

**NIVEL DE AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO  
DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA ESE DE NIVEL I  
HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA**

**ASTRID ELENA ESTRADA RÍOS**

**JUAN FERNANDO PELÁEZ**

**UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Medellín, 2010**

**NIVEL DE AVANCE EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO  
DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA ESE DE NIVEL I  
HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA**

**ASTRID ELENA ESTRADA RÍOS**

**JUAN FERNANDO PELÁEZ**

**ASESOR DE TESIS**

**Doctor: Luis Fernando Toro P. MD. MG en Epidemiología**

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de Magister en  
Administración en Salud**

**UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**MEDELLÍN, 2010**

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
RESUMEN.....	11
INTRODUCCIÓN.....	14
1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	16
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	17
2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	19
3 MARCO TEÓRICO .....	20
3.1 EL CONCEPTO DE CALIDAD .....	20
3.2 CALIDAD DEL SERVICIO .....	23
3.3 CALIDAD EN EL SERVICIO ASISTENCIAL .....	24
3.4 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD .....	28

3.5 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL MUNDO.....	29
3.6 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA .....	31
3.7 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD (SOGCS) .....	35
3.8 OBLIGATORIEDAD DEL COMPONENTE DE ACREDITACIÓN PARA LAS IPS PÚBLICAS EN COLOMBIA.....	39
3.9 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA.....	40
3.9.1 Ubicación. ....	40
3.9.2 Plataforma estratégica.. ....	41
3.9.3 Servicios. ....	41
3.9.4 Plan de desarrollo... ..	42
4. OBJETIVOS .....	47
4.1 OBJETIVO GENERAL .....	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
5. METODOLOGÍA.....	48

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO.....	48
5.2 TIPO DE ESTUDIO.....	48
5.3 POBLACIÓN.....	49
5.4 DISEÑO MUESTRAL.....	49
6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES .....	50
6.1 DIAGRAMA DE VARIABLES.....	50
6.2 TABLA DE VARIABLES .....	51
7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	72
7.1 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	72
7.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	72
7.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	80
7.3.1 Fase Exploratoria.....	80
7.3.2 Revisión Bibliográfica.....	80
7.3.3 Fase de Campo. ....	80
7.3.4 Fase Descriptiva. ....	81
7.4 PRUEBA PILOTO.....	81

7.5 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	81
7.5.1 Sesgos de definición. ....	81
7.5.2 Sesgo durante la toma de datos.....	82
7.5.3 Sesgo de análisis e interpretación.....	82
8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	83
8.1 VARIABLES CUALITATIVAS ORDINALES .....	83
8.2 VARIABLES CUALITATIVAS NOMINALES.....	85
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	86
10. RESULTADOS.....	87
10.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN .....	87
10.2 CONSOLIDADO DE LAS BRECHAS INSTITUCIONALES Y LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO PARA LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AGRUPADOS POR ESTÁNDARES Y SERVICIOS.....	90
10.2.1 Estándares del recurso humano. ....	90
10.2.2 Estándares de infraestructura. ....	91
10.2.3 Estándares de dotación y mantenimiento.....	92

10.2.4 Estándares de medicamentos y dispositivos médicos - gestión de medicamentos y dispositivos.....	93
10.2.5 Estándares de Procesos Prioritarios Asistenciales.....	93
10.2.6 Estándares de Historia clínica y registros asistenciales. ....	94
10.2.7 Estándares de Interdependencia de servicios.....	95
10.2.8 Estándares de seguimiento a riesgos en la prestación de servicio.....	95
10.2.9 Evaluación de condiciones de suficiencia patrimonial. ....	96
10.2.10 Evaluación de condiciones de capacidad técnico- administrativa.....	97
10.3 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD .....	97
10.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN .....	98
10.5 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.....	98
10.5.1 Calificación del nivel de desempeño por categoría de los estándares del Sistema Único de Acreditación.....	98
10.5.2 Calificación cualitativa de fortalezas y oportunidades de mejoramiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación.....	99
11. DISCUSIÓN .....	100
12. CONCLUSIONES.....	102

BIBLIOGRAFÍA.....	105
ANEXOS .....	109
Anexo 1 Calificación de los estándares del Sistema Único de Habilitación por servicio.	109
Anexo 2 Calificación cualitativa de los estándares para el cumplimiento del PAMEC. .	215
Anexo 3 Calificación cualitativa de los estándares del Sistema de Información .....	219
Anexo 4 Calificación para las variables cualitativas ordinales de los estándares del Sistema Único de Acreditación. ....	221
Anexo 5 Consolidado de fortalezas y oportunidades de mejoramiento frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación. ....	221

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1.</b> Etapas de la evolución del sistema de calidad.....	20
<b>Tabla 2.</b> Conceptos de calidad según diferentes autores.....	25
<b>Tabla 3.</b> Propiedades para evaluar el nivel del calidad.....	26
<b>Tabla 4.</b> Características relacionadas con la calidad, según varias fuentes.....	34
<b>Tabla 5.</b> Características del SOGCS, según los Decretos 2309/2002 y 1011/2006.....	37
<b>Tabla 6.</b> Definición de variables.....	49
<b>Tabla 7.</b> Proporción de implementación del Sistema Único de Habilitación por categoría y por servicios.....	82
<b>Tabla 8.</b> Proporción de implementación de estándares del Sistema Único de Habilitación por servicio.....	83
<b>Tabla 9.</b> Resultado evaluación de los estándares de suficiencia patrimonial 2009.....	89
<b>Tabla 10.</b> Resultados de la verificación de los estándares de capacidad técnico-administrativa.....	90

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1.</b> El Modelo Europeo de Calidad Total (E.F.Q.M.).....	22
<b>Gráfico 2.</b> Proporción de implementación del Sistema Único de Habilitación por conjunto de estándares técnico-científicos .....	81
<b>Gráfico 3.</b> Nivel de desempeño por categoría en el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación.....	91

## RESUMEN

La determinación del nivel de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Guillermo Gaviria Correa del primer nivel de atención en salud, permitirá establecer su grado de desarrollo así como el diseño de metas y planes de mejoramiento que contribuyan al desarrollo y fortalecimiento de la gestión institucional y el cumplimiento de la normatividad vigente, buscando que los problemas de calidad del primer nivel de atención no sean trasladados a los niveles superiores de complejidad que generan sobrecostos en la atención en salud.

Pretende este trabajo establecer el nivel de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud la Empresa Social del Estado del primer nivel de atención Hospital Guillermo Gaviria Correa del municipio de Caicedo departamento de Antioquia, teniendo como fin entregar información útil para la generación de políticas y planes de mejora que permitan el cumplimiento de todos los componentes del sistema.

En este documento se consolidan los resultados de las brechas identificadas para cada uno de los componentes del sistema y la evaluación cualitativa realizada.

Arroja como resultados el trabajo un nivel de implementación óptimo del sistema, con valores del 92,93% de implementación para el Sistema Único de Habilitación, del 100% para el Sistema Único de Información y Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y una calificación de 1,73 para el Sistema Único de Acreditación.

**PALABRAS CLAVES:** Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, Implementación, Resultados.

## **ABSTRACT**

The determination of the implementation of warranty mandatory system of health quality in the ESE Guillermo Gaviria Correa Hospital of the first level of health attention, will allow to establish it's the degree of development.

As the design of goals and improvement planes that contributed to the development and strengthening of the institutional gestion and the following current rules, trying for the quality problems of the first attention level not to be transfer to the higher levels of complexity, that generate overpricing in health levels.

The work aims to establish the implementation level of the mandatory system of warranty in health in the ESE of the first attention level Guillermo Gaviria Correa hospital, city hall Caicedo, Antioquia State, having as a main goal to deliver useful information for the generation of policies and plans which allow the following of all the system components.

In this document the results of the identified breaches for each one of the system component and the quality and quantity evaluation are consolidated.

This work generates as a result an optimum implementation of the system with values of 92,93% of the implementation for the unique system of credentials of the 100% for the unique system of information and audit program for the improvement of quality and qualification of 1,73 for the unique credit system.

**KEY WORDS:** The Mandatory System Of Warranty Of Health Quality, Implementation, Results.

## INTRODUCCIÓN

La mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario es una de las metas a las que se orienta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y para lo cual las instituciones prestadoras de servicios de salud deben de cumplir con cada uno de los componentes del sistema:

- El Sistema Único de Habilitación
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público están obligadas a cumplir con todos los componentes del sistema y aplicar ciclos de mejoramiento continuo frente a todos los procesos que adelantan estas entidades.

Con el fin de que se cumplan con cada uno de los estándares establecidos para cada componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad es necesario que se efectúe en las instituciones una evaluación de su nivel de evolución con el fin de establecer políticas y planes que permitan el mejoramiento continuo de las mismas.

A pesar de la obligatoriedad del sistema, muchas instituciones del país aun no han efectuado un proceso de evaluación que les permita determinar el nivel en el que se encuentran.

Pretende este trabajo establecer el nivel de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en la Empresa Social del Estado del primer nivel de atención Hospital Guillermo Gaviria Correa del municipio de Caicedo departamento de

Antioquia, teniendo como fin entregar información útil para la generación de políticas y planes de mejora que permitan el cumplimiento de todos los componentes del Sistema.

La monitorización continuada del nivel de implementación es lo que permite introducir actividades de mejora y comprobar que éstas sean efectivas; esto se basa en un principio básico: lo que se quiere mejorar se ha de medir. La medición frente a estándares de calidad óptimos y alcanzables establece en forma explícita y objetiva los procesos del día a día que deben ser mejorados para lograr el nivel de calidad deseado.

Para establecer el nivel de implementación en la institución se evaluó el desempeño de la institución frente a cada uno de los componentes del SOGCS. A partir de esta evaluación la institución comenzó el diseño e implementación de planes mejoramiento frente a las oportunidades de mejora detectadas.

En el este documento se consolidan los resultados de las brechas identificadas para cada uno de los componentes del sistema y la evaluación cualitativa realizada.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El Estado colombiano ha venido direccionando la implementación de la gestión de calidad de los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, introduciendo una serie de normas que establecen los criterios básicos que deben tener en cuenta las diferentes instituciones de salud para garantizar una atención accesible, oportuna, continua, segura y pertinente. Normatividad que se materializa en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud que es aplicable a los Prestadores de Servicios de Salud y a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

El SOGCS orienta sus acciones hacia la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y se enfoca en cuatro componentes:

- Sistema Único de Habilitación.
- Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- Sistema de Información para la Calidad.
- Sistema Único de Acreditación.

En el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), tanto públicas como privadas, se establecieron como obligatorios los componentes del Sistema Único de Habilitación, del programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y Sistema de Información.

Con ocasión de la exigencia de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en las entidades del sector público y con el fin de compatibilizar el SOGCS con la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, el Gobierno Nacional

expidió la resolución 2181 de 2008, mediante la cual determinó que las IPS públicas, en la práctica, las Empresas Sociales del Estado (E.S.E.), deben implementar todos los componentes del SOGCS, con excepción de la Ruta Crítica o ciclo de aplicación que se refiere a la postulación ante el ente acreditador, ajustándose a los contenidos de la guía applicativa del anexo técnico de la resolución 2181 de 2008.

A pesar de la obligatoriedad del cumplimiento de la totalidad de los componentes del SOGCS por parte de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, no se conoce aún, en muchas instituciones, el nivel de implementación de los mismos. Falencia que no ha permitido la realización de planes de mejora que concluyan con un óptimo nivel de implementación de todo el sistema.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada del usuario a los servicios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y es allí donde se evidencian los problemas básicos de calidad que repercuten en los demás niveles de atención, por lo que se hace necesario determinar el cumplimiento de los componentes del SOGCS.

La determinación del nivel de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital Guillermo Gaviria Correa del primer nivel de atención en salud, permitirá establecer su grado de desarrollo así como el diseño de metas y planes de mejoramiento que contribuyan al desarrollo y fortalecimiento de la gestión institucional y a el cumplimiento de la normatividad vigente, buscando que los problemas de calidad del primer nivel de atención en la región occidente no sean trasladados a los niveles superiores de complejidad que generan sobrecostos en la atención en salud.

La monitorización continuada del nivel de implementación del SOGCS es lo que permite introducir actividades de mejora y comprobar que éstas sean efectivas; esto se basa en un principio básico: lo que se quiere mejorar se ha de medir. La medición frente a

estándares de calidad óptimos y alcanzables establece en forma explícita y objetiva los procesos del día a día que deben ser mejorados para lograr el nivel de calidad deseado.

El presente trabajo constituye un aporte al proceso de evaluación que deben realizar las entidades territoriales con respecto a la implementación del SOGCS en las Empresas Sociales del Estado, cada una dentro del ámbito de su competencia, de manera que en un trabajo conjunto entre el prestador de servicios y el regulador se consolide cada vez más el cumplimiento y mejoramiento continuo de los estándares de calidad, que se verán reflejados en el usuario final, permitiendo la optimización de las condiciones de salud del municipio, de la región y del departamento.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el nivel de avance en la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en la Empresa Social del Estado del primer nivel de complejidad de atención, Hospital Guillermo Gaviria Correa, del municipio de Caicedo, departamento de Antioquia?

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 EL CONCEPTO DE CALIDAD

En el siglo XX aparece el concepto moderno de calidad, inicialmente en el ámbito de la industria, no obstante que el hombre siempre ha albergado la inquietud por el trabajo bien hecho. El concepto de calidad, tal como es entendido actualmente, ha evolucionado a la par con las problemáticas del desarrollo industrial, estando ligado a la competitividad empresarial.

Desde sus comienzos, los programas de calidad han tenido un doble objetivo: La satisfacción del cliente y la contención de costos al evitar devoluciones de productos defectuosos. Pueden establecerse varias etapas en la evolución de los sistemas de calidad como lo muestra la tabla 1.

**Tabla 1. Etapas de la evolución del sistema de calidad.**

Elemento /Período	1920	1930	1970	1990
Sistema de producción	En masa	Cadena de producción	Producción en sub equipos	Ajustada a la demanda
Concepto de Calidad	Conformidad de especificaciones	Conformidad de especificaciones	Satisfacción necesidades de clientes	Satisfacción del cliente, empleados, accionistas y sociedad
Etapas de gestión de	Control de Calidad	Control estadístico	Aseguramiento de la calidad	Calidad Total

Elemento /Período	1920	1930	1970	1990
calidad				

Hasta la década de los treinta se habló de “control de calidad”, estando claramente diferenciadas las funciones de planificación, ejecución y control (unos planifican, otros ejecutan y otros controlan que el producto final se ajusta a las especificaciones).

Desde 1930 se incorpora la estadística, estableciéndose planes de muestreo a la inspección y, por tanto, haciendo contención de costos al no tener que revisar el 100% de las piezas.

Posteriormente (1970 a 1990) se introduce el concepto de “aseguramiento de la calidad”, que trata de planificar el conjunto de acciones necesarias para “asegurar” que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos establecidos. Se trata así de limitar al máximo la tasa de errores en la totalidad del proceso.

Al mismo tiempo, desde 1950, comenzó en Japón el desarrollo de modelos de “Calidad Total”.

Los siguientes son algunos modelos de calidad, en los cuales se señalan los puntos en común con el ámbito de la salud.

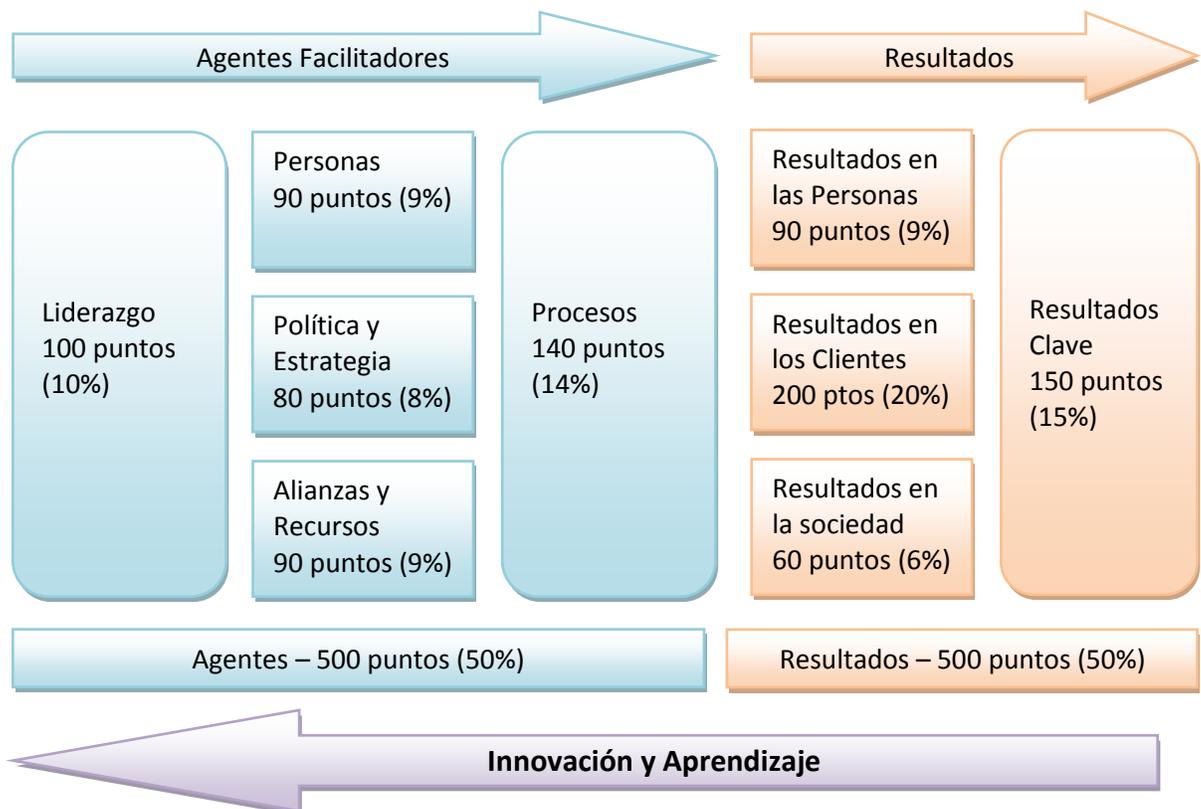
- **Círculos de Calidad:** Grupos de voluntarios, estables en el tiempo, que tienen como objetivo principal mejorar la calidad de los procesos y el entorno del trabajo.
- **Ciclo de Shewhart (PDCA):** Proceso metodológico para asegurar las actividades de mejora y mantenimiento de lo mejorado. Plan–Do–Check–Act (Planificar; Hacer; Comprobar; Ajustar).
- **Just in Time:** Sistema de gestión de producción que permite entregar al cliente el producto, con la calidad exigida, en la cantidad precisa y en el momento exacto.
- **Calidad Total:** es un sistema de gestión a través del cual la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, de sus empleados, de los accionistas y de

la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnología, sistemas productivos, etc.

Sigue sonando a proceso industrial, pero hay matices: Ya no solo pretende la obtención de un producto final sin fallos, sino que trata de involucrar a toda la organización (“total”) y satisfacer no solo a los clientes externos, sino que contempla las necesidades de los empleados, accionistas, sociedad en general. Para ello se potencian los recursos disponibles: personas, materiales, tecnología, etc., lo cual permite ir encontrando puntos en común.

El modelo de la Calidad Total, es una adaptación de un sistema japonés (Deming) y otro estadounidense (M. Baldrige) y asumido por un número creciente de empresas europeas agrupadas bajo la Fundación EFQM (European Foundation for Quality Management).

