde a la máxima calificación para cada buena práctica evaluada. Por tanto esta Buena Práctica le corresponde un 20% en la calificación total, motivo realizan medición semestral de adherencia al protocolo de identificación correcta del usuario y documentación de acciones de mejora.

En la verificación, de la guía de las buenas practicas encontramos que del 100% correspondiente a los 5 ítems, se cumple un total del 85% que relacionado con el porcentaje esperado, se lo puede catalogar como aceptable. Por lo cual se da conocer a la institución para su respectivo plan de mejora en cuanto a las deficiencias encontradas en el manejo de esta guía

5.3. IDENTIFICACIÓN DE BRECHAS EN LAS CONDICIONES TÉCNICO CIENTÍFICAS FRENTE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

Los pacientes que requieren de trasplante renal debe realizarse este procedimiento de trasplante en la Clínica Imbanaco de la ciudad de Cali, única habilitada, posteriormente son remitidos a su sitio de origen en este caso la ciudad de Pasto, en donde se aplican todas las guías y protocolos de manejo en este caso las que maneja CEDIT, pero se encuentra una gran brecha en cuanto a la complicación del este procedimiento y el manejo que le dan por entrevista de

nefrólogo es remitido nuevamente a Cali, no tienen la capacidad técnico científica, camas, cirujano vascular.

Se identificó que no existe un aislamiento de pacientes con enfermedades infecto contagiosas, son separadas con una barrera de vidrio, que no

La lista de chequeo da la razón en cuanto al manejo de un paciente complicado.

Por la problemática de escasez de talento humana, y camas el paciente tiene que esperar

5.4 RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS

En este estudio de verificación se espera que las recomendaciones planteadas sean tenidas en cuenta para el mejoramiento continuo, uno de nuestros principales propósitos fue presentar la situación actual de la IPS CEDIT del SUR Ltda., para que desde la Gerencia se preste atención a las escasas falencias encontradas y aquí mencionadas con el fin de alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios prestados a la comunidad nariñense y del sur del país.

El Ministerio de Salud y Protección Social actualizó la norma de habilitación de los servicios de salud, la cual deberá ser aplicada por toda institución prestadora de servicios de salud, el principal beneficio de la norma es la seguridad del paciente, motivo por el cual sugerimos realizar capacitaciones de forma periódica al personal asistencial, sobre la importancia del evento adverso, estimulando su reporte, ya que estos son la base con la cual la institución realizara su propio diagnóstico, e implementara las medidas necesarias de mejora.

Los eventos adversos presentado en toda institución prestadora de servicios de salud, tiene consecuencias devastadoras en pacientes, sus familias y prestadores, cada día es más evidente que sin el compromiso decidido, desde la gerencia es poco menos que imposible lograr los cambios que se requieren para mejorar la seguridad del paciente. El éxito está en centrar su trabajo en diseñar sistemas que apoyen la calidad y la seguridad pues con ello además de mejorar la calidad del servicio, estará contribuyendo a transformar el sistema de salud.

Se sugiere prestar atención entre otras cosas a los registros necesarios manejados en cada una de las hojas de vida, siendo importante certificar cada una de las hojas de vida, poniéndolas en comparación y evaluación constante.

En cuanto a los medicamentos y dispositivos médicos es importante que sea documentado todo lo que se realice, tener protocolos de manejo en cuanto a semaforización, carro de paro, cadena de frio, fechas de vencimiento entre otras.

En lo que tiene que ver con los procesos prioritarios asistenciales aunque se cuenta con protocolos y guías de manejo, se sugiere que sean socializadas al personal, además de actualizarlas constantemente, tenerlas a disposición de todo el personal que labora en esta institución; documentar y realizar comités de vigilancia, seguridad del paciente, infecciones, tecno vigilancia, semanalmente o según corresponda.

CONCLUSIONES

El Prestador realizó la actualización del Portafolio de Servicios y registró en la página web del Instituto departamental como se menciona en la tabla No 7 lo que fue realizado para dar cumplimiento con la 1441 del 2013 y ahora con la 2003 que inicia vigencia en enero 30 de 2015 que fue el plazo establecido en la última normatividad vigente.