**Gráfico 1. El Modelo Europeo de Calidad Total (E.F.Q.M.)**



El modelo de autoevaluación de la EFQM (adoptado por el Servicio Vasco de Salud) sirve a las empresas y organizaciones de servicios como guía y comparación de su posición respecto a organizaciones similares; analiza sus puntos fuertes y débiles y permite establecer planes de mejora basados en datos. Consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios agentes y 4 criterios resultados, cada uno de los cuales se divide a su vez en varios sub criterios. Los criterios agentes indican cómo debe actuar una organización con un sistema de gestión de calidad total. Los criterios resultados reflejan lo que la organización está logrando.

### **3.2 CALIDAD DEL SERVICIO**

Según Moontgomery la “calidad es el grado hasta el cual los productos o servicios satisfacen las necesidades de la gente que los usa”. (1)

Por su parte, Barrientos y Cavani indican que “la calidad es el grado en que un producto/servicio corresponde con las expectativas del cliente”.(2)

Ruiz-Olaya establece una clara diferenciación entre calidad técnica y calidad funcional; por la calidad técnica el cliente valora en la transacción el resultado del proceso, es decir, qué es lo que recibe. La calidad funcional es el juicio del consumidor sobre la superioridad o excelencia general del producto o servicio. (3)

Según Laines, se entiende por calidad del servicio, “el satisfacer, de acuerdo a los requerimientos del mercado objetivo, las distintas necesidades que tiene el consumidor, a través de todo el proceso de adquisición del servicio, entendiéndose por tal, desde la decisión de adquirirlo hasta las sensaciones posteriores al uso del servicio. Técnicamente hablando, corresponde al grado de satisfacción que experimenta el cliente o consumidor final, por la expedición con que fue atendido por la organización, la efectividad del servicio que recibió, desde que hizo el primer contacto hasta el tratamiento post-servicio y por la forma en que recibió dicho servicio”. (4)

En los servicios, la calidad es el elemento que predomina en las evaluaciones de los clientes. En los casos que ofrecen el servicio al cliente, o los servicios en combinación con un producto físico, la calidad en el servicio también puede ser fundamental para la satisfacción del cliente. (5)

Varios estudios indican que los clientes no perciben la calidad como un concepto de una sola dimensión, es decir, las valoraciones de los clientes acerca de la calidad se basan en la percepción de múltiples dimensiones. Estos factores representan la forma en que los clientes organizan mentalmente la información sobre la calidad en el servicio.

Los clientes, entonces, toman en cuenta cinco dimensiones para valorar la calidad de los servicios (6):

- **Confianza:** Capacidad para desempeñar el servicio que se promete de manera segura y precisa.
- **Responsabilidad:** Disponibilidad para ayudar a los clientes a proveer el servicio con prontitud.
- **Seguridad:** El conocimiento y la cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar buena fe y confianza.
- **Empatía:** Brindar a los clientes atención individualizada y cuidadosa.
- **Tangibles:** La apariencia de las instalaciones físicas, el equipo, el personal, la comunicación, etc.

### 3.3 CALIDAD EN EL SERVICIO ASISTENCIAL

Donabedian, dice que “la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”. (7)

En su planteamiento, Donabedian considera que el análisis de la calidad del servicio debe llevarse a cabo a partir de tres dimensiones: estructura, proceso y resultados. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados pueden ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura. (8 9).

La medición de la calidad de la atención en salud no se puede medir fácilmente, ya que se basa en un conjunto de factores. “Entre los principales determinantes de la calidad en salud están: talento humano, recursos físicos y recursos financieros, políticas y programas, tecnología, procesos médicos y administrativos, desempeño y eficacia en el servicio e interacción con el Sistema General de Seguridad Social en Salud”. (10)

Como proceso integral, la calidad posee diversas dimensiones, cuya importancia está dada por el contexto en el que se realice la atención en salud. Estas dimensiones son: competencia profesional, acceso a los servicios, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, eficacia, seguridad, continuidad y comodidades. La satisfacción del cliente está dada por la medida en que la atención y el estado de salud resultante, cumplen con las expectativas del usuario. Para que una atención sea considerada de calidad, es necesario que exista una buena relación personal con el usuario. Esta buena relación es la que produce confianza y credibilidad, y se manifiesta por el respeto, la cortesía, la comprensión, la confidencialidad y la compenetración. En la prestación de los servicios de salud puede existir una excelente competencia profesional, pero si no hay unas buenas relaciones interpersonales, existe el riesgo de que la atención sea menos eficaz. Es por ello que las fallas en la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la prestación del servicio.

En los últimos años, el interés sobre la calidad de la atención en salud se ha acentuado, principalmente a partir de la visión de los siguientes autores, quienes han marcado cambios sustanciales en las estrategias que abordan la problemática:

**Tabla 2. Conceptos de calidad según diferentes autores.**

Autor	Concepto
<b>Donabedian, A.</b>	En los años sesenta sistematiza el abordaje de la calidad desde el propio campo de la salud, en contraposición al crecimiento de la auditoría como estrategia de control de la utilización y gasto, originaria del campo contable. Identificó la calidad en: lo técnico-científico, la interrelación médico-paciente y beneficiario- sistema, y la satisfacción del paciente y proveedor. Plantea una tipología individual y otra social. Centra la evaluación en los desempeños desde tres clásicos enfoques (estructura, proceso y resultados).
<b>Deming E. Juran J. Crosby P.</b>	Nombres claves en el desarrollo de la "Gestión de la Calidad Total" (TCL) y "Mejoramiento Continuo de la Calidad" (MCC), modelos o estrategias que desde la industria se incorporan a la salud en los años 80 en Estados Unidos. Es una estrategia de dimensión social porque su objetivo es satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes, pacientes, usuarios del servicio a través del compromiso del conjunto de la organización, con la participación del personal y la mejora continua de los procesos y sus relaciones.
<b>Zimmerman D. Salko J.</b>	Autores que adaptan al área de salud los conceptos planteados por Hammer y Champy (1993) sobre la reingeniería, movimiento que revoluciona los negocios en la década del 90. Consiste en el rediseño radical de los procesos. Esa postura es similar a TCL/MCC, pero no sólo se preocupa por mejorar los que existen sino que presiona para que se elaboren procesos y sistemas nuevos y mejores. Responde a la pregunta: ¿Si tuviera que comenzar esta empresa de nuevo cómo sería?
<b>Vuori, H.</b>	Es otro pensador de la calidad desde el propio sector de salud, como Donabedian. Dice que la calidad tiene dos categorías: a) la calidad lógica que se centra en los procesos de toma de decisiones, b) la calidad óptima que incluye a todos los procesos destinados a optimizar los resultados de los servicios. A diferencia de Deming que

Autor	Concepto
	hablaba de un proceso constante de mejora, Vuori afirma que la calidad tiene en cada circunstancia el límite dado por los conocimientos disponibles. Es la barrera para cambiar los horizontes de la calidad. Un aporte importante de este autor es la identificación de varias categorías de usuarios de los servicios.

En la tabla 3 se señalan las propiedades que Donabedian y Vuori formularon para evaluar el nivel de calidad de un servicio:

**Tabla 3. Propiedades para evaluar el nivel de la calidad.**

Propiedad	Definición
<b>Efectividad</b>	Conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbi-mortalidad sobre un grupo poblacional definido.
<b>Eficacia</b>	Medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales.
<b>Eficiencia</b>	Habilidad de bajar los costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados.
<b>Equidad</b>	Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales.
<b>Aceptabilidad / legitimidad</b>	Conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria.
<b>Accesibilidad</b>	Todo tipo de acceso para obtener los servicios.
<b>Adecuación de los servicios</b>	Dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o

Propiedad	Definición
	potenciales de la población.
<b>Calidad técnico / científica</b>	Incorporación de los conocimientos y de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles.

Una visión integral de la gerencia moderna en salud, debe contener la calidad en la prestación de servicios y su medición es la clave para administrar los procesos de la organización y alcanzar la excelencia. No es posible desarrollar mejoras si no hay claridad sobre lo que se va a mejorar; además, la medición y el análisis de los datos se constituyen en óptimas herramientas para la toma de decisiones. Es incuestionable que se debe brindar una atención de Calidad, en todos sus aspectos, ya que solo cumpliendo esta premisa, se logrará que la salud sea una realidad concreta.

El término Calidad es un concepto muy subjetivo, pero de forma general, desde el punto de vista de los usuarios, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios o clientes. La Organización Mundial de la Salud considera que en el concepto de Calidad en los servicios de salud deben estar presentes los siguientes atributos: Alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente y el impacto final en la salud.

### **3.4 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Como se mencionaba anteriormente, Donabedian considera que el análisis de la calidad del servicio debe llevarse a cabo a partir de tres dimensiones: estructura, proceso y resultados, división que ha sido aceptada para clasificar los enfoques de los programas de control de calidad. Evaluar estructura significa evaluar las condiciones en que se presta la atención (revisar recursos humanos, instalaciones y equipamiento); evaluar proceso es hacer auditoría a las actividades que componen la atención y evaluar resultado quiere decir investigar la opinión del usuario, evaluando los cambios deseados o indeseados en individuos o población atribuibles a la atención precedente.

A nivel mundial, la evaluación de la calidad se ha constituido en proceso muy importante al interior de los sistemas de salud dado que “la convergencia entre los administradores y los profesionales del campo de la salud, no son siempre coincidentes. Los primeros están preocupados por el incremento de los costos y la utilización de los servicios por parte de la población y los segundos cada vez cuestionan más sobre la atención que se les brinda, refiriéndose no sólo al bienestar sino también a los aspectos técnico-científicos de la misma.

En la 55ª Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud se insta a los Estados Miembros a “que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la calidad de la atención sanitaria, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología”.

### **3.5 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL MUNDO**

La evolución histórica de la calidad en los servicios de salud se remonta quizás a la contribución de la Enfermera Florence Nightingale en 1854, quién evaluó la calidad de los hospitales militares durante la guerra de Crimea e introdujo normas de atención sanitaria y organización de los servicios de enfermería con lo cual obtuvo alta reducción en los índices de mortalidad de los pacientes hospitalizados.

El primer programa de Auditoría Médica, fue instaurado en 1910 por Abraham Flexner, cuando da a conocer un informe denominado “Cirugías, Verdaderas Trampas Mortales”, donde condena las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos generales, faltos de capacitación adecuada y sin pericia, sumadas a la deficiencia del sector hospitalario.

En 1912, la Sociedad de Cirujanos de los Estados Unidos de América, tomando los aportes de Flexner, organizó el primer programa de estandarización de hospitales, basado en cinco conceptos:

- Estándares para organizar la historia clínica, obliga a seguir pautas organizadas del proceso lógico de atención.
- Calificación e idoneidad del recurso humano.
- Normalización de pautas de tratamiento.
- Auditoría Médica.
- La práctica médica es de medios, no de resultados.

En 1951, se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

En 1960, el Seguro Social Mexicano, inicia programas de Evaluación de Calidad en Salud.

En 1965, en España se inicia la acreditación de hospitales.

En 1983, en Canadá, se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de Garantía de Calidad.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

En Latinoamérica, Argentina tomó la delantera en la década de 1960 cuando la expansión de las obras sociales generó la necesidad de controlar la calidad de la atención médica, la cantidad de las prestaciones y la verificación de la facturación.

En 1974 se realizó el encuentro de Auditoría Médica con la participación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, el Centro Latinoamericano de Administración Médica y la Sociedad Argentina de Auditoría Médica, entre otras entidades participantes.

El 20 de abril de 1987 se crea la primera Asociación de Auditoría Odontológica, denominada ACADAO (Asociación Civil Argentina de Auditoría Odontológica).

### **3.6 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA**

En la última década, la calidad de la atención en salud ha surgido como un tema relevante, por la exigencia de los usuarios y por el conocimiento de algunas prácticas clínicas que demuestran pérdida sistemática de la calidad. Brindar un servicio de buena calidad es un imperativo ético para las personas y las organizaciones.

Los servicios de salud en Colombia no han sido ajenos a esta tendencia, están obligados normativamente a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado. Con lo anterior, las instituciones de salud del país tienen, hoy más que nunca, la responsabilidad de evaluar la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad.

En Colombia, el trabajo de definición de un proceso de garantía de calidad en los servicios de salud se inició en 1.960 con la creación del Comité Nacional de Acreditación de Hospitales, por iniciativa de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME.

En 1979, la Ley 9 o Código Sanitario Nacional, estableció las condiciones mínimas sanitarias que debían cumplir las edificaciones donde se prestaran servicios de salud y determinó que los mismos deberían licenciarse ante los entes territoriales. Este requisito fue derogado posteriormente por el Estatuto anti-trámites regulado en el Decreto 2150 de 1995.

El Instituto de Seguros Sociales, entre 1983 y 1987, empezó a realizar marcos teóricos sobre calidad en los servicios de salud, según el documento “Garantía de Calidad de los Servicios de salud” documento básico.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y diferentes organizaciones del sector (ASCOFAME, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de

Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

En Colombia, el marco jurídico en materia de calidad de la atención en salud tiene su origen en la Constitución Política de Colombia donde existe un mandato constitucional encaminado a la regulación del control de calidad de los bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización (11).

En cumplimiento de este mandato constitucional, la Ley 100 de 1993, que desarrolla los fundamentos que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definió la calidad como una regla del servicio público de salud (12), ordenó la aplicación de sistemas de incentivos para un mejor servicio (13), determinó la creación del Sistema de Acreditación de las IPS, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento (13) y dispuso la definición de normas para el establecimiento de un sistema único de información para la calidad (13).

La génesis del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), está dada por la misma Ley 100 de 1993 que otorgó facultades al Gobierno Nacional para expedir las normas relativas a su organización, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios, determinando, además, que la información producida por el sistema, debería ser de conocimiento público (13).

Fue la Ley 100 de 1993 la que permitió por primera vez que los usuarios pudieran decidir dónde recibir servicios, con lo cual se evidenció la conveniencia para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS (públicas y privadas) de ofrecer y competir con servicios de calidad, en los cuales se incluyeran atributos como pertinencia, oportunidad, continuidad, atención humanizada y personalizada, entre otros.

En agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

La Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994 del Ministerio de Salud, definió la calidad de la atención en salud como “el conjunto de características técnico- científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados”. Allí se incluyen las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, racionalidad lógico-científica, eficiencia, costo-efectividad, integralidad e integridad, continuidad, humanidad, satisfacción del usuario, agilidad, suficiencia, información, transparencia y consentimiento.

En 1996, el Ministerio de Salud expidió el Decreto 2174, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud. Este decreto estableció los requisitos esenciales que se debían cumplir en cada uno de los servicios de salud ofertados por los prestadores, así como el de la obligatoriedad de la inscripción ante el ente territorial correspondiente, mediante la Declaración de Requisitos esenciales y la inclusión de los mismos en una base de datos de prestadores de servicios de salud.

Posteriormente, la Resolución 4252 de 1996 del Ministerio de Salud, determinó las normas técnicas, científicas y administrativas para la prestación de los servicios y estableció las condiciones mínimas de recurso humano, infraestructura física, dotación, procedimientos técnicos administrativos, sistemas de información, transporte y auditoría de los servicios que debía desarrollar cada una de las instituciones de acuerdo a su nivel de complejidad.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Salud contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en

el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS.

La función gubernamental de organizar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad fue reafirmada y recordada en la Ley 715 de 2001, que realizó modificaciones en las competencias de la Nación y las Entidades Territoriales en el sector salud ordenando que dentro del primer año de vigencia de la ley, la Nación debía definir el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y otras instituciones que manejan recursos del SGSSS. (14)

Fue así como el Gobierno Nacional, mediante el Decreto 2309 de 2002, reemplazado posteriormente por el Decreto 1011 de 2006, estableció la obligatoriedad del cumplimiento de tres de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: el Sistema Único de Habilitación, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y el Sistema Único de Información.

El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes, de carácter voluntario, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS).

Es evidente que no ha existido unanimidad en cuanto a cuáles elementos considerar al definir y medir la calidad percibida como se ilustra en la tabla 4 al comparar algunas de las fuentes citadas.

**Tabla 4. Características relacionadas con la calidad, según varias fuentes.**

<b>Decreto 1011/06</b>	<b>Donabedian (2003)</b>	<b>Kerguelén (2003)</b>	<b>Decreto 2309/02</b>	<b>Decreto 2174/96</b>
Accesibilidad	Aceptabilidad	Accesibilidad	Accesibilidad	Atención
Oportunidad	Efectividad	Aceptabilidad	Continuidad	humanizada
Seguridad	Eficacia	Calidad técnico-	Oportunidad	Disponibilidad y
Pertinencia	Eficiencia	científica	Pertinencia	suficiencia de
Continuidad	Equidad	Comodidades	Seguridad	recursos
	Legitimidad	Competencia		Eficacia
	Optimización	profesional		Eficiencia
		Continuidad		Idoneidad y
		Coordinación		competencia
		Efectividad		profesional
		Eficacia		Integralidad
		Eficiencia		Racionalidad
		Equidad		técnica
		Legitimidad		Satisfacción del
		Optimización		Usuario.
		Pertinencia		
		Satisfacción		
		Seguridad		

### **3.7 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD (SOGCS)**

Los Decretos 2309 de 2002 y posteriormente el 1011 de 2006 establecieron el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema

General de Seguridad Social en Salud, que es definido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (15).

Los decretos definieron como componentes del sistema: El Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

El primero de los componentes evalúa las condiciones de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, componentes que han sido verificados por las entidades departamentales y distritales de salud.

De las visitas de verificación por parte de los respectivos entes territoriales se ha obtenido un registro del total de prestadores habilitados así como de aquellos no habilitados y a partir de estos hallazgos se han generado planes de mejora y procesos de capacitación que permitan el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Habilitación en los prestadores del servicio, lo que se traduce en mejora de los resultados de la atención en salud.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, el segundo componente del SOGCS, ha sido definida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. (15)

Este componente de carácter obligatorio del sistema fue revisado para el año 2006 en estudio efectuado por el Ministerio de la Protección Social (16), en donde se evaluó su implementación en las direcciones territoriales. Este estudio arrojó como resultado un nivel de implementación incipiente en donde el 61% de las entidades objeto de análisis no habían realizado la verificación de la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC) en las diferentes instituciones prestadoras del servicio. El estudio permitió la elaboración de un plan de

asistencia técnica hacia las Direcciones Territoriales y Distritales de salud, enfatizando en la necesidad de la implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, articulada con los demás componentes del SOCGS.

El Sistema Único de Acreditación, tercer componente del sistema, de carácter voluntario para las IPS privadas y ahora con carácter obligatorio para las IPS públicas por la resolución 2181 de 2008, en lo relacionado con el ciclo de preparación para la Acreditación, no ha tenido hasta al momento una evaluación que permita determinar el grado de desarrollo del sistema y tener una línea de base que sirva como punto de partida para su implementación.

En cuanto al último componente, el Sistema de Información para la Calidad, se han realizado cuatro cortes de para las IPS (2006-2, 2007-1, 2007-2 y 2008-1), obteniendo información preliminar del porcentaje de cumplimiento en reporte de indicadores de calidad en 12 departamentos, observando que para el caso de del Departamento de Antioquia, solo el 24,6% de las instituciones que debían reportar lo hicieron y de las 968 que reportaron, 67 presentan alerta de posibles inconsistencias en los resultados de por lo menos un indicador. (16)

**Tabla 5. Características del SOGCS, según los Decretos 2309/2002 y 1011/2006.**

<b>Característica</b>	<b>Definición</b>
Accesibilidad	Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.
Oportunidad	Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
Seguridad	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.
Pertinencia	Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son

Característica	Definición
	menores que los beneficios potenciales.
Continuidad	Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

En la actualidad las Instituciones Prestadoras de Servicios IPS, las Empresas Promotoras de Salud EPS, las Administradoras de Régimen Subsidiado ARS, y las Entidades Adaptadas y de Medicina Pre pagada deben cumplir con el Decreto 1011 de 2006 y garantizar a sus afiliados servicios de calidad con características como accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, buscando siempre mejorar las expectativas de los clientes y cumplir los estándares de calidad definidos.

El Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud en Colombia tiene, entonces, cuatro componentes:

- **Sistema Único de Habilitación:** Constituido por un conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de Capacidad técnica y científica, la cual incluye poseer recursos humanos, infraestructura, dotación e insumos así como procesos prioritarios esenciales para reducir el riesgo en la prestación de los servicios (suficiencia patrimonial y financiera, capacidad técnico administrativa y de institucionalización de procesos permanentes de autoevaluación). Las entidades departamentales y distritales de salud son las encargadas de vigilar el cumplimiento de dicho sistema.
- **Sistema de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud:** Es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de los estándares de calidad, “adicional” al cumplimiento de los básicos establecidos en el Sistema Único de Habilitación Se realiza antes, durante y después de la prestación del servicio, a través de la evaluación y seguimiento a los procesos prioritarios y la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada.

- **Sistema Único de Acreditación:** Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa orientado a lograr niveles superiores de calidad. Una entidad acreditadora externa está encargada de evaluar y comprobar el cumplimiento de los niveles superiores de calidad por parte de las IPS, EPS, ARS, entidades adaptadas y empresas de medicina pre- pagada.
- **Sistema de Información para la Calidad:** Busca orientar a las y los usuarios de los servicios de salud en el ejercicio de sus derechos y deberes y garantizar que puedan tomar decisiones informadas, frente a su salud y su vida.

### **3.8 OBLIGATORIEDAD DEL COMPONENTE DE ACREDITACIÓN PARA LAS IPS PÚBLICAS EN COLOMBIA**

A la par del desarrollo regulativo del SOGCS, el Estado colombiano inició un proceso agresivo de modernización de sus instituciones, para lo cual el Congreso de la República, mediante la Ley 872 de 2003, creó el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente encaminada a dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades (17) y determinó que este sistema se debía desarrollar y poner en funcionamiento, en forma obligatoria, en las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral definido en la Ley 100 de 1993 (18).

Posteriormente, mediante el Decreto 4110 de 2007, el Gobierno Nacional adoptó la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados a ello por la Ley 872 de 2003.

El mismo Gobierno Nacional, entendió que las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios requerían sistemas

específicos de calidad que propendieran por el mejor desempeño institucional, de acuerdo a las características particulares del sector salud, por lo cual, mediante el Decreto 4295 de 2007, fijó como Norma Técnica de Calidad para el Sistema de Seguridad Social en Salud, la adoptada por el SOGCS definida en el Decreto 1011 de 2006.

Es así, entonces, que en cumplimiento y desarrollo del Decreto 4295 de 2007, el Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 2181 del 16 de junio de 2008, adoptó la guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de carácter público, conocidas también como Empresas Sociales del Estado, en virtud de la transformación a que fueron sometidos los hospitales de carácter público por mandato de la Ley 100 de 1993.

La Resolución establece que para dar cumplimiento a los requerimientos de la Ley 872 de 2003 y el Decreto 4110 de 2007, las IPS públicas están obligadas a cumplir en su totalidad las condiciones del Sistema Único de Habilitación, implementar el componente de Acreditación en Salud para el mejoramiento continuo de sus procesos, implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, implementar el Sistema de Información para la calidad y ajustarse a los contenidos de la guía aplicativa contenida en el Anexo Técnico de la resolución.

### **3.9 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GUILLERMO GAVIRIA CORREA**

**3.9.1 Ubicación.** La ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa se encuentra ubicada en el municipio de Caicedo. Municipio localizado en el occidente medio del departamento de Antioquia, que limita por el norte con Santa fe de Antioquia y Abriaquí, por el sur con el municipio de Anzá, por el oriente con el municipio de Santa fe de Antioquia y por el occidente con el municipio de Urrao. La distancia de la capital es de 128 kilómetros (Vía Medellín, San Jerónimo, Santa fe de Antioquia y Caicedo) 202 kilómetros (Vías Medellín, Caldas, Bolombolo, Concordia, Betulia, Urrao y Caicedo). Posee una extensión de 222 km<sup>2</sup> con una altura de la cabecera sobre el nivel del mar de 1800 metros y una

temperatura promedio de 19°C. Territorio: 6.827 en el área rural que equivalen al 84,6% de la población total del municipio. Las restantes 1247 personas (15,4%) corresponden a la cabecera municipal.

**3.9.2 Plataforma estratégica.** La Empresa Social del Estado Hospital Guillermo Gaviria Correa es una entidad descentralizada del orden municipal con personería jurídica, convertida en hospital público mediante la ordenanza 44 del 16 de diciembre de 1994 y reestructurada en Empresa Social del Estado mediante el acuerdo municipal No. 05 de Marzo 5 de 1995.

La empresa tiene como misión prestar servicios de salud de primer nivel con óptima calidad y eficiencia, garantizando una atención oportuna, sin discriminación alguna, contando con personal idóneo, capacitado, con calidez y sentido humano, con el fin de promover estilos de vida saludables, prevenir factores de riesgo y mejorar las condiciones de salud de la población.

Su visión se enfoca a convertirse en una institución líder en salud, competitiva a nivel regional, acreditada con solidez administrativa, técnico-científica y humana, con gran compromiso social, cuyo principal activo será el talento humano en la prestación del servicio y la participación ciudadana, que permitirá el empoderamiento de las condiciones de salud y un mejoramiento continuo de la calidad de las mismas.

Sus principios éticos son la eficiencia, equidad, integralidad, eficacia y autonomía. Dentro de los valores corporativos se encuentran la responsabilidad, lealtad, solidaridad, honestidad, confiabilidad y liderazgo.

**3.9.3 Servicios.** La ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa, dentro del ámbito de su competencia, presta servicios de:

- Consulta externa medica.
- Consulta externa odontológica.
- Hospitalización.

- Urgencias.
- Laboratorio clínico.
- Farmacia.
- Promoción y prevención.
- Traslado asistencial básico.

El Servicio de Consulta Externa cuenta con tres consultorios Médicos, con tres médicos permanentes, se realiza en promedio siete consultas en el día por medico lo que hace que el servicio sea bastante costoso para la institución, sin embargo se busca que la demanda insatisfecha sea de cero como se viene presentando y que la población tenga la oportunidad de poder elegir el profesional que requiera de manera oportuna.

Urgencias, presta servicios en jornada de 24 horas, atiende entre 2 y 3 pacientes al día en promedio. Las principales causas de consulta por urgencia son los dolores abdominales, traumatismos múltiples.

El Servicio de hospitalización tiene habilitadas 3 camas para la prestación del servicio. El promedio día estancia para el periodo 2009 fue de 1.5 días.

**3.9.4 Plan de desarrollo.** El plan de desarrollo empresarial se enfoca en los siguientes programas y proyectos:

- Fortalecimiento de la capacidad de oferta de los servicios de salud:
  - Mejora y ampliación de la infraestructura física del hospital
  - Dotación de de equipos e instrumental de diagnostico, tratamiento y logísticos que aseguran el cumplimiento de los requisitos esenciales.
- Establecimiento del sistema de garantía de calidad.
  - Programa de garantía de calidad.
  - Establecimiento del cuadro de mando integral.

- Sensibilización a funcionarios y empoderamiento de su área de trabajo.
  - Diseño de un plan de sensibilización, capacitación y empoderamiento de la junta directiva de la institución.
  - Establecimiento del programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad: conformación del grupo de auditoría, capacitación y sensibilización a funcionarios, detección de no conformidades y realización de planes de mejoramiento.
  - Implementación del panorama de riesgos de la institución, así como el seguimiento y planes de acción frente a los eventos adversos.
- Fortalecimiento de los procedimientos actuales en la prestación del servicio de salud.
    - Actualización de manuales institucionales capacitación a funcionarios.
    - Revisión y replanteamiento de la plataforma estratégica.
    - Actualización de protocolos médicos y guías de atención.
- Fortalecimiento de la cultura de promoción y prevención.
    - Diseño y establecimiento del programa de visitas domiciliarias.
    - Fortalecimiento de los programas de promoción y prevención: Los programas de promoción y prevención se fortalecen, en el de control prenatal se desarrolla el curso psicoprofilactico y se crean estrategias para evitar partos no institucionales y promoción de la lactancia materna. Se comienza la preparación de la institución para convertirse en una IAMI (Institución amiga de la infancia y la mujer).
- Organización de sistemas de control y evaluación de la gestión administrativa y operativa.
    - Implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
    - Plan de trabajo con comités de apoyo institucional.
- Establecimiento de la política de seguridad del usuario.

- Seguimiento y actualización de información (inventario hojas de vida, vinculación), evaluación del desarrollo humano y planes de mejoramiento. Programación de las necesidades de fuerza de trabajo (selección, contratación).
- Establecimiento de programas de productividad, mercadeo de servicios, reducción del gasto.
  - Mejoramiento de la gestión de proveedores y retroalimentación de información con los mismos.
  - Reestructurar la presentación de un portafolio de servicios y más bondades del servicio.
  - Implementación de la identidad e imagen corporativa del Hospital.
  - Realización de actividades de empoderamiento de los usuarios con la institución.
- Desarrollo y mejora de espacios de atención y participación ciudadana que retroalimenten la prestación de los servicios.
  - Estudios de satisfacción del usuario con relación a los aspectos técnicos científicos y administrativos.
  - Mayor desarrollo del servicio de atención e información a los usuarios.
  - Diseño, implementación, medición y mejora del plan de capacitaciones a usuarios externos en materia de promoción y prevención.
  - Elaboración de catálogos y plegables informativos.
  - Diseño del programa de señalización e información corporativa para mayor precisión de los usuarios.
- Implementación de escenarios de participación ciudadana.
  - Conformación de la liga de usuarios y participación activa de la misma en la institución.
  - Reuniones informativas con grupos de la comunidad.

- Implementación de programas de capacitación continuada a los usuarios externos de la institución.
  - Fortalecimiento de mecanismos de participación y deberes y derechos de los usuarios.
  - Plan de capacitaciones en materia de servicios.
  
- Fortalecimiento de los sistemas de información en la ejecución de los procesos cotidianos.
  - Implementación de tablas de retención documental.
  - Aseguramiento en la oportunidad en el manejo de las historias clínicas.
  - Mejoramiento en la custodia de la información.
  - Sistematización de historias clínicas.
  - Fortalecimiento del área de sistemas en los procesos administrativos y financieros.
  
- Incremento de la gestión e idoneidad del talento humano fortaleciendo su actitud de servicio.
  - Programa Institucional de Salud Ocupacional. Operatividad el comité de salud ocupacional preparación para la atención de situaciones de emergencia.
  - Mejoramiento de la disposición de residuos y optimización de recursos para su mejor aprovechamiento.
  
- Elaboración de la política de capacitación administrativa y asistencial, buscando el compromiso por la entidad.
  - Plan de capacitación.
  - Plan de estímulos permanentes.
  - Plan de mejoramiento del clima organizacional (favorecer cooperación, autocontrol y coordinación).

- Plan de Bienestar Social, relaciones humanas, comunicación, respeto y sensibilización.
- Plan de Inducción y re inducción (procedimientos internos de cada servicio, planeación estratégica).
- Programas de reentrenamiento.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer el nivel de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en la Empresa Social del Estado del primer nivel de atención Hospital Guillermo Gaviria Correa del municipio de Caicedo en el departamento de Antioquia.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación
- Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del Sistema Único de Habilitación
- Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones técnico administrativas del Sistema Único de Habilitación
- Determinar el nivel de implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con base en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
- Determinar el grado de desarrollo de los estándares del proceso asistencial del componente de Acreditación en Salud.
- Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento, gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.
- Verificar el cumplimiento de los estándares del Sistema de Información para la Calidad en Salud de acuerdo con la normatividad vigente.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO**

El presente trabajo se enfoca bajo los esquemas de investigación descriptiva – evaluativa, debido que el propósito de la investigación contempla el establecimiento del nivel de avance de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la ESE de Nivel I Hospital Guillermo Gaviria Correa.

Igualmente, el estudio es del tipo caso y campo ya que se basa en informaciones obtenidas directamente de la realidad, permitiendo cerciorarse de las condiciones reales en que se han conseguido los datos. El estudio se abordó a través de varias fases. En primera instancia un diseño bibliográfico y documental; es decir, basado en la obtención y análisis de datos provenientes de materiales impresos u otros tipos de documentos. Esto no es otra cosa, que una fase de documentación bastante amplia en función de profundizar conocimiento teórico con respecto al sistema obligatorio de garantía de la calidad y sus componentes objeto del estudio.

De igual forma, el estudio se apoyó en la evaluación, en campo, de los estándares del Sistema Único de Habilitación, del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, del Sistema único de Información y en la autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación para la Empresa Social del Estado. En otras palabras, se efectuó una medición directa de los datos.

### **5.2 TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de investigación es descriptivo, la investigación busca establecer el nivel de avance y resultados alcanzados de la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la ESE de Nivel I Hospital Guillermo Gaviria Correa.

### **5.3 POBLACIÓN**

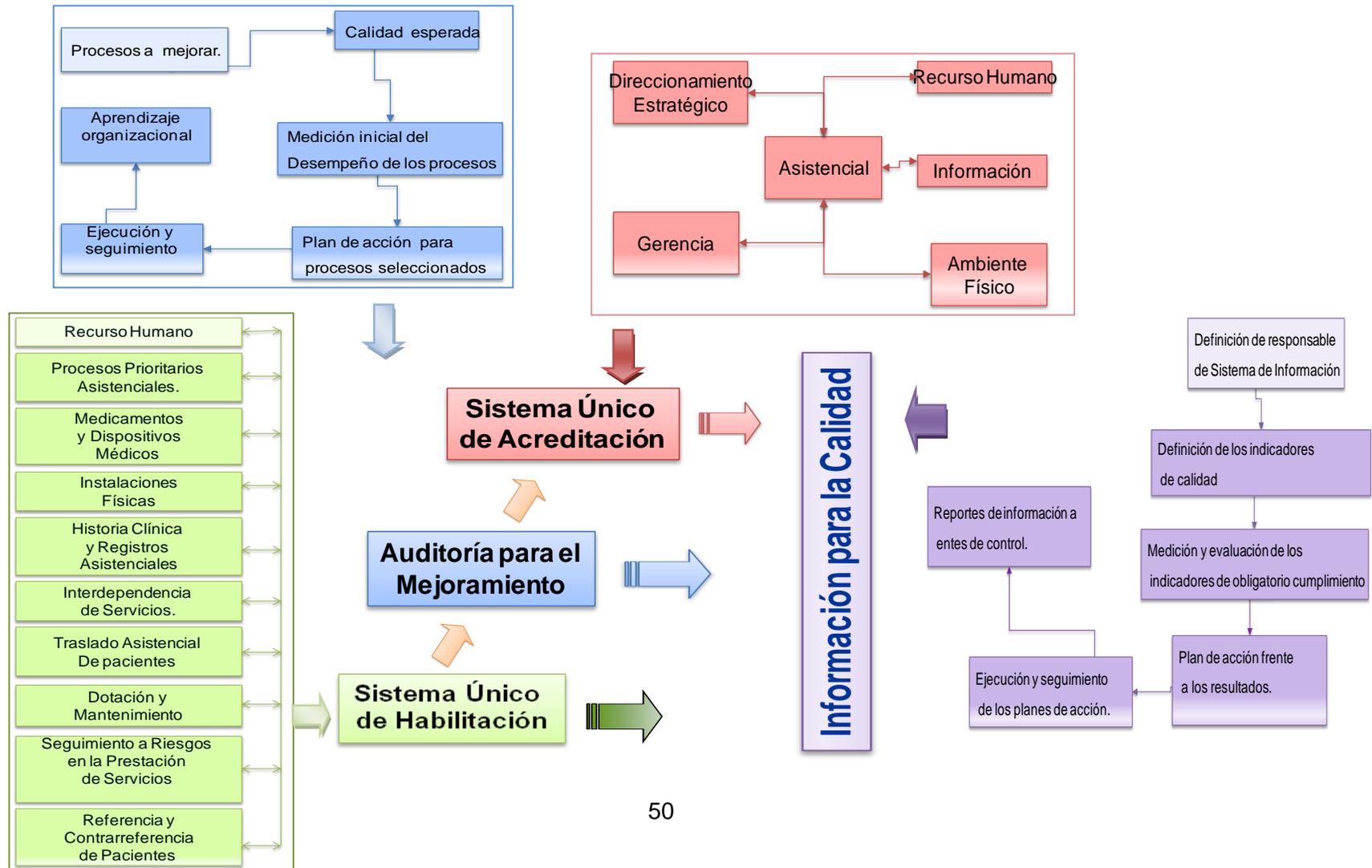
La población o universo se refiere “...al conjunto de datos para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan de los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) a los cuales se refiere la investigación...” (19). De allí que la población o universo objeto de estudio de esta investigación estará integrado por la Empresa Social del Estado del primer nivel de atención Hospital Guillermo Gaviria Correa del municipio de Caicedo en el departamento de Antioquia.

### **5.4 DISEÑO MUESTRAL**

Debido a que la población en estudio es pequeña y se pudo acceder a ella sin restricciones se determinó que la muestra estará constituida por toda la población.

## 6. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

### 6.1 DIAGRAMA DE VARIABLES



## 6.2 TABLA DE VARIABLES

**Tabla 6. Definición de variables.**

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
1	Recurso humano	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.	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación.
2	Infraestructura - instalaciones físicas - mantenimiento	Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física que son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.	Cualitativa	Nominal	
3	Dotación - mantenimiento	Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.	Cualitativa	Nominal	
4	Medicamentos y dispositivos	Procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
	médicos - gestión de medicamentos y dispositivos	para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.			condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación.
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	Cualitativa	Nominal	
6	Historia clínica y registros asistenciales	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	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación.

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		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).			
7	Interdependencia de servicios	Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación.
8	Referencia y contra referencia de pacientes	Guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas del Sistema

<b>N°</b>	<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Objetivo al cual apunta</b>
9	Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.	Cualitativa	Nominal	Único de Habilitación.
10	Patrimonio	Cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro.	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del Sistema Único de Habilitación.
11	Obligaciones mercantiles	Acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del Sistema Único de Habilitación.
12	Obligaciones	Son aquellas acreencias incumplidas	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de

<b>N°</b>	<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Objetivo al cual apunta</b>
	laborales	exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.			los estándares de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del Sistema Único de Habilitación.
13	Razón social	Cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones técnico administrativas del Sistema Único de Habilitación.
14	Sistema Contable	Cumplimiento de los requisitos administrativos que le permitan demostrar que la ESE cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.	Cualitativa	Nominal	Verificar el desarrollo de los estándares de condiciones técnico administrativas del Sistema Único de Habilitación.

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
15	Formulación del PAMEC.	Etapa en la que las instituciones definen el equipo PAMEC y el cronograma de desarrollo del programa.	Cualitativa	Nominal	Determinar el nivel de implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con base en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
16	Autoevaluación.	Diagnostico básico general para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización o de los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tiene importancia para la institución.	Cualitativa	Nominal	Determinar el nivel de implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con base en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.