El Prestador había realizado la verificación interna del cumplimiento de las Condiciones Técnico Científicas de habilitación (AUTOEVALUACION) en los servicios de salud ofertados por la Unidad Renal CEDIT DEL SUR LTDA, aplicando los estándares y criterios contenidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud de la Resolución 2003 del 28 de Mayo del 2014. Lo cual se desarrolló durante el presente trabajo y ellos deben implementarlo antes del 30 de enero de 2015.

Se identificaron las brechas en las Condiciones Técnico Científicas frente a la normatividad vigente y se reportaron los resultados a la IPS. Luego de verificar el cumplimiento de los siete estándares de habilitación, de acuerdo a la Resolución 2003 de 2014, se concluye que, la Unidad Renal CEDIT DEL SUR, ubicada en la Ciudad de Pasto, debe enfocar todos sus esfuerzos para realizar los ajustes pertinentes y necesarios en cada uno de los servicios con los que cuenta para garantizar una prestación a los usuarios en una estructura que cumpla con todos los criterios de habilitación en los diferentes estándares en los cuales se identificaron incumplimiento, para garantizar un ambiente de calidad y mejorar la seguridad del paciente.

Así mismo, se observó que los servicios que presta la Unidad Renal CEDIT DEL SUR LTDA, cuenta con personal idóneo y comprometido, con la prestación del servicio, se destaca la gestión que ha realizado la IPS.

En cuanto a talento humano se pudo observar que el personal que laboraba en esta institución cuenta con registros completos de las hojas de vida, y todo lo relacionado con los requisitos mínimos que esta debería presentar como fotocopia del diploma y acta de grado, resolución expedida desde la secretaria departamental de salud, formación académica, cursos y actualizaciones, entre otras.

Con relación a las Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente obligatorias para el prestador, no se cumplen todos los requisitos establecidos y es necesario hacer los ajustes correspondientes, definidos en el análisis anteriormente expuesto.

Con la presentación del informe a la gerencia de la IPS se dan las recomendaciones para mejorar en el cumplimiento de los estándares y poder habilitar los servicios que ofrecen.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS

En este estudio de verificación se espera que las recomendaciones planteadas sean tenidas en cuenta para el mejoramiento continuo, uno de nuestros principales propósitos fue presentar la situación actual de la IPS CEDIT del SUR Ltda., para que desde la Gerencia se preste atención a las falencias encontradas y aquí mencionadas con el fin de alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios prestados a la comunidad nariñense y del sur del país.

El Ministerio de Salud y Protección Social actualizó la norma de habilitación de los servicios de salud, la cual deberá ser aplicada por toda institución prestadora de servicios de salud.

El principal beneficio de la norma es la seguridad del paciente, motivo por el cual sugerimos realizar capacitaciones de forma periódica al personal asistencial, sobre la importancia del evento adverso, estimulando su reporte, ya que estos son la base con la cual la institución realizara su propio diagnóstico, e implementara las medidas necesarias de mejora.

Los eventos adversos presentado en toda institución prestadora de servicios de salud, tiene consecuencias devastadoras en pacientes, sus familias y prestadores, cada día es más evidente que sin el compromiso decidido, desde la gerencia es poco menos que imposible lograr los cambios que se requieren para mejorar la seguridad del paciente.

El éxito está en centrar su trabajo en diseñar sistemas que apoyen la calidad y la seguridad pues con ello además de mejorar la calidad del servicio, estará contribuyendo a transformar el sistema de salud.

Se sugiere prestar atención entre otras cosas a los registros necesarios manejados en cada una de las hojas de vida, siendo importante certificar cada una de las hojas de vida, poniéndolas en comparación y evaluación constante.

En cuanto a los medicamentos y dispositivos médicos es importante que sea documentado todo lo que se realice, tener protocolos de manejo en cuanto a semaforización, carro de paro, cadena de frio, fechas de vencimiento entre otras.