<b>N°</b>	<b>Variab</b> les	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Objetivo al cual apunta</b>
17	Procesos a mejorar.	Selección y priorización de los procesos objeto de mejoramiento que se convierten en los proyectos de auditoría que conforman el programa de auditoría.	Cualitativa	Nominal	Determinar el nivel de implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con base en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
18	Calidad esperada	Determinación de la calidad esperada de los procesos identificados como prioritarios que comprende el desarrollo del sistema de indicadores de apoyo, sobre el que se enfoca el trabajo de auditoría, para evaluar el cumplimiento de la calidad esperada y hacer seguimiento a sus resultados.	Cualitativa	Nominal	Determinar el nivel de implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con base en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
19	Medición inicial del desempeño de los procesos	Aplicación de los procedimientos de auditoría con el fin de comparar la calidad esperada frente a la calidad	Cualitativa	Nominal	

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		observada.			
20	Plan de acción para procesos seleccionados	Procedimiento que permite visualizar el proceso de mejora que se inicia a partir de los problemas identificados, siguiendo la ruta crítica de la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención.	Cualitativa	Nominal	Determinar el nivel de implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con base en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
21	Ejecución y seguimiento	Procesos o métodos que se aplican para el seguimiento de los planes de acción.	Cualitativa	Nominal	Determinar el nivel de implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con base en los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.
22	Aprendizaje organizacional	Entrenamiento y capacitación de las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad observada y la calidad	Cualitativa	Nominal	

<b>N°</b>	<b>Variab</b> les	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Objetivo al cual apunta</b>
		esperada.			
23	Derechos de los usuarios	Propende por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas.	Cualitativa	Ordinal	Determinar el grado de desarrollo de los estándares del proceso asistencial del componente de Acreditación en Salud.
24	Registro e ingreso	Proceso inicial para informar al usuario acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.	Cualitativa	Ordinal	Determinar el grado de desarrollo de los estándares del proceso asistencial del componente de Acreditación en Salud.
25	Evaluación inicial de necesidades	Proceso de en el que se identifican las expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso: Conocimiento del paciente acerca de	Cualitativa	Ordinal	Determinar el grado de desarrollo de los estándares del proceso asistencial del

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		su patología. Forma de tratamiento de su enfermedad. Expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento			componente de Acreditación en Salud.
26	Planeación del cuidado	Desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.	Cualitativa	Ordinal	
27	Ejecución del tratamiento	Proceso en el que se garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo y teniendo como base fundamental la seguridad del usuario.	Cualitativa	Ordinal	
28	Evaluación del tratamiento	Evaluación del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica.	Cualitativa	Ordinal	

<b>N°</b>	<b>Variab</b> les	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Objetivo al cual apunta</b>
29	Salida y seguimiento	Explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir, una vez egrese así como el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.	Cualitativa	Ordinal	Determinar el grado de desarrollo de los estándares del proceso asistencial del componente de Acreditación en Salud.
30	Direccionamiento estratégico	Parámetros de la organización, en donde se precisa el plan estratégico la misión y la visión en función de su razón de ser, de sus colaboradores y de la comunidad para la que trabaja; definición de los principios y valores que orientan los comportamientos de la cultura deseable en la organización.	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento, gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.
31	Orientación del recurso humano	Variable en donde establecen parámetros de orientación al personal, alineados con el	Cualitativa	Ordinal	

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		direccionamiento estratégico de la organización.			
32	Junta Directiva	Variable que comprende el conjunto de procedimientos destinados a asesoría, actualización y participación de la junta directiva; en la monitorización de la calidad y el mejoramiento de los procesos institucionales.	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento, gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.
33	Evaluación de la calidad del direccionamiento estratégico	Establecimiento de indicadores construidos con las áreas de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición y procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de
34	Cultura organizacional	Determinación de los clientes internos y externos de la institución e identificación y respuesta a sus	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		<p>necesidades y expectativas.</p> <p>Define la manera como la organización afronta los derechos de los clientes en aspectos como la dignidad, privacidad, seguridad, particularidades del cliente y derecho</p> <p>En esta variable se expresa la construcción del plan estratégico y el desarrollo de un proceso interno y externo de identificación y tratamiento de las variables que inciden en la organización</p>			<p>direccionamiento, gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.</p>
35	Monitoreo de la gerencia	Medición y control, en función de los procesos, del mejoramiento de la calidad. Responsabilidades en los diferentes niveles de la organización.	Cualitativa	Ordinal	
36	Clima laboral	Manejo de las relaciones entre empleados enmarcadas en el diálogo, evaluación sistemática de su	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		satisfacción y procesos de salud ocupacional y seguridad industrial.			direccionamiento, gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.
37	Calificación y competencia del personal	Documentación de los requisitos de competencia, calificaciones de cada cargo, así como el proceso de inducción, entrenamiento y capacitación que incluyen las responsabilidades del cargo acordes con su relación sistémica hacia la organización y el cumplimiento de los grandes propósitos. Comprende además la evaluación permanente y retroalimentación para el mejoramiento.	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento, gerencia, de recurso
38	Monitoreo de la gestión del recurso humano	Medición con indicadores de la gestión del recurso humano, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento, gerencia, de recurso

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		sobre factores clave de calidad y desarrollo de procesos de mejoramiento que son compartidos y evaluados permanentemente.			humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.
39	Control y manejo de emergencias y desastres	Procedimiento que contempla la realización de prácticas de prevención y capacitación para el manejo de las situaciones de emergencia, Además de un proceso para el manejo de pacientes extraviados dentro de la entidad, identificación de las personas con posibilidad de extravío y protocolo de búsqueda e información a la familia y partes interesadas.	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento, gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
40	Control de infecciones	Proceso para el control de infecciones de acuerdo con la legislación y estándares de manejo de pacientes, recolección, análisis y reporte de información. Manejo y disposición de los desechos en forma segura.	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento,
41	Monitoreo de la gestión del ambiente físico	Medición con indicadores de la gestión del ambiente físico, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y desarrollo de procesos de mejoramiento que son compartidos y evaluados permanentemente.	Cualitativa	Ordinal	gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud
42	Requerimientos de información de la organización	Definición de un plan de gerencia de la información que garantice la gestión de la información desde la estandarización, captura, análisis,	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento,

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		transmisión y difusión, hasta los niveles de seguridad y archivo de la misma.			gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.
43	Cultura de toma de decisiones	Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos.	Cualitativa	Ordinal	Establecer el nivel de avance de los estándares de direccionamiento, gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.
44	Monitoreo de la gerencia de la información	Medición con indicadores de la gerencia de la información, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y desarrollo de procesos de	Cualitativa	Ordinal	gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		mejoramiento que son compartidos y evaluados permanentemente.			
45	Fortalezas y oportunidades para cada uno de los estándares del Sistema Único de Acreditación	Determinación de las fortalezas y oportunidades de mejora de la institución frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación.	Cualitativa	Nominal	Establecer el nivel de avance de los estándares de proceso asistencial, direccionamiento, gerencia, de recurso humano, ambiente físico y gestión de la información del componente de Acreditación en Salud.
46	Definición de responsable de Sistema de Información	Equipo o persona (s) responsables (s) del Sistema de Información para la calidad en lo relacionado con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolección de la Información</li> <li>• Tabulación de la Información</li> <li>• Medición</li> </ul>	Cualitativa	Nominal	Verificar la gestión del Sistema de información para la calidad en Salud en las Instituciones prestadoras de servicios de salud de acuerdo con

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de la Información</li> <li>• Planes de Mejoramiento</li> <li>• Divulgación de la información</li> <li>• Reporte de la Información</li> </ul>			la normatividad vigente: Resolución 1446/2006 del Ministerio de Protección Social y
47	Definición de los indicadores de calidad.	Establecimiento de los indicadores de calidad de la calidad que leven al monitoreo del Sistema tanto monitoreo interno como externo y que estén relacionados con están relacionados con la normatividad vigente y los servicios que presta la Institución.	Cualitativa	Nominal	Circulares 047/2007 y 049/2008 de la Superintendencia Nacional de Salud.
48	Medición y evaluación de los indicadores de obligatorio cumplimiento.	Medición de los indicadores y evaluación en forma sistemática los resultados de los mismos de acuerdo con lo establecido en la ficha técnica.	Cualitativa	Nominal	Verificar el cumplimiento de los estándares del Sistema de información para la calidad en Salud de acuerdo con la normatividad vigente:

<b>N°</b>	<b>Variabes</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Objetivo al cual apunta</b>
49	Plan de acción frente a los resultados.	Análisis de las causas que generan las brechas observadas entre la calidad esperada y la calidad observada y establecimiento de los correctivos pertinentes de acuerdo con los resultados del análisis de los Indicadores.	Cualitativa	Nominal	Resolución 1446/2006 del Ministerio de Protección Social y Circulares 047/2007 y 049/2008 de la Superintendencia Nacional de Salud.
50	Ejecución y seguimiento de los planes de acción.	Seguimiento a la efectividad del plan de acción implementado.	Cualitativa	Nominal	
51	Reportes de información a entes de control.	Reporte de la información y el recibo a satisfacción por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	Cualitativa	Nominal	

N°	Variables	Definición	Tipo de variable	Escala de Medición	Objetivo al cual apunta
					del Ministerio de Protección Social y Circulares 047/2007 y 049/2008 de la Superintendencia Nacional de Salud

## **7. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

### **7.1 FUENTES DE INFORMACIÓN**

Las fuentes de la información identificadas para la realización del estudio fueron:

- Reporte de evaluación de estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad contenidos en la Resolución 1043 de 2006, modificada por la Resolución 2680 de 2007, las cuales a su vez fueron modificadas por la resolución 3763 de 2007.
- Informe de autoevaluación del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad contenidos en la Resolución 1445 de 2006.
- Reporte de evaluación de estándares del Sistema información del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad contenidos en la Resolución 1446 de 2006.
- Lineamientos del Ministerio de la Protección Social para la implementación del programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.
- Calificación cualitativa del informe de evaluación de la empresa social del estado.
- Informes mensuales de indicadores de gestión.

### **7.2 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Se utilizaron como instrumentos de recolección de la información los estándares del Sistema Único de Habilitación, contenidos en los anexos técnicos de las resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007 y 3763 de 2007. Estos estándares se califican en términos de cumple, no cumple o no aplica. Los siguientes son los grupos de estándares evaluados:

- Verificación de las condiciones de suficiencia patrimonial: utilización de los indicadores de patrimonio, obligaciones mercantiles y obligaciones laborales.
- Verificación de las condiciones técnico administrativas: requisitos legales de existencia y representación legal. Mediante revisión de acto administrativo que le da vida jurídica a la institución y registros contables con las especificaciones definidas en el plan general de contabilidad pública.
- Verificación de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas: Según los estándares planteados en los anexos técnicos de las resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007 y 3763 de 2007.

Para la verificación del cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y Sistema de Información se utilizaron los estándares dados por el Ministerio de la Protección expresados según la Resolución 1446 de 2006.

En el presente trabajo no se deja evidenciada la verificación de las condiciones técnico científicas para los estándares de brigadas extramurales contemplados en la Resolución 4796 de 2008.

El nivel de implementación del Sistema Único de Acreditación se verificó mediante los estándares de la resolución 1445 de 2006, en el instrumento de verificación se incluyen la identificación de las brechas entre la calidad esperada (estándares del Sistema Único de Acreditación) y la calidad observada (nivel de desempeño organizacional). El formato se presenta a continuación:

<b>Fortalezas</b>
Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno, los cuales pueden deberse a un elevado dominio de funciones o procesos, o pueden resultar de aspectos tradicionales del día a día de la organización.
<b>Soportes de sus fortalezas</b>
Si el ítem analizado es una fortaleza deberá soportarlo con políticas, plan operativo, gráficos de tendencias, tablas, actas, diagramas del flujo del

proceso, cronograma de trabajo, etc., y todos los documentos que pueden mostrarle al evaluador la madurez del proceso.

**Oportunidades**

Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación y los resultados esperados.

Así mismo se presenta el formato de calificación de los estándares del Sistema Único de Acreditación, calificación que será efectuada de 1-5, basado en los siguientes parámetros:

Enfoque: comprende la sistematicidad y amplitud, pro actividad, ciclo de evaluación y mejoramiento.

<b>Sistematicidad y amplitud</b>				
El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega están documentados.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. En áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Pro actividad</b>				
Los enfoques son mayoritariamente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Ciclo de evaluación y mejoramiento</b>				
La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Implementación y despliegue: constituido por despliegue en la institución, despliegue en el cliente interno y externo.

<b>Despliegue en la institución</b>				
El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Despliegue al cliente interno y/o externo</b>				
El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Resultado: en él se evalúan parámetros como pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia y comparación.

<b>Pertinencia</b>				
Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Consistencia</b>				
Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Avance de la medición</b>				
No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Tendencia</b>				
El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

<b>Comparación</b>				
No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	No existen políticas ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

## **7.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

**7.3.1 Fase Exploratoria.** Investigación exhaustiva de las fuentes bibliográficas, revisión de textos especializados en el área de calidad en servicios de salud además de revistas, artículos de periódicos, investigaciones realizadas sobre el tema.

En función de los objetivos planteados en la investigación, donde se busco establecer el nivel de implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Se utilizaron las siguientes técnicas de recolección de datos:

**7.3.2 Revisión Bibliográfica.** La revisión de la literatura consistió en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pudieron ser útiles para los propósitos de estudio en cuanto al marco teórico se refiere. La revisión bibliográfica fue realizada por ambos investigadores durante todo el proyecto.

**7.3.3 Fase de Campo.** La obtención de la información se ejecutó mediante:

- Evaluación de los estándares del Sistema Único de Habilitación (resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007 y 3763 de 2007).
- Evaluación de estándares para el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).
- Evaluación de estándares del Sistema de Información.
- Autoevaluación de los estándares del Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006).

La fase campo se desarrolló en la Empresa Social del Estado Hospital Guillermo Gaviria Correa del municipio de Caicedo, departamento de Antioquia.

Se realizaron entrevistas a todos los coordinadores de procesos, al jefe calidad y control interno de la institución, directivas de la empresa y asesor contable de la misma.

En esta fase, desarrollada por los investigadores, se aplicó además la técnica de observación para la comprobación de los estándares establecidos en cada uno de los anexos técnicos de las resoluciones del sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Esta fase fue desarrollada durante los meses de Octubre - Diciembre de 2009 y Enero – Marzo de 2010

**7.3.4 Fase Descriptiva.** Una vez obtenidos los resultados se procedió al análisis de los mismos para describir las tendencias que se presentaron con el fin de determinar las conclusiones de la investigación.

El propósito del análisis fue resumir las observaciones llevadas a cabo en forma tal que proporcionaran respuestas a los interrogantes de la investigación. (20)

La fase descriptiva fue realizada por los dos investigadores y dirigida por el asesor de investigación, desarrollada entre los meses de Abril a Junio de 2010

## **7.4 PRUEBA PILOTO**

Debido a que los instrumentos utilizados para la obtención de la información (anexos técnicos de la resolución 1043 de 2006, resolución 2680 de 2007, resolución 3763 de 2007, resolución 1445 de 2006 y resolución 1446 de 2006) ya han sido validados y utilizados por el Ministerio de la Protección Social y son conocidos y entendidos tanto por los investigadores como por la muestra para la presente investigación no se desarrolla prueba piloto o pretest.

## **7.5 CONTROL DE ERRORES Y SEGOS**

**7.5.1 Sesgos de definición.** Pueden darse en el momento de planificar y preparar la encuesta. Básicamente debidos a la información previa disponible y a la planificación del trabajo.

El control de los sesgos de definición se basa en el conocimiento suficiente y estudio previo a la realización del proyecto de investigación. El control esta dado por una adecuada referenciación bibliográfica.

**7.5.2 Sesgo durante la toma de datos** Sesgos presentados debido al encuestado ya que la información que este proporciona puede ser incorrecta por olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, incomprensión o modificación de la respuesta por la propia encuesta o medición incorrecta de parámetros.

El control del sesgo esta dado mediante la utilización de cuestionarios validados, correctos (sin posibilidad de respuestas subjetivas, con vocabulario adecuado y preciso).

**7.5.3 Sesgo de análisis e interpretación.** Dados por transcripción incorrecta de la información y de los resultados de la encuesta.

Mediante el adecuado registro y análisis de los datos, la cautela en las interpretaciones y una adecuada asesoría se le realiza control a este tipo de sesgos.

## **8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

### **8.1 VARIABLES CUALITATIVAS ORDINALES**

Los datos de carácter cualitativo relacionados con el Sistema Único de Acreditación fueron recogidos en una matriz de tabulación realizada en Excel. Esta matriz se calificara de 1 a 5, teniendo en cuenta la siguiente interpretación de los valores:

Puntaje 1: significa que la institución en su mayoría, cuenta con un enfoque que está en sus inicios, es decir, aún no está planeado para ser totalmente sistemático, no está presente en todas las áreas, la información de los ciclos de mejoramiento no está totalmente articulada y es principalmente de tipo reactivo. En cuanto a la implementación se da en algunas áreas operativas, sin embargo aún es débil y se ha desplegado muy poco a los clientes. Finalmente, con relación a los resultados, estos son incipientes vistos en forma integral, existen algunos indicadores pero no están articulados y no siempre se utilizan para la toma de decisiones.

La calificación 2 significa que la institución presentan un enfoque que está en sus inicios, es decir, está planeado para ser sistemático, sin embargo la evidencia de la evaluación es limitada en la organización y es principalmente de tipo reactivo. En cuanto a la implementación se da en algunas áreas operativas, pero se encuentran brechas importantes en el despliegue a la totalidad de los clientes internos y no hay evidencia del despliegue a los clientes externos. Finalmente, en relación con los resultados, estos son incipientes, existen algunos indicadores pero no están articulados y no siempre se utilizan para la toma de decisiones.

La calificación 3 se obtiene cuando el enfoque es principalmente sistemático y preventivo, los ciclos de mejoramiento se realizan con base en hechos y datos en áreas claves para los servicios y/o procesos. En cuanto a la implementación se realiza en áreas claves de la

institución y no se encuentran grandes brechas y hay evidencia de implantación parcial del enfoque hacia el cliente interno y externo. Finalmente, los resultados, se dan en áreas claves, los indicadores presentan ya tendencias positivas de mejoramiento, se observa que las mejoras son resultados del enfoque, existe una política explícita de comparación con mejores prácticas y se tienen algunas evidencias de comparaciones en algunos procesos.

Una calificación 4 tiene como significado que el enfoque en la institución es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas, así mismo que es mayoritariamente proactivo y preventivo y existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección. La implementación y despliegue para una calificación de 4 nos habla de que los estándares son desplegados en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte y que el enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente. Los resultados se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en los estándares, alcanzando los objetivos y metas propuestas y la mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.

Cuando la calificación es 5, la institución tendrá un enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico y existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento. En la implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves y el enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente. Los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas y son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.

El análisis de los datos se efectuó mediante la utilización de estadística descriptiva, a través de gráficos de barras.

## **8.2 VARIABLES CUALITATIVAS NOMINALES**

Se expresan en una matriz de tabulación con los parámetros cumple, no cumple o no aplica para el caso de la evaluación de los estándares del Sistema Único de Habilitación, PAMEC y sistema único de información. Así mismo el análisis cualitativo de la información para el caso de la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación se realizó mediante la técnica de categorización en donde se efectuó la reducción y organización de la información captada mediante el instrumento seleccionado de los datos cualitativos. Los datos se redujeron a las categorías que se describen a continuación teniendo en cuenta las fortalezas y oportunidades de mejora:

- Atención al cliente - asistencial
- Direccionamiento y gerencia
- Gestión de recurso humano
- Gestión de la gerencia del ambiente físico
- Gestión de gerencia de la información

## 9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio es clasificado como una investigación sin riesgo (consiste en la aplicación de un cuestionario)

En este estudio se decidió solicitar autorización previa a la Empresa Social del Estado Hospital Guillermo Gaviria Correa, en donde se van a entrevistar a sus funcionarios y hacer observaciones para la investigación relacionada con el aspecto organizacional en cuanto a la implementación del Sistema Obligatorio de la Calidad se refiere.

Dentro de la consideraciones éticas los investigadores se comprometen a divulgar los resultados a la empresa participo como sujeto de investigación en el proyecto. Así mismo a publicar los resultados en los medios más idóneos para la comunidad científica en particular.

## 10. RESULTADOS

Para la obtención de los resultados, este trabajo se rige por la calificación cualitativa definida en el SOGCS como forma de valoración de cada uno de los estándares de los diferentes sistemas:

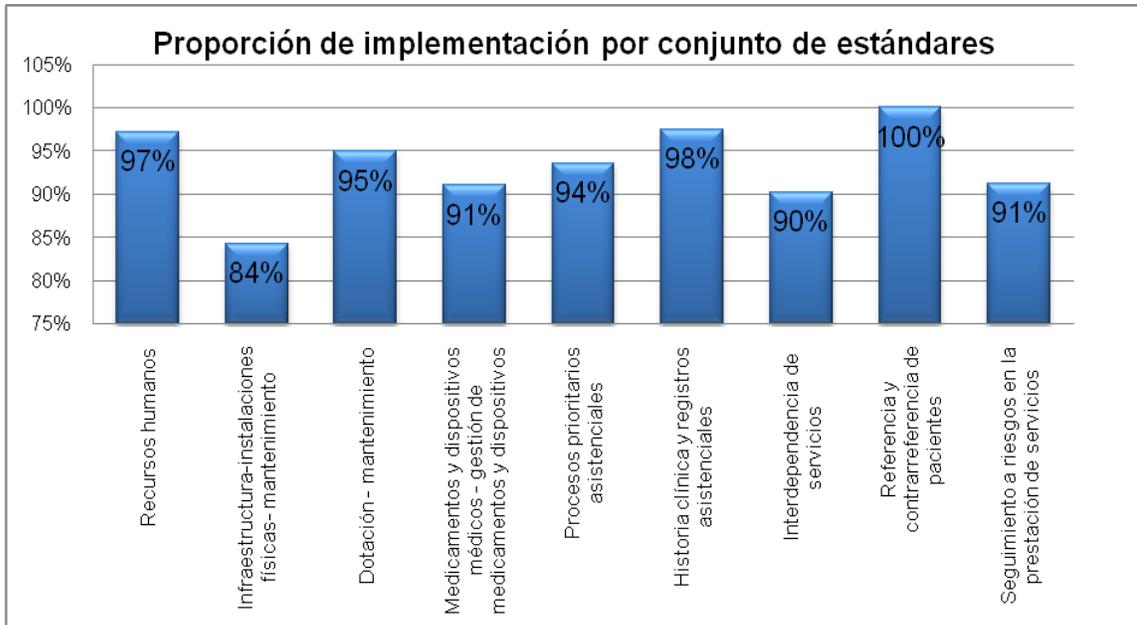
- Sistema Único de Habilitación (Resoluciones 1043 de 2006, 2680 de 2007 y 3763 de 2007).
- Sistema de Información (Resolución 1446 de 2006).
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (Lineamientos del Ministerio de la Protección Social).
- Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006).

### 10.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

La proporción de implementación de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en la ESE es del 93%.

En el gráfico 2 se presenta la proporción de cumplimiento de los estándares por categoría.

***Gráfico 2. Proporción de implementación del Sistema Único de Habilitación por conjunto de estándares técnico-científicos.***



Se presenta la tabla 7 la proporción de cumplimiento del Sistema Único de Habilitación por estándares técnico – científicos para cada uno de los servicios prestados por la empresa.

**Tabla 7. Proporción de implementación del Sistema Único de Habilitación por categoría y por servicios.**

Estándares Servicios	Recursos humanos	Infraestructura- instalaciones físicas- mantenimiento	Dotación - mantenimiento	Medicamentos y dispositivos médicos - gestión de medicamentos y dispositivos	Procesos prioritarios asistenciales	Historia clínica y registros asistenciales	Interdepend encia de servicios	Referenci a y contra referencia de pacientes	Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios
Odontología	100%	100%	97,50%	100%	92%	100%	N/A	100%	100%
Medicina general	100%	100%	100%	N/A	82%	100%	100%	100%	100%
Hospitalización	100%	61,90%	93,33%	100%	96,55%	100%	85,70%	100%	100%
Obstetricia y sala de partos	100%	76,40%	94,11%	75%	97,50%	100%	77,77%	100%	90%
Laboratorio	100%	75%	87,50%	100%	95,45%	100%	N/A	100%	80%
Vacunación	100%	75%	100%	100%	100%	100%	N/A	100%	N/A
Urgencias	100%	83,33%	95,23%	100%	87,87%	100%	87,50%	100%	93,33%
Esterilización	69,23%	55,55%	81,25%	61,53%	87,50%	75%	N/A		100%
PyP	100%	100%	95,65%	100%	100%	100%	N/A	100%	100%
Traslado asistencial básico	100%	100%	100%	73,68%	90,90%	100%	100%	100%	100%
Farmacia	100%	100%	100%	100%	100%	N/A	N/A	N/A	55,55%

Al realizar el análisis por el servicio se observa que el servicio con mayor proporción de implementación de los estándares es el de odontología y promoción y prevención (PyP), el de menor nivel el de esterilización. Se presenta en la tabla 8 la proporción de implementación de los estándares por servicio y en el anexo 1, la calificación de los estándares del Sistema Único de Habilitación por servicio.

**Tabla 8. Proporción de implementación de estándares del Sistema Único de Habilitación por servicio.**

Servicios	Proporción de Cumplimiento
Odontología	99,00%
Medicina general	97,75%
Hospitalización	93,05%
Obstetricia y sala de partos	90,09%
Laboratorio	92,24%
Vacunación	96,43%
Urgencias	94,14%
Esterilización	75,72%
PyP	99,00%
Traslado asistencial básico	96,06%
Farmacia	92,59%
Proporción de implementación global	92,93%

## 10.2 CONSOLIDADO DE LAS BRECHAS INSTITUCIONALES Y LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO PARA LOS ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, AGRUPADOS POR ESTÁNDARES Y SERVICIOS.

### 10.2.1 Estándares del recurso humano.

Propósito de los Estándares
Evaluar que 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.

<b>Brechas Institucionales y Oportunidades de Mejora</b>
<p>- Establecer programas de educación continuada para revisar y actualizar los conocimientos y las habilidades de los trabajadores en el servicio de esterilización que incluyan, entre otros, los siguientes temas: microbiología básica, cadena de transmisión de la infección, prevención y control, lavado, preparación y manipulación del material, métodos de esterilización, operación y manejo de los esterilizadores, aseguramiento de la esterilidad en los procesos de esterilización, bioseguridad y seguridad industrial y sistemas de empaque.</p>

### 10.2.2 Estándares de infraestructura.

<b>Propósito de los Estándares</b>
<p>Evaluar las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, si son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.</p>
<b>Brechas Institucionales y Oportunidades de Mejora</b>
<p><b>Hospitalización</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es necesario que el área cuente con un depósito de cadáveres con buena ventilación.</li> <li>2. En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deben evitar los cruces de elementos sucios y limpios.</li> <li>3. Las puertas de acceso a los cuartos no permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas.</li> <li>4. El ambiente de los baños no permite el fácil desplazamiento del paciente.</li> <li>5. Las puertas de los baños no tienen un ancho que permita el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas.</li> <li>6. Las áreas de los baños no tienen protecciones laterales, en forma de baranda.</li> </ol> <p><b>Obstetricia y sala de partos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No hay unidad sanitaria en el área de trabajo de parto.</li> <li>2. La entrada del baño no tiene doble puerta, de tal manera que entre el espacio que quede entre las dos quepa una persona parada para que haga filtro.</li> </ol> <p><b>Laboratorio</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El mesón del área de laboratorio, no debe haber tela ni madera expuesta, debe estar</li> </ol>

cubierta con plástico u otro material lavable.

2. No se tiene ducha manual o lavaojos.

### **Vacunación**

- No existe unidad sanitaria por sexo.

### **Urgencias**

- Los baños no cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos y no disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.

### **Esterilización**

1. No cuenta con unidad sanitaria con agua potable, jabón y toallas de papel.
2. No posee área de vestier.
3. El área de trabajo no conserva una temperatura controlada entre 18 y 22 °C ni humedad relativa controlada entre 35 y 70 %
4. No existen las siguientes áreas en esterilización: área contaminada (recepción y lavado), área limpia (preparación, empaque, y esterilización), área estéril (almacenamiento), área de almacenamiento de producto no estéril y material médico-quirúrgico o insumos propios de la central de esterilización.

### **Para toda la institución**

- No existe planta eléctrica de emergencia en la empresa.

## **10.2.3 Estándares de dotación y mantenimiento.**

<b>Propósito de los Estándares</b>
Evaluar que la institución cuente con los equipos indispensables y en condiciones de mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.
<b>Brechas Institucionales y Oportunidades de Mejora</b>
<b>Urgencias</b> - No posee camilla con estribos.

**Esterilización**

1. No cuenta por escrito y en idioma español instrucciones suficientes para la instalación y manejo de los equipos.
2. No se tiene definidas las instrucciones para el mantenimiento preventivo de rutina incluida una lista de repuestos y herramientas especiales.
3. No existe guillotina o cortadoras eléctricas.

**Para toda la institución**

- Los servicios de odontología, hospitalización, obstetricia y sala de partos, laboratorio, PyP, esterilización, urgencias no cuentan con Guías o instructivos de manejo de todos los equipos en idioma español.

**10.2.4 Estándares de medicamentos y dispositivos médicos - gestión de medicamentos y dispositivos.****Propósito de los Estándares**

Evaluar que la institución tengan diseñados y se apliquen, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionan directamente riesgos en la prestación de los servicios

**Brechas Institucionales y Oportunidades de Mejora****Para toda la institución**

- Los medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilizan los servicios de Obstetricia y sala de partos, Traslado asistencial básico, Esterilización, no se almacenan bajo condiciones apropiada debido a que no se efectúa registro, y análisis de temperatura, humedad y ventilación.

**10.2.5 Estándares de Procesos Prioritarios Asistenciales.****Propósito de los Estándares**

Evaluar si están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. Así mismo comprobar si la documentación

<p>incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.</p>
<p><b>Brechas Institucionales y Oportunidades de Mejora</b></p>
<p><b>Urgencias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No se tienen establecidos los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.</li> </ul>
<p><b>Esterilización</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La institución no cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización.</li> </ul>
<p><b>Traslado asistencial básico (TAB)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No están definidas las guías para el transporte de pacientes, terrestre.</li> </ul>
<p><b>Para toda la institución</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aun no se efectúa la verificación de adherencia a las guías de práctica clínica odontología, medicina general, urgencias y esterilización.</li> <li>2. En el área de urgencias y hospitalización no se tiene organizado un sistema de alerta (Código Azul) en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar</li> <li>3. No se tiene definido el procedimiento de control de visitas de familiares para hospitalización, urgencias y obstetricia.</li> </ol>

### 10.2.6 Estándares de Historia clínica y registros asistenciales.

<p><b>Propósito de los Estándares</b></p>
<p>Evaluar los 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><b>Brechas Institucionales y Oportunidades de Mejora</b></p>

**Esterilización**

- No se cuenta con registros de control de temperatura y humedad.

**10.2.7 Estándares de Interdependencia de servicios.**

<b>Propósito de los Estándares</b>
Evaluar que los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.
<b>Brechas Institucionales y Oportunidades de Mejora</b>
<b>Obstetricia y sala de partos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- No se dispone o demuestra disponibilidad de lactario.</li></ul>
<b>General</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- No existe disponibilidad del servicio de alimentación para hospitalización, urgencias y obstetricia.</li></ul>

**10.2.8 Estándares de seguimiento a riesgos en la prestación de servicio.**

<b>Propósito de los Estándares</b>
Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.
<b>Brechas Institucionales y Oportunidades de Mejora</b>
<b>Obstetricia y sala de partos</b> <p>No se tiene definido el manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones.</p>
<b>Laboratorio</b>

No se realizan procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en cuanto a complicaciones de procedimientos diagnósticos, fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos, pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros.

### **Urgencias**

No se tienen guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre Control de infecciones.

### **10.2.9 Evaluación de condiciones de suficiencia patrimonial.**

La evaluación de las condiciones de suficiencia patrimonial arrojó resultados de cumplimiento según lo establecido por los anexos técnicos de las resoluciones 1043 de 2006 y 2680 de 2007. Tabla 9.

**Tabla 9. Resultado evaluación de los estándares de suficiencia patrimonial 2009.**

<b>Indicador</b>	<b>Fórmula del indicador</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>
Patrimonio	$\frac{\text{Patrimonio total} \times 100}{\text{Cuenta que registre el capital}}$	Superior a 50.	X	
Obligaciones mercantiles	$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días} \times 100}{\text{Pasivo corriente}}$	No mayor a 50	X	
Obligaciones laborales	$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días} \times 100}{\text{Pasivo corriente}}$	No mayor a 50	X	

### 10.2.10 Evaluación de condiciones de capacidad técnico- administrativa

De conformidad con lo estipulado por el Decreto 1011 de 2006 los requisitos para la habilitación de los prestadores de servicios de salud, incluyen la verificación de las condiciones de capacidad técnico administrativa representados por la verificación de la existencia y representación legal, la razón social y el sistema Contable.

En la tabla 10 se presentan los resultados de la verificación de los estándares de capacidad técnico-administrativa.

**Tabla 10. Resultados de la verificación de los estándares de capacidad técnico-administrativa del Sistema Único de Habilitación**

Requisitos legales de existencia y representación legal	Documentos solicitados para la verificación de requisitos	Cumple	No cumple
Razón social	Acto administrativo que le da vida jurídica a la institución	X	
Sistema Contable	Registros contables con las especificaciones definidas en el plan general de contabilidad pública	X	

### 10.3 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

La implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se encuentra en el 100%, para cada uno de los componentes evaluados: información general, autoevaluación, selección de los procesos a mejorar, priorización, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, plan de acción para los procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y aprendizaje organizacional.

En el anexo 2 se presenta la calificación cualitativa de los estándares planteados para el cumplimiento del PAMEC.

#### 10.4 SISTEMA DE INFORMACIÓN

La proporción de cumplimiento del sistema en la ESE es de 100%. En anexo 3 se presenta la calificación cualitativa de los estándares del sistema.

#### 10.5 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

##### 10.5.1 Calificación del nivel de desempeño por categoría de los estándares del Sistema Único de Acreditación.

La ESE tiene una calificación global de sus estándares de 1,77. En el gráfico 3 se observa el nivel de desempeño por categoría.

**Gráfico 3. Nivel de desempeño por categoría en el cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación.**



La calificación de cada uno de los estándares del Sistema Único de Acreditación se presenta en el anexo 4 del trabajo.

#### **10.5.2 Calificación cualitativa de fortalezas y oportunidades de mejoramiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación**

Se presenta en el anexo 5 del trabajo el consolidado de fortalezas y oportunidades de mejoramiento; estas últimas se convierten en las brechas de tipo cualitativo y sobre las cuales se pueden generar políticas o lineamientos.

## 11. DISCUSIÓN

El principal beneficio de la metodología utilizada lo constituye la amplitud en la mirada de la evaluación, pues involucra de manera organizada diversas variables de análisis que permiten ampliar la visión de la situación de la calidad en la atención.

Los resultados presentados, aunque nos muestran un alto grado de desarrollo de los componentes del Sistema Único de Habilitación, del programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y del Sistema de Información deberían, según la normatividad vigente, estar implementados en un 100%.

En el Sistema Único de Habilitación el nivel de implementación se encuentra en un estado altamente desarrollado (92,93%) encontrándose que la principal falencia en la implementación está relacionada con el servicio de esterilización, en donde no solo no se cuenta con la infraestructura adecuada, sino que tampoco se realizan los procesos y procedimientos relacionados con la capacitación del recurso humano y no se cumplen en su totalidad los estándares de dotación y mantenimiento.

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y el Sistema Único de Información han sido desarrollados en su totalidad con resultados altamente satisfactorios para la institución.

El Sistema Único de Acreditación refleja una calificación de 1,77 puntaje que significa que la empresa cuenta con un enfoque que está en sus inicios, es decir, está planeado para ser sistemático, sin embargo la evidencia de la evaluación es limitada en la organización y es principalmente de tipo reactivo. En cuanto a la implementación, se da en algunas áreas operativas pero se encuentran brechas importantes en el despliegue a la totalidad de los clientes internos y no hay evidencia del despliegue a los clientes externos. Finalmente, en relación con los resultados, estos son incipientes, existen algunos indicadores pero no están articulados y no siempre se utilizan para la toma de decisiones.

Los resultados alcanzados en la implementación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en la institución muestran que existe un enfoque basado en procesos con una adecuada documentación del mapa de procesos y de los procesos de gestión y operativos de la entidad. Se encuentran bien determinadas la misión y visión del hospital.

En el proceso de evaluación y autoevaluación realizados se hizo evidente el liderazgo y la decisión de los directivos de la empresa en el desarrollo del sistema, su continuidad y alcance de metas y objetivos. Se observa compromiso de los jefes de servicio en la mejora de la calidad. Así mismo, las directrices organizativas se transmiten con eficacia al equipo, aunque deberían mejorarse algunos canales de comunicación.

Los resultados obtenidos reflejan una situación satisfactoria en cuanto a la organización y funcionamiento de la institución evaluada, se observa un alto grado de conocimiento de los empleados sobre la importancia de su quehacer diario. Lo anterior se ve reflejado en las valoraciones satisfactorias obtenidas en cuanto al nivel de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en sus cuatro componentes: Sistema Único de Información, PAMEC, Sistema de Habilitación y Sistema de Acreditación.

## 12. CONCLUSIONES

El principal beneficio de la metodología utilizada lo constituye la amplitud en la mirada de la evaluación.

Un elemento de gran importancia para el desarrollo del sistema de calidad es la generación de información veraz, oportuna, y confiable que permita a quienes participan en dicho sistema interactuar con él y contribuir a su mejoramiento.

Es imperativo que las entidades prestadoras de servicios de salud de primer nivel estén en un proceso constante de evaluación y autoevaluación que lleve a la elaboración y seguimiento de planes, políticas y estrategias que conduzcan al mejoramiento de la atención en salud de una comunidad.

El cumplimiento de los estándares del SOGCS, en el primer nivel, se verá reflejado positivamente en los diferentes niveles de atención, en la medida en que éste es la puerta de entrada a los servicios de salud.

En los procesos de evaluación y autoevaluación realizados se hizo evidente el liderazgo y la decisión de los directivos de la empresa en el desarrollo del sistema, su continuidad y alcance de metas y objetivos. Así mismo se encontró un grupo primario de calidad, constituido mediante acto administrativo y conformado por los líderes de procesos y asesores de control interno y calidad. Este grupo se encontró fortalecido y empoderado en el proceso de diseño, implementación, medición y mejora del sistema.