En lo que tiene que ver con los procesos prioritarios asistenciales aunque se cuenta con protocolos y guías de manejo, se sugiere que sean socializadas al personal, además de actualizarlas constantemente, tenerlas a disposición de todo el personal que labora en esta institución; documentar y realizar comités de vigilancia, seguridad del paciente, infecciones, tecno vigilancia, semanalmente o según corresponda.

REFERENTES

1. Decreto 1011 de 2006. Diario Oficial. Año CXLI. N° 46230. 3, abril, 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. [En línea] disponible en: <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/.../DECRETO-1011-2006.pd>. Sitio web consultada el 10 de agosto de 2014.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014, de 28 de mayo de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Diario Oficial No. 49.167 de 30 de mayo de 2014. [en línea] Disponible en: www.minsalud.gov.co/sites/rid/.../Resolución%202003%20de%202014.pdf. Sitio web consultado el 10 de agosto de 2014.
3. IPS Unidad Renal CEDIT del SUR LTDA, San Juan de Pasto Nariño. Creada 1° de julio de 2006.
4. Alcaldía de Pasto, Secretaria Municipal de Salud. Plan Territorial de Salud 2012 – 2015. Disponible en: http://www.pasto.gov.co/phocadownload/documentos2012/salud/plan_territorial_de_salud_2012-2015.pdf Sitio web consultado el 10 de agosto de 2014.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE. 2005 [en línea] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos> Sitio web consultado el 27 de agosto de 2014.
6. López Viñas, C. Perspectivas en Nefrología, Producción Exlibris Editores S.A. Bogotá, 2.000.
7. Constitución Política de Colombia. 1991. Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.
8. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso, 1993.
9. Ley 9 de 1979 (enero 24), por la cual se dictan medidas sanitarias. Bogotá, Diario Oficial, febrero 5 de 1979.
10. Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, Año 10, enero, 1990.

11. Resolución N° 4445 de 1996, por el cual se dictan normas para el cumplimiento de las condiciones sanitarias de las instituciones prestadoras de servicios de salud y otras disposiciones. Bogotá, diciembre 2 de 1996.
12. Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 15, 288 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política. 2001. Diario Oficial 44654 del 21 de diciembre de 2001.
13. Manual único de procedimientos de habilitación de la resolución No. 1043 de 3 de abril 2006.
14. Ministerio de Protección Social. Paquetes instruccionales buenas prácticas para la atención en salud. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/.../Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf Sitio web consultado el 10 de agosto de 2014.
15. Ministerio de Protección Social. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [En línea] disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20%20en%20Seguridad%20del%20Paciente.PDF> Sitio web consultado el 10 de agosto de 2014.
16. Ministerio de Protección Social. Guía Práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGC. Charlie’s Impresores. Bogotá, Marzo 2011. 100 p.
17. RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006. “Por la cual 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”

ANEXOS

ANEXO A

LISTA DE CHEQUEO CONSULTA EXTERNA ESPECIALIDADES MÉDICAS

Grupo: Consulta externa		Servicio: Consulta Externa Especialidades Médicas		
Descripción del Servicio:				
Atención en salud en la cual toda actividad, procedimiento e intervención, se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente y en ocasiones se realizan tratamientos que son de tipo ambulatorio, realizada por un médico especialista.				
Consulta Externa Especialidades Médicas				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Talento Humano	Cuenta con médico especialista de acuerdo con la oferta de salud y a los programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación.			
	En caso de ofertar seguimiento pos trasplante para riñón, el prestador cuenta con servicio de nefrología habilitado, cuyos especialistas hayan realizado rotación durante su especialización o con certificado de formación para trasplante renal.			
Infraestructura	Aplica lo de consulta externa general.			
	Si realiza procedimientos terapéuticos con láser de argón y yag láser, cuenta con ambiente para éstos procedimientos.			
Dotación	Los consultorios de los profesionales cuentan con la dotación y los equipos para realizar los procedimientos y valoraciones ofertadas.			
	La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se hayan establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general.			
	Si realiza procedimientos menores, cuenta con camillas rodantes con freno y con barandas e instrumental o equipo necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que realiza.			
	Si realiza consulta de oftalmología y examen optométrico: Para oftalmoscopia cuenta con alguno de los siguientes elementos: 1. Oftalmoscopio Indirecto, lente 60, 78 o 90 dioptrías, lente de Ruby y lente de Golmann. 2. Optotipos para la determinación de la agudeza visual en visión			