Es importante hacer énfasis en que para cumplir el SOGCS, se requiere que las instituciones permitan y faciliten su desarrollo, pero igualmente, que quienes los lideran, hagan ver la importancia del crecimiento en todas sus áreas, estén atentos a las oportunidades, se informen de los cambios externos e impulsen la transformación interna;

además, se debe trazar la filosofía de trabajo, los objetivos y las políticas que vayan respondiendo a las necesidades de cambio, y determinar las funciones y procedimientos que se deben realizar para lograrlo.

La implementación de diferentes modelos de atención, como el modelo de escucha activa, ha dado a los usuarios la posibilidad de expresar sus inquietudes a través de los buzones de sugerencias, los grupos focales y las pasantías, lo que ha llevado al mejoramiento de los canales de comunicación entre la institución y la comunidad.

El modelo integral de atención y el modelo de salida y seguimiento al usuario, han permitido a la institución la vigilancia de la adherencia a los tratamientos y el seguimiento a la evolución del estado de salud de los usuarios.

Modelos que podrían servir de referenciación a otras entidades para mejorar la comunicación y atención al usuario externo.

Los resultados del trabajo invitan a realizar nuevas investigaciones:

- Sobre el nivel de implementación del SOGCS en las IPS de primer nivel de atención.
- Detección de las necesidades de capacitación y acompañamiento a las entidades prestadoras de los servicios de salud en cuanto al diseño, implementación, medición y mejora del sistema.

La evaluación por parte de los investigadores y la posterior difusión de conocimientos en cuanto al modelo de mejoramiento, teoría de indicadores, modelo de gestión clínica, planes estratégicos, entre otros, permitieron la aplicabilidad del aprendizaje adquiridos en la maestría.

Este tipo de estudios en las instituciones permite establecer el diagnóstico de la situación en materia de calidad según la normatividad y elaborar estrategias que lleven al control y prevención de factores que puedan poner en riesgo la seguridad, accesibilidad,

pertinencia, oportunidad y continuidad de la atención en salud, ya que es el usuario y su familia la razón de ser del SOGCS.

En términos generales la Empresa Social del Estado cumple con la mayoría de los estándares del Sistema Único de Habilitación y con todos los estándares del Sistema de Información y PAMEC y orienta su actual gestión al cumplimiento de los estándares del Sistema Único Acreditación en salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montgmomery, D.C. Introduction to Statiscal Quality Control. 3ª. ed. New York (Estados Unidos): Ediciones New York: John Wiley and Sons; 1996.
2. Cavani G. Marketing en organizaciones de servicios de salud. 2ª. ed. Lima (Perú): Ediciones Universidad Ricardo Palma; 2004.
3. Ruiz C. Gestión de la calidad del servicio. México, (México): Ediciones Limusa; 2001.
4. Laínez Gómez J. La calidad del servicio, Vol. 2., Bogotá (Colombia): Ediciones UC; 2000
5. Zeithaml V. Marketing de servicios: un enfoque de integración del cliente a la empresa. 2ªed. México (México): Ediciones Mc Graw Hill; 2002
6. Parasuraman A. Servqual: a Multimpel item Sacle for Measuring Cosnumer Perceptions of Service Quality. En: Journal of Retailing. 1988 N° 64, p. 12-40.
7. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. New York (Estados Unidos): Ediciones Health Administration Press; 1980
8. Donabedian, A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud y Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad social, México, 1986.
9. Donabedian A. Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, D.F, (México): Fondo de Cultura Económica; 1988.

10. Magalon-Londoño, G.; Galan R, Ponton G. *Garantía de calidad en salud*. Bogotá (Colombia): Editorial Medica Internacional; 1999.
11. Constitución Política de Colombia/1991. (Gaceta Constitucional número 116 de 20-07-91).
12. Ley 100/1993 de 23 de Diciembre, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, (Diario Oficial número 41.148,23 de 23-12-93).
13. Ley 100/1993 de 23 de Diciembre, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, (Diario Oficial número 41.148,23 de 23-12-93).
14. Ley 715/2001 de 21 de Diciembre, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.(Diario Oficial número 44.654, de 21-12-01).
15. Decreto 1011/2006 del 3 de abril, 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 número 46.230, de 3-04-06).
16. Guerrero, Jaime G. Implementación del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud. Informe línea de base Direcciones territoriales de salud a IPS. Colombia: 2006.
17. Resolución 1446/06 de 08 de Mayo, 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 (Diario Oficial número 46271 de 17-05-06).

18. Ley 872/03 de 30 de Diciembre, por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios (Diario Oficial número 45418 de 02-01-04).
19. Víctor Morles: Planeamiento y análisis de investigaciones. 6ª Ed. Caracas: El Dorado; 1992 p 65.
20. Ezequiel Ander-Egg: Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires: Hvmánitas; 1979.
21. Resolución 2181/2008 del 16 de junio, por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público. (Diario Oficial número 47.024, de 18-06-08).
22. Ander-Egg, E. Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires (Argentina): Ediciones Humanistas; 1979.
23. Morles, V. Planeamiento y análisis de investigaciones. 6ª Ed. Caracas (Argentina): Ediciones El Dorado; 1992.
24. Roldán, Piedad; Vargas, Clara R.; Giraldo, Clara P.; Valencia, Gloria E.; García, Claudia L.; Salamanca, Luisa M. Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso. Rev. Col. Med. 2001; 32 (1).
25. Centro de Gestión Hospitalaria. Informe de brechas entre los estándares del Sistema Único de Acreditación y el nivel de desempeño en un grupo de 74 hospitales de Medellín, Antioquia, Boyacá, Caldas y Nariño. Bogotá: 2007.
26. Decreto 2309/2002 de 17 de Octubre, Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Diario Oficial número 44967, de 17-10-02).

27. Resolución 5261/96 de 17 de Octubre, Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Diario Oficial número 44967, de 17-10-02).
  
28. Decreto 2174/96 de 28 de Noviembre, Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Diario Oficial número 42931, de 03-12-96).

## ANEXOS

### Anexo 1: Calificación de los estándares del Sistema Único de Habilitación por servicio.

SERVICIO                    Odontología general  
 CATEGORÍA                Consulta Externa  
 COMPLEJIDAD            Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSOS HUMANOS</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio					
1.4	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales son suficientes a la capacidad instalada y la demanda de atención para el servicio registrado.	X			
1.5	¿Cuenta con personal en entrenamiento?	SI ( ) Ver guía de condiciones básicas para IPS NO ( X)			
1.46	Odontólogo.	X			
<b>2. INFRAESTRUCTURA-INSTALACIONES FÍSICAS- MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos					
Ar.1 Res. 1043 de 2006	<b>NOTA:</b> Si el servicio fue construido y/o remodelado o empezó a prestarse después del 1º de noviembre de 2002 deben cumplir con lo establecido en la resolución 4445 de 1996. Diligenciar Anexo.			X	
2.5	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje, resistentes y lavables.	X			
	Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	X			
2.29	<b>Debe contar con :</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Un ambiente exclusivo y delimitado, en el cual podrán funcionar varias unidades odontológicas.	X			
	Cuando posean más de tres unidades odontológicas, deberán contar con una zona para esterilización, a menos que la IPS cuente con una central de esterilización.			X	
	Con ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de procedimientos.		X		
	Espacio físico para disposición de residuos.	X			
	Pocetas para el lavado de instrumental.	X			
	Lavamanos.	X			
	Sala de espera con unidad sanitaria.	X			
	<b>Servicios extramurales.</b>				
2.45	Áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos.			X	
<b>3 DOTACIÓN – MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador					
3.1 y 3.2	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.		X		
3.49 Resol 2680 2007	<b>Unidad Odontológica que contenga:</b>				
	Sillón con cabecera anatómica.	X			
	Escupidera.	X			
	Lámpara odontológica de luz fría.	X			
	Bandeja para instrumental.	X			
	Eyector.	X			
	Jeringa Triple.	X			
Módulo de tres servicios con acople para piezas de mano.	X				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Airotor.	X			
	Micromotor.	X			
	Contra-ángulo.	X			
	Compresor de aire.	X			
	Negatoscopio.	X			
	Autoclave o la aplicación de los métodos de esterilización contemplados en el Manual de Buenas Prácticas del Ministerio de la Protección Social.	X			
	<b>Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de:</b>				
	Espejos bucales.	X			
	Exploradores doble extremo.	X			
	Sondas periodontales.	X			
	Pinzas algodонера.	X			
	Cucharillas y/o excavadores.	X			
	Jeringas Cárpulas, en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.	X			
	<b>Se dispone mínimo del siguiente instrumental para operatoria:</b>				
	Aplicador de dycal.	X			
	Condensador.	X			
	Porta amalgama.	X			
	Bruñidor y/o cleoide discoide.	X			
	<b>Instrumental mínimo para endodoncia:</b>				
	Explorador de conductos.	X			
	Espaciador.	X			
	Condensador.	X			
	Limas.	X			
	Tiranervios.	X			
	Dentímetro.	X			
	<b>Instrumental mínimo para exodoncia simple y quirúrgica:</b>				
	Fórceps.	X			
	Elevadores.	X			
	Porta agujas.	X			
	Tijeras.	X			
	Mango para bisturí.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Gubia, (opcional).	X			
	Periostótomo.	X			
	<b>Instrumental mínimo para periodoncia:</b>				
	Curetas.	X			
	Sonda periodontal.	X			
	Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente.	X			
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar: 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					
4.1	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				
	Nombre genérico o marca del dispositivo.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Lote.	X			
	Vida útil si aplica.	X			
	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para almacenamiento y control de fechas de vencimiento de dispositivos e insumos odontológicos que utilice el servicio.	X			
	Se tienen identificados los insumos odontológicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos).	X			
Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.	X				
4.2	Se cuenta con registros de captura de fármaco vigilancia.	X			
	Se cuenta con registros de captura de tecno vigilancia.	X			
4.3	<b>Los dispositivos odontológicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	<b>condiciones apropiada para cada tipo de dispositivos e insumos odontológicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de:</b>				
	Temperatura.	X			
	Humedad.	X			
	Ventilación.	X			
	Seguridad.	X			
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			
	Se lleva registro.	X			
	Se hace análisis de estos registros.	X			
<b>4.4</b>	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos odontológicos.	X			
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento					
	<b>Se tienen definidos y documentados de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio:</b>				
<b>5.1</b>	Los procedimientos o	X			
	Guías clínicas o Protocolos de atención.	X			
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento.		X		
<b>5.2</b>	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			
	Los contenidos de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, están elaborados bajo la metodología de medicina basada en evidencia, definida por la institución.	X			
<b>5.3</b>	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención,	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta.				
5.15	El servicio tiene documentado proceso para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conoce y lo aplica.	X			
5.44	Manual de Bioseguridad ajustado a las características del servicio	X			
	Manual de Buenas prácticas de esterilización (acorde a lo reglamentado en el Manual de Buenas Prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social Capítulo 3 numeral 1.6.4 Instrumentos dentales).	X			
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).					
6.1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			
	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			
6.3	Se garantiza en la Historia Clínica la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X			
6.4	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X			
6.6	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	X			
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos					
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos					
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud, definidos como prioritarios					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X			
	Se realiza evaluación y seguimiento a los riesgos definidos.	X			
	<b>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y funcionamiento de indicadores. Lo cual implica:</b>				
	La ficha técnica del indicador.	X			
	La estandarización de las fuentes.	X			
	La definición de los responsables del análisis del indicador.	X			
	De las tendencias.	X			
	Del cumplimiento de las metas.	X			
9.2	<b>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	<b>Garantía de la Calidad:</b>				
	Acceso.	X			
	Oportunidad.	X			
	Seguridad.	X			
	Pertinencia.	X			
	Continuidad.	X			
	<b>Realiza evaluación y seguimiento a:</b>				
9.12	Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.	X			
	Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (ej. Sangrados)	X			
	Complicaciones mediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.	X			
	Complicaciones anestésicas, acorde con el manual del manejo de las complicaciones.	X			
	Complicaciones medicamentosas.	X			

SERVICIO Medicina General  
 CATEGORÍA Consulta Externa  
 COMPLEJIDAD Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSO HUMANO</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.					
1.39	Medico General	X			
<b>2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.					
Ar.1 Res. 1043 de 2006	<b>NOTA:</b> Si el servicio fue construido y/o remodelado o empezó a prestarse después del 1º de noviembre de 2002 deben cumplir con lo establecido en la resolución 4445 de 1996. Diligenciar Anexo.			X	
2.28	<b>Dispone de las siguientes áreas:</b>				
	Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de Consulta externa en su totalidad y no por consultorio.	X			
	Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente.	X			
	Debe contar con lavamanos.	X			
	Tiene un área específica para los procedimientos que se deriven de la consulta.	X			
2.5	<b>En las áreas donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo.</b>				
	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.				
	Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	X			
<b>2.59 Resol 2680/ 07</b>	Si en el consultorio solo se retiran puntos en herida limpia y se realiza inyectología, no se requerirá de un área de procedimientos menores, pero se debe garantizar en todo caso, la esterilización del instrumental, equipo e insumos empleados.	X			
	Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física se encuentran en buen estado.	X			
<b>3. DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
<b>Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador</b>					
<b>3.1 y 3.2</b>	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.	X			
<b>3.21</b>	<b>El servicio cuenta con:</b>				
	Camilla.	X			
	Tensiómetro y fonendoscopio.	X			
	Equipo de órganos de los sentidos.	X			
	Martillo de reflejos.	X			
	Metro.	X			
Balanza de pie o Pesa bebé según el caso.	X				
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS – NO APLICA</b>					
Estándar. 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.					
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.					
5.1	<b>Se tienen definidos y documentados de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio:</b>				
	Los procedimientos o	X			
	Guías clínicas o Protocolos de atención.	X			
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento.		X		
5.2	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			
	El contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, están elaborados bajo la metodología de medicina basada en evidencia, definida por la institución.	X			
	Se tienen establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.		X		
5.3	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención, preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta.	X			
5.15	El servicio tiene procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conocen y lo aplican.	X			
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)					
6.1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			

<b>CÓD.</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			
<b>6.3</b>	Se garantiza en la Historia Clínica la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X			
<b>6.4</b>	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X			
<b>6.6</b>	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			
<b>6.7</b>	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	X			
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.					
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					
<b>8.1</b>	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X			
	Se realiza evaluación y seguimiento a los riesgos definidos.	X			
	<b>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y funcionamiento de indicadores. Lo cual implica:</b>				
	La ficha técnica del indicador.	X			
	La estandarización de las fuentes.	X			
	La definición de los responsables del análisis del indicador.	X			
	De las tendencias.	X			
	Del cumplimiento de las metas.	X			
9.2	<b>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:</b>				
	Acceso.	X			
	Oportunidad.	X			
	Seguridad.	X			
	Pertinencia.	X			
	Continuidad.	X			

SERVICIO  
CATEGORÍA  
COMPLEJIDAD

General Adultos  
Hospitalario  
Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSO HUMANO</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.					
1.4	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales son suficientes a la capacidad instalada y la demanda de atención para el servicio registrado.	X			
1.5	¿Cuenta con personal en entrenamiento?	SI ( ) Ver guía de condiciones básicas para IPS NO ( X )			
1.10	Médico general.	X			
	Enfermera profesional.	X			
	Auxiliar de enfermería.	X			
	Pueden ser compartidos con otros servicios siempre y cuando el otro servicio no requiera de exclusividad o permanencia.				
<b>2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos					
Ar.1 Res. 1043 de 2006	<b>NOTA:</b> Si el servicio fue construido y/o remodelado o empezó a prestarse después del 1º de noviembre de 2002 deben cumplir con lo establecido en la resolución 4445 de 1996. Diligenciar Anexo.			X	
2.6	Cuenta con fuente de energía de emergencia	X			
	De qué tipo				
2.8	<b>Se garantizan mecanismos de aseo, tales como:</b>				
	Pocetas.	X			
	Lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.	X			
2.13	Cuenta con un depósito de cadáveres con buena ventilación.		X		
2.14	Cuenta con Tanques de almacenamiento de agua, que garantiza como mínimo, 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua.	X			
	Tiene un Área para el uso técnico de los elementos de aseo.	X			
	Los baños cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.	X			
2.15	<b>Condiciones de áreas comunes:</b>				
	<b>Si se tienen escaleras o rampas, éstas son:</b>				
	De material antideslizante en todo su recorrido.			X	
	Con pasamanos de preferencia a ambos lados que se prolongan antes del inicio y al final.			X	
	Con protecciones si existen espacios libres.			X	
	Si el servicio funciona en un segundo piso deberá contar con rampa o ascensor.			X	
	Si funcionan en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas.			X	
	En edificaciones de cuatro (4) pisos o más, se empezarán a contar a partir del nivel más bajo construido existen ascensores con puertas con ancho mínimo para que quepa y gire una camilla.			X	
Para la movilización de usuarios de pie o en silla de ruedas, o camilla, la cabina deberá tener las dimensiones interiores mínimas y un espacio libre delante de la puerta de la cabina.		X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	En los accesos, áreas de circulación y salidas, se evitan los cruces de elementos sucios y limpios.		X		
	Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar su empaque y transporte, debidamente tapados (Compreseros, basuras, carros de comida, etc.)	X			
<b>Condiciones del área de Hospitalización:</b>					
	El puesto de enfermería garantiza la monitorización de pacientes o cuenta con sistemas de llamado en cada habitación y el rápido acceso a los cuartos de hospitalización.	X			
	La estación de enfermería, debe quedar localizada de tal forma, que permita visualizar las circulaciones de las habitaciones.	X			
	Debe contar con baño.	X			
	Área de trabajo sucio.	X			
	Área de trabajo limpio.	X			
	Área de aseo para el servicio.	X			
	Las puertas de acceso a los cuartos permiten un fácil paso y giro de camillas y sillas de ruedas.		X		
	El ambiente de los baños permite el fácil desplazamiento del paciente.		X		
	Las puertas de los baños tienen un ancho que permite el fácil acceso de pacientes en sillas de ruedas y cuentan con un sistema que les permite ser abiertas rápidamente.		X		
	Las áreas de circulación tienen protecciones laterales, en forma de baranda, hacia espacios libres.		X		
<b>3. DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador					
<b>3.1 y 3.2</b>	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.		X		
3.3	Los contenidos del equipo de reanimación están definidos teniendo en cuenta las características y las condiciones del servicio. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de hospitalización.	X			
3.5	Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes.	X			
	<b>La dotación mínima será:</b>				
	Ambú – bag.	X			
	Laringoscopio con hojas para adulto.	X			
	Guía de intubación para adulto.	X			
	Succionador.	X			
	Electrocardiógrafo.	X			
	Bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto.	X			
	Glucómetro.	X			
	Camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados.	X			
Silla de ruedas.	X				
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar. 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.					
4.1	El servicio tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece.	X			
	<b>Dicho listado debe incluir Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	El principio activo.	X			
	Forma farmacéutica.	X			
	Concentración.	X			
	Lote.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Fecha de vencimiento.	X			
	Presentación comercial.	X			
	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				
	Nombre genérico o marca del dispositivo.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Vida útil si aplica.	X			
	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para almacenamiento y control de fechas de vencimiento de medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio.	X			
	Se tienen identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos).	X			
	Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.				
4.2	Se cuenta con registros de captura de fármaco vigilancia.	X			
	Se cuenta con registros de captura de tecno vigilancia.	X			
4.3	<b>Los medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de:</b>				
	Temperatura.	X			
	Humedad.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Ventilación.	X			
	Seguridad.				
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			
	Se lleva registro.	X			
	Se realiza análisis.	X			
4.4	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	X			
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.					
	<b>Se tienen definidos y documentados de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio:</b>				
5.1	Los procedimientos o	X			
	Guías clínicas o	X			
	Protocolos de atención.	X			
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento.	X			
5.2	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			
	Los contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, están elaborados bajo la metodología de medicina basada en evidencia, definida por la institución	X			
5.3	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	egreso, oficialmente reportadas.				
	Los 12 procedimientos de enfermería más frecuentes.	X			
5.10	<b>Tiene establecido un procedimiento para:</b>				
	La revisión en cada turno del equipo de reanimación.	X			
	Solicitud de interconsultas.	X			
	Sistema organizado de alerta (Código Azul) en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.		X		
5.12	Cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma.	X			
5.13	<b>Cuenta con Procedimientos para:</b>				
	La entrega de turno por parte de enfermería y de medicina.	X			
	Normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes.	X			
	<b>Guías o manuales de los siguientes procedimientos:</b>				
	Reanimación Cardiocerebropulmonar.	X			
	Control de líquidos.	X			
	Plan de cuidados de enfermería.	X			
	Administración de medicamentos.	X			
	Inmovilización de pacientes.	X			
	Venopunción.	X			
	Toma de muestras de laboratorio.	X			
Cateterismo vesical.	X				
	Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.			X	
5.14	Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes.	X			
	Control de visitas de familiares.		X		
5.15	El servicio debe tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conocen y lo aplican.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5.16	<b>Cuenta con manual de:</b>				
	Buenas prácticas de esterilización.	X			
	Bioseguridad.	X			
5.20	Si realiza transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, éstos últimos deben ser provenientes de un banco de sangre o de un servicio de transfusión sanguínea.			X	
	Tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.			X	
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).					
6.1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			
	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			
6.3	Se garantiza en la Historia Clínica la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X			
6.4	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X			
6.6	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	X			
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.					
7.1 Resol 2680 /07	<b>Tiene disponibilidad de:</b>				
	Laboratorio Clínico.	X			
	Servicios de transfusión.			X	
	Ambulancia.	X			
	Radiología.			X	
	<b>Servicios de apoyo hospitalario:</b>				
	Alimentación.		X		
	Lavandería.	X			
	Aseo.	X			
	Vigilancia.	X			
	Mantenimiento.			X	
	<b>Debe disponer de:</b>				
Servicio Farmacéutico.	X				
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos					
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			
8.2	<b>Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo:</b>				
	Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución.	X			
	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	
	referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros).					
	Disponibilidad de medios de transporte.	X				
	Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X				
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>						
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios						
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X				
	Mortalidad intrahospitalaria.	X				
	Infecciones intrahospitalarias.	X				
	Complicaciones quirúrgicas mediatas.			X		
	Complicaciones terapéuticas especialmente Medicamentosas.	X				
	Complicaciones Transfusionales.			X		
	<b>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y manejo de indicadores. Lo cual implica:</b>					
	La ficha técnica del indicador.	X				
	La estandarización de las fuentes.	X				
	La definición de los responsables del análisis del indicador.	X				
	De las tendencias.	X				
Del cumplimiento de las metas.	X					
9.2	<b>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:</b>					
	Acceso.	X				
	Oportunidad.	X				
	Seguridad.	X				
	Pertinencia y Continuidad.	X				

SERVICIO                    Obstetricia- Sala Partos  
 MODALIDAD                Hospitalaria  
 COMPLEJIDAD            Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSO HUMANO</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio					
1.4	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales son suficientes a la capacidad instalada y la demanda de atención para el servicio registrado.	X			
1.5	¿Cuenta con personal en entrenamiento?	SI ( ) Ver guía de condiciones básicas para IPS NO ( X )			
1.31	Médico general.	X			
	Auxiliar de enfermería.	X			
<b>2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos					
Ar.1 Res. 1043 de 2006	<b>NOTA:</b> Si el servicio fue construido y/o remodelado o empezó a prestarse después del 1º de noviembre de 2002 deben cumplir con lo establecido en la resolución 4445 de 1996. Diligenciar Anexo.			X	
2.4	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.	X			
	Los cielos rasos, techos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales.	X			
	Las paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales.	X			
	Este servicio debe estar separado con barreras físicas.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
2.6	Cuenta con fuente de energía de emergencia.		X		
	De qué tipo.				
2.23	Dispone de un ambiente físico exclusivo y de limitado.	X			
	<b>Con las siguientes áreas que funcionarán en forma independiente:</b>				
	Salas de parto con área de atención al recién nacido y /o área de adaptación neonatal.	X			
	Las puertas de las salas de parto tienen visor y un ancho que garantice el paso de las camillas y sus acompañantes en condiciones de rutina y emergencia.	X			
	<b>Zona Semi-Aséptica:</b> Cuando el servicio obstétrico funcione en zona de quirófanos solo podrán tener en común con este, el vestier.	X			
	Unidad sanitaria en el área de trabajo de parto.		X		
	Disponibilidad permanente de oxígeno en el área de preparto y sala de partos.	X			
	Cuando se realice en una misma área, el trabajo de parto, la atención del parto y el posparto, se permite solo un paciente por sala.	X			
	Si se tienen áreas quirúrgicas de obstetricia deben estar aisladas y delimitadas y cumplirán con todas las condiciones de las salas quirúrgicas, o en su defecto utilizar las salas quirúrgicas para las cesáreas.			X	
	<b>Si el área seleccionada es la habitación de la paciente, tendrá:</b>				
	Baño privado (tener cuidado de no abrir su puerta en el momento del Parto).		X		
	La entrada del baño debe tener doble puerta, de tal manera que entre el espacio que quede entre las dos quepa una persona parada para que haga filtro.		X		
	Debe existir un área para recuperación del recién nacido.	X			
Área de aseo.	X				
Cuenta con la señalización para el acceso	X				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	restringido.				
<b>3. DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador					
3.1 y 3.2	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.		X		
3.18	<b>La sala de partos cuenta con:</b>				
	Equipo de succión.	X			
	Lámpara cuello de cisne o un equivalente que ilumine perfectamente el campo de interés.	X			
	Lámpara de calor radiante o equivalente.	X			
	Mesa de atención de parto.	X			
	Equipos de atención de partos.	X			
	Equipo de episiotomía.	X			
	Equipo de episiorrafia.	X			
	Mesa para atención del recién nacido.	X			
	Tallímetro.	X			
	Bascula pesa bebe.	X			
	<b>Equipo básico de reanimación con:</b>				
	Ambú.	X			
	Laringoscopio con hojas adulto y pediatra.	X			
Guía de intubación adulto y pediátrica.	X				
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar. 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.					
4.1	El servicio tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	<b>Dicho listado debe incluir Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan</b>				
	El principio activo.	X			
	Forma farmacéutica.	X			
	Concentración.	X			
	Lote.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Fecha de vencimiento.	X			
	Presentación comercial.	X			
	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				
	Nombre genérico o marca del dispositivo.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Vida útil si aplica.	X			
	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para almacenamiento y control de fechas de vencimiento de medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio.	X			
	Se tienen identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos).	X			
	Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.	X			
4.2	Se cuenta con registros de captura de fármaco vigilancia.	X			
	Se cuenta con registros de captura de tecno vigilancia.	X			
4.3	<b>Los medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de:</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Temperatura.		X		
	Humedad.		X		
	Ventilación.		X		
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura y se lleva registro.		X		
	Se lleva registro.		X		
	Se hace análisis de estos registros.		X		
4.4	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	X			
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.					
5.1	<b>Se tienen definidos y documentados de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio:</b>				
	Los procedimientos o	X			
	Guías clínicas.	X			
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento.	X			
5.2	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			
	El contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, están elaborados bajo la metodología de medicina basada en evidencia, definida por la institución.	X			
5.3	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	constituyen las primeras 10 causas de egreso, oficialmente reportadas.				
	Los 12 procedimientos de enfermería más frecuentes.	X			
5.12	Cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma.	X			
5.13	<b>Cuenta con Procedimientos para:</b>				
	La entrega de turno por parte de enfermería y de medicina.	X			
	Normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes.	X			
	<b>Guías o manuales de los siguientes procedimientos:</b>				
	Reanimación Cardiocerebropulmonar.	X			
	Control de líquidos.	X			
	Plan de cuidados de enfermería.	X			
	Administración de medicamentos.	X			
	Inmovilización de pacientes.	X			
	Venopunción.	X			
	Toma de muestras de laboratorio.	X			
	Cateterismo vesical.	X			
	Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.			X	
5.14	Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes.	X			
	Control de visitas de familiares.		X		
5.15	El servicio debe tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conocen y lo aplican.	X			
5.16	<b>cuenta con manual de:</b>				
	Buenas prácticas de esterilización.	X			
	Bioseguridad.	X			
5.20	Si realiza transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, éstos últimos deben ser provenientes de un banco de sangre o de un servicio de transfusión sanguínea.			X	
	Tendrán bajo su responsabilidad la			X	

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.				
5.25	<b>Cuenta con las guías Técnicas de asepsia y antisepsia en relación con:</b>				
	Planta física.	X			
	Equipo de salud.	X			
	Paciente.	X			
	Instrumental.	X			
	Equipos.	X			
5.28	<b>Se cuenta con guías o protocolos para:</b>				
	Atención del parto.	X			
	Indicaciones y técnica de la episiotomía y episiorrafia.	X			
	Hemorragia post-parto y post-cesárea.	X			
	Complicaciones intraparto.	X			
	Instrumentación.	X			
	<b>Se cuenta con la guía de Atención al recién nacido la cual incluye:</b>				
	Profilaxis ocular y umbilical.	X			
	Adaptación.	X			
	Reanimación del recién nacido.	X			
	Criterios de remisión.	X			
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).					
6.1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			
	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			
6.3	Se garantiza en la Historia Clínica la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X			
6.4	Las historias clínicas se encuentran	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.				
6.6	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	X			
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos					
7.1 Resol.26 80/07	<b>Tiene disponibilidad de:</b>				
	Laboratorio Clínico y Servicio de transfusión.	X			No servicio de transfusión
	Ambulancia.	X			
	Radiología.			X	
	<b>Servicios de apoyo hospitalario:</b>				
	Alimentación.		X		
	Lavandería.	X			
	Aseo.	X			
	Vigilancia.	X			
	Mantenimiento.			X	
	<b>Debe disponer de:</b>				
Servicio Farmacéutico.	X				
7.5 Resol 2680/07	<b>Dispone de:</b>				
Esterilización.	X				
710 Resol	Dispone o demuestra disponibilidad de lactario.		X		

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
3763					
<b>REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			
8.2	Sistema de referencia de pacientes a alto riesgo obstétrico y neonatal.	X			
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X			
	<b>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</b>				
	La ficha técnica del indicador.	X			
	La estandarización de las fuentes.	X			
	La definición de los responsables del análisis del indicador.	X			
	De las tendencias.	X			
	Del cumplimiento de las metas.	X			
9.2	<b>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:</b>				
	Acceso.	X			
	Oportunidad.	X			
	Seguridad.	X			
	Pertinencia.	X			
	Continuidad.	X			
9.4	<b>Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Control de infecciones.	X			
	Manejo de antibióticos.	X			
	Manejo de productos biológicos.	X			
	Manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones.		X		
	Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección para las áreas.	X			
	Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan adicción física y psíquica.			X	
	<b>Guía sobre transfusión de sangre total o de sus componentes:</b>				
	Debe incluir la verificación de que todo componente sanguíneo, que se vaya a aplicar a un paciente, cuente con el Sello Nacional de Calidad de Sangre.			X	
	<b>Comités técnico científicos o instancias de autocontrol o de auto evaluación en los servicios o de control interno que desarrollen los procesos de evaluación y seguimiento de los siguientes riesgos:</b>				
	Mortalidad hospitalaria. Incluyendo mortalidad obstétrica y la perinatal.	X			
	Infecciones intrahospitalaria.	X			
	Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas.	X			
	Complicaciones Transfusionales.			X	

SERVICIO Laboratorio Clínico  
 CATEGORÍA Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica  
 COMPLEJIDAD Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSOS HUMANOS</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio					
1.4	El número de especialistas, profesionales, y auxiliares asistenciales del recurso humano serán definidos de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención.	X			
1.5	¿Cuenta con personal en entrenamiento?	SI ( ) Ver guía de condiciones básicas para IPS NO (X )			
1.57	Bacteriólogo o	X			
	Médico con especialización en patología clínica, o en una de las áreas del laboratorio clínico.			X	
	Además podrán contar con personal profesional del área de la salud, con formación reglamentada, autorizada para ejercer actividades relacionadas con el laboratorio clínico y con auxiliar(es) de laboratorio clínico.			X	
<b>2. INFRAESTRUCTURA-INSTALACIONES FÍSICAS- MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos					
Ar.1 Res. 1043 de 2006	<b>NOTA:</b> Si el servicio fue construido y/o remodelado o empezó a prestarse después del 1º de noviembre de 2002 deben cumplir con lo establecido en la resolución 4445 de 1996. Diligenciar Anexo.			X	
2.5	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje, resistentes y lavables.	X			
	Las paredes y muros son impermeables,	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	sólidos y resistentes a factores ambientales.				
2.6	Cuenta con fuente de energía de emergencia.		X		
	De qué tipo.				
2.28	Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de Consulta externa en su totalidad.	X			
2.33	Debe existir un área dedicada para tomar muestras que esté dotada con muebles para tal fin.	X			
	Tener un mesón sólido, no debe haber tela ni madera expuesta, debe estar cubierta con plástico u otro material lavable.		X		
2.34	El área técnica del laboratorio debe tener las secciones separadas e identificadas.		X		
	Las áreas de trabajo cuentan con iluminación y ventilación natural y/o artificial.	X			
	Las mesas de trabajo son impermeables sólidos y resistentes a factores ambientales.	X			
	No se exigen requisitos especiales para los techos.	X			
	Deben tener uno o varios sifones libres.	X			
	Uno o varios lavamanos.	X			
	Ducha manual o lavaojos.		X		
	Debe contar con una sala de espera adecuada con sillas suficientes, la cual puede ser compartida con otros servicios.	X			
	Debe contar con un área de recepción del paciente y donde se suministra información.	X			
	Los equipos del laboratorio deben contar con regulador o estabilizador de voltaje con polo a tierra y no deben estar conectados a una extensión eléctrica.	X			
<b>3 DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador					
3.1 y 3.2	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.		X		
<b>3.21</b>	<b>Deberá contar con:</b>				
<b>Resol</b>	Centrífuga.	X			
<b>2680</b>	Nevera.	X			
<b>/07</b>	Baño serológico.	X			
<b>3.33</b>	Deberán tener los equipos manuales, semi-automatizados o automatizados necesarios para los procedimientos que realicen para las diferentes áreas del laboratorio	X			
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS</b>					
Estándar: 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.					
<b>4.1</b>	<b>Para reactivos y dispositivos de laboratorio un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				
	Nombre genérico.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario INVIMA.	X			
	Lote.	X			
	Fecha de vencimiento de los reactivos vigente.	X			
	Se tienen definidos los procedimientos para las especificaciones técnicas de almacenamiento, y control de fechas de vencimiento de reactivos y dispositivos que utilice el servicio.	X			
	Se tienen identificados los insumos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos).	X			
	Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.	X			
<b>4.2</b>	Se cuenta con registros de captura de fármaco	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	vigilancia.				
	Se cuenta con registros de captura de tecno vigilancia.	X			
4.3	<b>Los reactivos y dispositivos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de dispositivos e insumos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de:</b>				
	Temperatura.	X			
	Humedad.	X			
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			
	Se lleva registro.	X			
	Se analiza.	X			
4.4	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	X			
4.8	Tiene un sistema de kardex	X			
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento					
5.1	<b>Se tienen definidos y documentados de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio:</b>				
	Los procedimientos o	X			
	Guías clínicas o	X			
	Protocolos de atención.			X	
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento.		X		
5.2	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Los contenidos de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, están elaborados bajo la metodología de medicina basada en evidencia, definida por la institución.	X			
5.15	El servicio debe tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conocen y lo aplican.	X			
5.42	Deben tener un programa de control de calidad Interno.	X			
	Deben tener un programa de control de calidad externo.	X			
	Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas correctivas documentadas.	X			
	Manual de Control de Calidad Interno y externo.	X			
	Manual de toma, transporte y Remisión de Muestras.	X			
	Manuales de procedimientos técnicos de cada sección.	X			
	Manual de Bioseguridad ajustado a las características del laboratorio clínico.	X			
	Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características del laboratorio clínico.	X			
	Protocolo de limpieza y desinfección de áreas y material de vidrio.	X			
	Los manuales deben llevar un registro de que todo el personal los conoce.	X			
	Deben revisarse cada año.	X			
Documentar las actualizaciones.	X				
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)					
6.14	Se cuenta con registro diario de pacientes, exámenes solicitados y de resultados de los	X			

<b>CÓD.</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	exámenes realizados.				
	Si se realiza en medio magnético asegurarse de que no se puedan modificar, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			
	Se cuenta con registro de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó.	X			
	Se cuenta con Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia.	X			
	Se cuenta con formato de Reporte de resultados.	X			
	Se cuenta con Registro de Control de Calidad Interno y externo.	X			
	Se cuenta con registros de temperatura del baño serológico y de la(s) nevera(s).	X			
	Todos los registros y documentación del laboratorio, deben mantenerse en archivo de gestión y en archivo central durante el tiempo contemplado por la normatividad vigente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	Los resultados del control de calidad interno y externo, deben conservarse por lo menos durante un (1) año.	X			
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.					
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					
<b>8.1</b>	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud, definidos como prioritarios					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X			
	<b>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</b>				
	La ficha técnica del indicador.	X			
	La estandarización de las fuentes.	X			
	La definición de los responsables del análisis del indicador.	X			
	De las tendencias.	X			
	Del cumplimiento de las metas.	X			
9.2	<b>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:</b>				
	Acceso.	X			
	Oportunidad.	X			
	Seguridad.	X			
	Pertinencia.	X			
	Continuidad.	X			
9.11	Deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción.	X			
	Complicaciones de procedimientos diagnósticos.		X		
	Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos.		X		
	Pérdida del derecho a la intimidad del paciente		X		

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	por fallas en la privacidad de los resultados y registros.				