	<p>lejana, con sistema de iluminación.</p> <p>3. Optotipos para la determinación de la agudeza visual en visión próxima. Equipo básico de refracción que cuente con los siguientes elementos: Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio directo y retinoscopio, cajas de pruebas o foropter, reglas de esquiascopía, montura de pruebas, reglilla milimetrada, set de prismas sueltos, queratómetro, lensómetro.</p>			
	<p>Si ofrece lentes de contacto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Caja de pruebas de lentes de contacto. 2. Reglilla diamétrica. 3. Transiluminador o linterna. 4. Tonómetro. 5. Optotipos para la determinación de la estereopsis. 6. Test para la valoración de visión cromática. 7. Lente de contacto de Goldman de tres espejos para examen de segmento anterior y posterior. 			
	<p>Equipo de instrumental para retirar puntos o para colocar inyecciones sub conjuntivales y lavado de vías lagrimales.</p>			
	<p>Si realiza consulta de oftalmología sin examen optométrico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lámpara de hendidura. 2. Tonómetro de aplanación. 3. Acceso a campímetro. 4. Lente de contacto de Golmann de tres espejos para examen de segmento anterior y posterior. 			
	<p>Para oftalmoscopia cuenta con alguno de los siguientes elementos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oftalmoscopio Indirecto, lente 60, 78 o 90 dioptrías. 2. Lente de Ruby y Lente de Golmann. 3. Equipo de instrumental para retirar puntos o para colocar inyecciones subconjuntivales y lavado de vías lagrimales. 			
Medicamentos, Dispositivos Médicos y otros	<p>Aplica lo de todos los servicios.</p>			

insumos				
Procesos Prioritarios	Aplica lo de consulta externa general.			
	Si el prestador realiza seguimiento pos trasplante renal deberá: 1. Contar con guías para el seguimiento pos trasplante, que incluyan los mecanismos de coordinación con las IPS trasplantadoras, quienes aprobarán las guías y los cambios de tratamiento inmunosupresor del paciente. 2. Adicionalmente, éstos prestadores deberán estar inscritos ante la Red de Donación y Trasplantes. 3. Cumplir con el flujo de información e indicadores, de conformidad con las normas que regulan la materia, o aquellas que la adicionen, modifiquen o sustituyan.			
Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios.			
Interdependencia	Disponibilidad del proceso de esterilización, si realiza procedimientos.			

Fuente: Resolución 2003 de 2014.

ANEXO B

LISTA DE CHEQUEO SERVICIO DE HEMODIÁLISIS Y DIÁLISIS PERITONEAL

Grupo: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Servicio: Hemodiálisis – Diálisis peritoneal			
<p>Descripción del Servicio: Terapia de suplencia de la Insuficiencia Renal Crónica o Aguda, así como otras terapias extracorpóreas, dentro de las cuales se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemodiálisis y Diálisis peritoneal <p>La hemodiálisis y la diálisis peritoneal, pueden ser realizadas en una IPS (Unidad de diálisis): a) intramural ambulatoria o b) extramural: en servicios como Unidad de Cuidado Intensivo u Hospitalización, cumpliendo condiciones especiales de seguridad del paciente. La modalidad extramural deberá habilitarse por parte de la Unidad de diálisis que aporta el servicio.</p>				
Hemodiálisis – Diálisis peritoneal				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Talento Humano	Para cada unidad renal, disponibilidad de médico especialista en nefrología. Si la disponibilidad del especialista se ofrece bajo la modalidad de telemedicina, se prestará el servicio de manera sincrónica.			
	Cuenta con médico general, con certificado de formación en control de las complicaciones más frecuentes en diálisis renal y soporte vital avanzado.			
	Cuenta con: 1. Enfermera. 2. Auxiliar en enfermería. Personal que cuenta con certificado de formación en la atención del paciente en diálisis renal.			
	Disponibilidad de: -Psicólogo, nutricionista dietista y trabajadora social.			
	Las terapias extracorpóreas prestadas bajo la modalidad extramural (Unidad de Cuidado Intensivo, Hospitalización), cuentan con la prescripción previa del nefrólogo y presencialidad de enfermera en la conexión y desconexión del paciente. El control de esta terapia puede ser realizado por enfermera y/o auxiliar de enfermería, con certificado de formación en atención del paciente en diálisis renal.			
Infraestructura	Cuenta con: 1. Sala de espera. 2. Unidad sanitaria discriminada por sexo (puede ser compartida con diálisis peritoneal). 3. Casilleros para almacenamiento de los objetos de pacientes. 4. Área o ambiente para el			

	<p>lavado de fístulas.</p> <p>5. Ambiente para planta de tratamiento de agua con acabados de pisos paredes y techos que permitan procesos de lavado y desinfección.</p> <p>6. Ambiente de reparación de máquina.</p> <p>7. Consultorio.</p>			
	<p>Sala de hemodiálisis, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambiente de trabajo sucio fuera y contiguo a la sala de hemodiálisis. 2. Lavamanos. 3. Área de trabajo limpio. 4. Puesto de enfermería que permita la visualización general de los pacientes. 5. La distribución de las máquinas de hemodiálisis dentro de la sala debe permitir, por el frente y los costados, la movilización del personal necesario para la atención del paciente. 6. Instalaciones hidrosanitarias y eléctricas individuales para cada máquina, de acuerdo con el requerimiento del equipo. 7. Para la hemodiálisis de pacientes seropositivos para hepatitis B, se requiere máquina dedicada para este tipo de pacientes, dispuesta en un área que tenga una demarcación como medida para diferenciarla del resto de la sala de diálisis, con una barrera física que permita identificar perfectamente el área en la que serán atendidos estos pacientes. 8. Para terapias extracorpóreas prestadas bajo la modalidad extramural se cuenta con equipos dedicados a la prestación de servicios de terapias extracorpóreas con requisitos mínimos de seguridad y mantenimiento recomendados por el fabricante. <p>Disponibilidad de oxígeno.</p>			
	<p>La sala de procedimientos de los servicios de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal, es un ambiente de circulación restringida con ventilación natural y/o artificial.</p> <p>Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mesón de trabajo. 2. Pisos, paredes y techos recubiertos en materiales sólidos, lisos, 			

	<p>lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.</p> <p>3. El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia.</p> <p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oxígeno. 2. Lavamanos. 			
	<p>Diálisis peritoneal, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sala de entrenamiento de diálisis peritoneal que cuenta con lavamanos. 2. Sala de procedimientos de diálisis peritoneal, con las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> - Ambiente para recambio (con área para inactivación de líquidos). - Ambiente para actividades de enfermería con mesón de apoyo y que cumpla lo exigido para salas de procedimientos. - El área alrededor de la mesa o camilla de procedimientos permite la movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente. - Lavamanos dentro de la sala. <p>Disponibilidad de oxígeno.</p>			
Dotación	<p>Sala de hemodiálisis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> - Sillas. - Equipos de hemodiálisis. - Fonendoscopios, y tensiómetros, los cuales deben ser independientes para pacientes seropositivos para hepatitis B. - Máquinas independientes para pacientes seropositivos para hepatitis B (si atiende pacientes con Hepatitis B). 2. Cada equipo debe contar con: <ul style="list-style-type: none"> - Monitores de alarma de conductividad, alarma de temperatura, alarma de aire en el sistema de sangre, presión en cámara venosa y en cámara arterial, tiempo efectivo en diálisis, volumen de sangre de la bomba y sistema de desinfección de la máquina. - Bomba de infusión de heparina. 			

	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de proporcionamiento del dializado. - Sistema de ultrafiltración controlado. - Inyector de sangre variable – (bomba de sangre) con inyector de volumen. - Sistema de monitoreo de la hemodiálisis con tensión arterial y pulso. Si el equipo no los incluye, deben tener tensiómetro y fonendoscopio para el servicio. - Baño para hemodiálisis con bicarbonato concentrado. 			
	<p>Para todo el servicio, se cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo básico de reanimación. 2. Balanza. 			
	<p>Sala de procedimientos de unidad renal cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Camillas rodantes con freno y con barandas. 2. Equipo de pequeña cirugía. 3. Lámpara de pie o de techo. 4. Oxígeno. 			
	<p>Diálisis peritoneal cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Máquina cicladora para diálisis peritoneal automatizada. 2. Camilla (sala de diálisis peritoneal). 3. Báscula para pacientes. <p>Disponibilidad de oxígeno.</p>			
	<p>Para terapias extracorpóreas prestadas bajo la modalidad extramural, cuenta con: equipos dedicados a la prestación de servicios de terapias extracorpóreas, con agua tratada o plantas portátiles de ósmosis inversa y con controles de calidad físico-químico y bacteriológico; así como contar con requisitos mínimos de seguridad y mantenimiento recomendadas por el fabricante que garanticen la seguridad del tratamiento.</p>			
	<p>El prestador cuenta con la dotación de los elementos y equipos que requiera la atención del paciente.</p>			
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	<p>Aplica lo de todos los servicios y adicionalmente:</p>			
	<p>En los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis extramural, deberá garantizarse que el agua con la cual se realiza la terapia, reciba un tratamiento previo adecuado y de ninguna manera se debe realizar la terapia con fuentes de agua cuya característica sea únicamente potable.</p>			
Procesos Prioritarios	<p>Cuenta con un sistema organizado de alertas y protocolos o guías de manejo para:</p>			

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes con Hepatitis B. Debe demostrar documentos que registren el cumplimiento estricto de las medidas de vacunación, bioseguridad, seguimiento a riesgos y prevención de la infección cruzada y actividades de entrenamiento al personal. 2. Protocolo para la enfermera, para la toma de muestras de laboratorio en salas de hemodiálisis y en sala de diálisis peritoneal, supervisado por la bacterióloga del laboratorio de referencia, que permita garantizar las condiciones seguras para el paciente y confiables en la muestra. 3. Manual de buenas prácticas de esterilización. 4. Equipo de reanimación. 5. Solicitud de interconsultas. 6. Sistema organizado de alerta. 			
	<p>Para terapia de hemodiálisis, cuenta con protocolos para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica, bioseguridad en unidad renal, manejo de la anemia en IRC, manejo de la osteodistrofia renal, manejo de la nefropatía lúdica, manejo de nefropatía diabética y manejo de HTA. 2. Las guías de la terapia de hemodiálisis deben tener: Adecuación de hemodiálisis según cinética de la área, complicaciones en hemodiálisis, accesos vasculares, cuidado y tratamiento de la infección del acceso vascular. 3. Protocolos de conexión y desconexión. 4. Protocolo de control de calidad del agua de la planta y de las máquinas de hemodiálisis. 5. Protocolo de control de calidad del agua de las plantas de tratamiento, de las plantas portátiles de ósmosis inversa. <p>Para el caso de hemodiálisis extramural, se cuenta además de lo anterior con protocolos de transporte, conexión, funcionalidad y desconexión de la tecnología y normas de bioseguridad.</p>			
	En terapia de diálisis peritoneal cuenta			

	<p>con protocolos de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuación de diálisis peritoneal según cinética de la urea, test de equilibrio peritoneal, implante de catéter peritoneal, tratamiento de infección del orificio y túnel del catéter peritoneal, tratamiento de peritonitis en diálisis peritoneal. 2. Criterios de ingreso del paciente a la terapia de diálisis peritoneal. 			
Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios.			
Interdependencia	Cuenta con servicio farmacéutico.			
	<p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cirugía. 2. Laboratorio clínico. 3. Proceso de esterilización. 4. Transporte Asistencial. 			

Fuente: Resolución 2003 de 2014.