SERVICIO Vacunación  
 CATEGORÍA Promoción Y Prevención  
 COMPLEJIDAD Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	
<b>1. RECURSO HUMANO</b>						
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio						
1.5	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud.			X		
1.6	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud.			X		
	La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.			X		
1.63	Cuenta con Médico como responsable del servicio.			X		
	Cuenta con Enfermera, como responsable del servicio.	X				
	<b>Cuenta con personal asistencial</b>					
	Auxiliar de Enfermería o			X		
	Auxiliar en Salud Pública o	X				
	Vacunador actualmente en proceso de formación de Auxiliar en Salud pública			X		
	Promotor de salud en proceso de formación de Auxiliar en Salud Pública.			X		
Los cuales deben tener entrenamiento	X					

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	específico en el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI certificado por la dirección territorial o por otra institución o por Profesional de enfermería y Medico con experiencia en el tema.				
<b>2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO</b>					
<b>Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos</b>					
2.28	Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de Consulta externa en su totalidad y no por consultorio.		X		
2.45	Si el servicio es extramural, debe contar con las áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos.			X	
2.47	Cuenta con área para vacunación con lavamanos (este último puede ser compartido con otras áreas adyacentes).	X			
	Dispone de un área delimitada con espacio para refrigeradora en zona de sombra y alejada de toda fuente de calor.	X			
	Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física se encuentran en buen estado.	X			
<b>3. DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
<b>Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador</b>					
3.1 y 3.2	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.	X			
3.21	<b>El servicio cuenta con:</b>				
	Camilla.	X			
	Nevera exclusiva para biológicos según Programa Ampliado de Inmunizaciones.	X			
	Con termómetro externo para la nevera, según Programa Ampliado de Inmunizaciones.	X			
	Termo para las vacunas, según Programa Ampliado de Inmunizaciones.	X			
	Caja térmica o contenedor para transporte de los biológicos según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, en poliuretano, que cumpla con las normas técnicas de la OPS/UNICEF.	X			
	Biológicos y jeringas, según el Programa de Inmunizaciones que ofrezca.	X			
	Paquetes fríos de agua según el Programa Ampliado de Inmunizaciones, suficientes para garantizar la cadena de frío.	X			
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar. 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.					
4.1	El servicio tiene un listado que incluye todos los biológicos requeridos para la prestación de los servicios que ofrece.	X			
	<b>Dicho listado debe incluir Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan</b>				
	El principio activo.	X			
	Forma farmacéutica.	X			
	Concentración.	X			
	Lote.	X			
	Registro sanitario.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Fecha de vencimiento.	X			
	Presentación comercial.	X			
	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				
	Nombre genérico o marca del dispositivo.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Vida útil si aplica.	X			
	4.2	Se cuenta con registros de captura de fármaco vigilancia	X		
Se cuenta con registros de captura de tecno vigilancia.		X			
4.3	<b>Los biológicos y dispositivos médicos, y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones de:</b>				
	Temperatura.	X			
	Humedad.	X			
	Ventilación.	X			
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura ambiental.	X			
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar la temperatura de almacenamiento de los biológicos.	X			
	Se lleva registro.	X			
	Se realiza análisis de estos registros.	X			
4.4	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	X			
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.					
5.1	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio.	X			
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento	X			
	Inicio, continuación y finalización del esquema de vacunación a la población objeto.	X			
	Búsqueda de poblaciones susceptibles para la vacunación.	X			
	Guía para el manejo de eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización ESAVI (complicaciones post vacúnales).	X			
	Plan de contingencia para garantizar cadena de frío.	X			
	Se tiene establecido el procedimiento para controlar las condiciones de almacenamiento de los biológicos.	X			
	Se aplica el procedimiento para controlar las condiciones de almacenamiento de los biológicos.	X			
	Se tiene establecido el procedimiento para controlar el vencimiento de los biológicos e insumos del servicio.	X			
	Se aplica el procedimiento para controlar el vencimiento de los biológicos e insumos de vacunación.	X			
5.2	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5.8	Se han implementado las normas técnicas relacionadas con el PAI, para vacunar el recién nacido antes del egreso hospitalario	X			
	Se han implementado las normas técnicas relacionadas con el PAI, para verificar la vacunación de los menores de seis años durante su control de crecimiento.	X			
	Se han implementado las normas técnicas relacionadas con el PAI para verificar la vacunación de la gestante durante los controles prenatales.	X			
5.15	El servicio tiene procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conocen y lo aplican.	X			
5.16	Manual de Bioseguridad ajustado a las características del servicio.	X			
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan)					
6.1	Todos los pacientes atendidos tienen historia individual de vacunación.	X			
6.5	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación de las historias individuales de vacunación.	X			
6.6	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	Registro diario de vacunación.	X			
	Consolidado mensual de vacunación.	X			
	Kárdex de vacunas y jeringas.	X			
	Registro control de temperatura.	X			
	Ficha de reporte de eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización ESAVI.	X			
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.					
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de de pacientes en caso de presentarse una situación de urgencia supuestamente atribuible a la vacunación e inmunización ESAVI.	X			
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X			
	Realiza evaluación y seguimiento a los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta.	X			
9.2	<b>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:</b>				
	Acceso.	X			

<b>CÓD.</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	Oportunidad.	X			
	Seguridad.	X			
	Pertinencia.	X			
	Continuidad.	X			
<b>9.4</b>	Comité técnico científico o instancias de autocontrol o de autoevaluación que desarrollen los procesos de evaluación y seguimiento de complicaciones derivadas la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detención temprana (bajas coberturas de vacunación, bajo cumplimiento de los esquemas de vacunación terminados, presencia de casos de enfermedades inmunoprevenibles).	X			
<b>9.19</b>	Eventos adversos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización ESAVI (Reacciones post vacúnales).	X			

SERVICIO  
CATEGORÍA  
COMPLEJIDAD

Urgencias  
Urgencias  
Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSOS HUMANOS</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio					
1.4	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales son suficientes a la capacidad instalada y la demanda de atención para el servicio registrado.	X			
1.5	¿Cuenta con personal en entrenamiento?	SI ( ) Ver guía de condiciones básicas para IPS NO ( X )			
1.53	Médico General permanente.	X			
	Auxiliar en enfermería permanente.	X			
<b>2. INFRAESTRUCTURA-INSTALACIONES FÍSICAS- MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos					
Ar.1 Res. 1043 de 2006	<b>NOTA:</b> Si el servicio fue construido y/o remodelado o empezó a prestarse después del 1º de noviembre de 2002 deben cumplir con lo establecido en la resolución 4445 de 1996. Diligenciar Anexo.			X	
2.5	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje, resistentes y lavables.	X			
	Las paredes y muros son	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.				
2.6	Cuenta con fuente de energía de emergencia.		X		
	De qué tipo.				
2.14	Cuenta con Tanques de almacenamiento de agua, que garantiza como mínimo, 24 horas de servicio; y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua.	X			
	Área general de aseo para el servicio; puede ser compartido con otros servicios cercanos.	X			
	Los baños cuentan con los accesorios necesarios, para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.		X		
2.30	Cuenta con un ambiente físico exclusivo y delimitado.	X			
	<b>Dispone de las siguientes áreas:</b>				
	Puesto de enfermería.	X			
	<b>El cual debe contar como mínimo con los siguientes ambientes:</b>				
	Trabajo sucio	X			
	Trabajo limpio	X			
	Unidad sanitaria	X			
	Deposito		X		
	<b>Dispone de las siguientes áreas:</b>				
Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen	X				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente.				
	Debe contar con lavamanos.	X			
	Sala de procedimientos con área para curaciones.	X			
	Sala para observación.	X			
	Si atiende pacientes pediátricos contará con ambiente separado para este tipo de pacientes.			X	
	Sala de Reanimación, puede ser la misma área de procedimientos.	X			
	El servicio garantiza la disponibilidad de oxígeno en los consultorios, en el área de observación y en la sala de reanimación.	X			
<b>3. DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador					
<b>3.1 y 3.2</b>	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.		X		
<b>3.3</b>	Tiene definidos los contenidos del equipo de reanimación.	X			
<b>3.5</b>	Equipo de reanimación, con los medicamentos, soluciones, elementos médico quirúrgicos suficientes.	X			
	<b>La dotación mínima será:</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Ambú – bag.	X			
	Laringoscopio con hojas para adulto.	X			
	Guía de intubación para adulto.	X			
	Succionador.	X			
	Electrocardiógrafo.	X			
	Bombas de infusión si manejan medicamentos de goteo estricto.	X			
	Glucómetro.	X			
	Camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados.	X			
	Silla de ruedas.	X			
	<b>En el consultorio cuenta con:</b>				
	Camilla con estribos (salvo en urgencia pediátrica que no requiere estribos).		X		
	Tensiómetro.	X			
	Fonendoscopio.	X			
	Termómetro.	X			
	Equipo de órganos de los sentidos.	X			
	Balanza de pie.	X			
	<b>Urgencias pediátrica:</b>				
	Balanza pesabebés.	X			
	Cinta métrica	X			
3.27	<b>Sala de observación:</b>				
	Camillas rodantes con barandas.	X			
	<b>Dotación para todo el servicio:</b>				
	Instrumental Ginecoobstétricos.	X			
	Monitor de signos vitales.	X			
	Aspirador de Secreciones.	X			
	Material para Inmovilización para adulto y pediátrico.	X			
	Equipo de toracostomía.			X	
	<b>El carro de paro debe contener:</b>				
	Equipos para permeabilización de vía aéreas (Bajalenguas, Tornillos, Pinzas Magill).	X			
	Cánulas Oro faríngeas:	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	(Guedelm, Mayo, Bergman)				
	Nasofaríngeas blandas o rígidas (diferentes tamaños).	X			
	Dispositivo para Ventilación transtraqueal percutánea.	X			
	Laringoscopio.	X			
	Pilas.	X			
	Valvas para adulto y pediátrico de diferentes tamaños rectas y curvas.	X			
	Tubos endotraqueales diferentes tamaños.	X			
	Mascaras laríngeas de diferentes tamaños o combitubo.	X			
	Fijadores de tubo endotraqueal.	X			
	Mangueras conectoras a fuentes de oxígeno.	X			
	Dispositivo de bolsa válvula mascarita con reservorio para adultos y pediátrico.	X			
	Mascarita de no re inhalación con reservorio para adultos y pediátrico.	X			
	<b>Elementos para todo el servicio:</b>				
	Equipos de punción lumbar.			X	
	Bombas de infusión.	X			
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar: 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					
4.1	El servicio tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece.	X			
	<b>Dicho listado debe incluir Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya</b>				
	El principio activo.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Forma farmacéutica.	X			
	Concentración.	X			
	Lote.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Fecha de vencimiento.	X			
	Presentación comercial.	X			
	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				
	Nombre genérico o marca del dispositivo.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Vida útil si aplica.	X			
	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para almacenamiento y control de fechas de vencimiento de medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio.	X			
	Se tienen identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos).	X			
	Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.	X			
4.2	Se cuenta con registros de captura de fármaco vigilancia.	X			
	Se cuenta con registros de captura de tecno vigilancia.	X			
4.3	<b>Los medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de:</b>				
	Temperatura.	X			
	Humedad.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			
	Se lleva registro de estas variables.	X			
	Se hace análisis de estos registros.	X			
4.4	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	X			
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento					
	<b>Se tienen definidos y documentados de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio:</b>				
	Los procedimientos o	X			
	Guías clínicas o	X			
5.1	Protocolos de atención.			X	
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento.		X		
	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			
5.2	El contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, están elaborados bajo la metodología de medicina basada en evidencia, definida por la institución.	X			
	Se tienen establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente		X		

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	de trabajo.				
5.3	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras <b>10 causas</b> de consulta, oficialmente reportadas.	X			
	Los 12 procedimientos de enfermería más frecuentes.	X			
5.6	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.	X			
5.10	<b>Tiene establecido un procedimiento para</b>				
	La revisión en cada turno del equipo de reanimación.	X			
	Solicitud de interconsultas.	X			
	Sistema organizado de alerta (Código Azul) en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.		X		
5.12	Cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma.	X			
5.13	<b>Cuenta con Procedimientos para:</b>				
	La entrega de turno por parte de enfermería y de medicina.	X			
	Normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes.	X			
	<b>Guías o manuales de los siguientes procedimientos:</b>				
	Reanimación Cardiocerebropulmonar.	X			
	Control de líquidos.	X			
	Plan de cuidados de enfermería.	X			
	Administración de medicamentos.	X			
Inmovilización de pacientes.	X				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Venopunción.	X			
	Toma de muestras de laboratorio.	X			
	Cateterismo vesical.	X			
	Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.			X	
5.14	Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes.	X			
	Control de visitas de familiares.		X		
5.15	El servicio debe tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conocen y lo aplican.				
5.16	<b>Cuenta con manual de:</b>				
	Buenas prácticas de esterilización.	X			
	Bioseguridad.	X			
5.20	Si realiza transfusión de sangre o de sus componentes sanguíneos, éstos últimos deben ser provenientes de un banco de sangre o de un servicio de transfusión sanguínea.			X	
	Tendrán bajo su responsabilidad la verificación y registro de la información definida en bancos de sangre para las bolsas de sangre, previo a la aplicación en el paciente.			X	
5.33	<b>Cuenta con guías sobre:</b>				
	Atención médica inicial y definición de conducta.	X			
	Metodología y definición de clasificación de pacientes (triage) si realiza este procedimiento.	X			
	Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.	X			
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					

<b>CÓD.</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<p>Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).</p>					
<b>6.1</b>	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			
	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			
<b>6.3</b>	Se garantiza en la historia clínica la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X			
<b>6.4</b>	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X			
<b>6.6</b>	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			
<b>6.7</b>	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	X			
<b>6.16</b>	Deberá contar con tarjetas de Triage o de clasificación de multitud de lesionados.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.					
<b>7.1 Resol 2680 /07</b>	<b>Disponibilidad de:</b>				
	Radiología.			X	
	<b>Servicios de apoyo hospitalario</b>				
	Alimentación.		X		
	Lavandería.	X			
	Aseo.	X			
	Vigilancia.	X			
Mantenimiento.	X				
<b>7.11 Resol 3763/07</b>	Dispone o demuestra disponibilidad de laboratorio clínico.	X			
	Dispone o demuestra disponibilidad de servicio farmacéutico de baja complejidad y demuestra el apoyo de suministros necesarios para la complejidad y tipo de pacientes con la oportunidad requerida.	X			
	Dispone en el carro de paro de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la reanimación de pacientes y la operación de rutina del servicio.	X			
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					
<b>8.1</b>	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			
<b>8.2</b>	<b>Diseño y aplicación de procesos para la remisión de pacientes, que incluya como mínimo.</b>				
	Destinos y flujos de pacientes en caso que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico-científica de la institución.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Sistema de telecomunicaciones de doble vía, que permita el contacto con la entidad de referencia o quien oriente la referencia. (Aseguradores, Centros Reguladores de Urgencias, otros).	X			
	Disponibilidad de medios de transporte.	X			
	Definición y aplicación de guías para la referencia de pacientes.	X			
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud, definidos como prioritarios.					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X			
	Se realiza evaluación y seguimiento a los riesgos definidos.	X			
	<b>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</b>				
	La ficha técnica del indicador.	X			
	La estandarización de las fuentes.	X			
	La definición de los responsables del análisis del indicador.	X			
	De las tendencias.	X			
	Del cumplimiento de las metas.	X			
9.2	<b>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:</b>				
	Acceso.	X			
	Oportunidad.	X			
	Seguridad.	X			
	Pertinencia.	X			
	Continuidad.	X			
9.4	<b>Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre:</b>				
	Control de infecciones.		X		
	Manejo de antibióticos.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Manejo de productos biológicos.	X			
	Manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones.	X			
	Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección para las áreas.	X			
	Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan adicción física y psíquica.			X	
<b>Guía sobre transfusión de sangre total o de sus componentes:</b>					
	Debe incluir la verificación de que todo componente sanguíneo, que se vaya a aplicar a un paciente, cuente con el Sello Nacional de Calidad de Sangre.			X	
<b>Comités técnico científicos o instancias de autocontrol o de auto evaluación en los servicios o de control interno que desarrollen los procesos de evaluación y seguimiento de los siguientes riesgos:</b>					
	Mortalidad en urgencias.	X			
	Complicaciones anestésicas.	X			
	Infecciones intrahospitalaria.	X			
	Complicaciones quirúrgicas inmediatas.				
	Complicaciones Transfusionales.			X	
	Complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana.			X	

SERVICIO Esterilización  
 CATEGORÍA Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica  
 COMPLEJIDAD Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSO HUMANO</b>					
<b>Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio</b>					
1.4	El número de profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales son suficientes a la capacidad instalada y la demanda de atención para el servicio registrado.	X			
1.5	¿Cuenta con personal en entrenamiento?	SI ( ) Ver guía de condiciones básicas para IPS NO ( X )			
1.33  y  Manual de esterilización	Instrumentador o			X	
	Enfermera profesional.	X			
	Auxiliar de enfermería, para aquellos lugares en que no se pueda contar con el personal profesional.	X			
	El personal que trabaja en la Central de Esterilización debe ser entrenado y periódicamente evaluado en sus funciones y actividades.	X			
	Adicionalmente, se deben establecer programas de educación continuada para revisar y actualizar los conocimientos y las habilidades de los trabajadores.		X		
	<b>Es recomendable que los programas de educación continuada incluyan, entre otros, los siguientes temas:</b>				
	a) Microbiología básica.		X		
	b) Cadena de transmisión de la infección, prevención y control.		X		
c) Lavado, preparación y		X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	manipulación del material.				
	d) Métodos de esterilización		X		
	e) Operación y manejo de los esterilizadores.		X		
	f) Aseguramiento de la esterilidad en los procesos de esterilización.		X		
	g) Bioseguridad y seguridad industrial.		X		
	h) Sistemas de empaque.		X		
<b>2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos					
2.4	El servicio está separado con barreras físicas.	X			
	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.	X			
	Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales.	X			
2.25 Y Manual de esterilización	Área física exclusiva y de circulación restringida	X			
	No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias.	X			
	Todas las áreas asignadas al proceso de esterilización y control deben mantenerse limpias y en condiciones sanitarias apropiadas y libres de roedores, aves, insectos, etc.	X			
	Si se realiza esterilización a gas, cuenta con el área específica.			X	
	Cuenta con unidad sanitaria con agua potable, jabón y toallas de papel.		X		
	Cuenta con vestier.		X		
	Condiciones de iluminación.	X			
	Condiciones de ventilación.	X			
	<b>Todas las áreas de trabajo deben tener:</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Una temperatura controlada entre 18 y 22 °C.		X		
	Humedad relativa controlada entre 35 y 70 %.		X		
	<b>Áreas de la Central de Esterilización:</b>				
	Área contaminada (Recepción y lavado).		X		
	Área Limpia (Preparación, empaque, y esterilización).		X		
	Área Estéril (almacenamiento).		X		
	Zona de apoyo (baño, vestier, sala para el personal y sala administrativa).		X		
	Área para elementos de aseo (donde se lavan y mantienen los elementos de aseo de la C. E.		X		
	Almacenamiento de producto no estéril y material médico- quirúrgico o insumos propios de la Central de Esterilización.		X		
<b>3. DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.					
<b>3.1 y 3.2</b>	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.	X			
<b>3.12 y</b>	Se cuenta por escrito y en idioma español instrucciones suficientes para la instalación y manejo de los equipos.		X		

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>Manual de esterilización</b>	Instrucciones para el mantenimiento preventivo de rutina incluida una lista de repuestos y herramientas especiales.		X		
	Además, situaciones especiales en las cuales el fabricante no asegura la efectividad del equipo (alarmas).	X			
	Equipo de esterilización, según el método establecido en el manual de esterilización de la institución.	X			
	Materiales de empaque.	X			
	Rótulos para empaque.	X			
	Guillotina y cortadoras eléctricas.		X		
	Elementos de protección (delantales plásticos, gafas protectoras, guantes fuertes de caucho, de asbesto, de nitrilo, protectores para el ruido, mascarillas con visor).	X			
	Estanterías cuadradas y abiertas y cerradas.	X			
	Canastillas.	X			
	<b>Medios de transporte:</b>				
	Para llevar objetos limpios y esterilizados desde las áreas de almacenamiento hasta las áreas de utilización.	X			
Para recoger los objetos utilizados y sucios desde las áreas de uso hasta las áreas de recepción de la Central de Esterilización.	X				
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar: 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.					
4.1	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Nombre genérico o marca del dispositivo.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Vida útil si aplica.	X			
	Se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y control de fechas de vencimiento de dispositivos médicos, y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio.	X			
4.2	Se cuenta con registros de captura de tecno vigilancia.	X			
4.3	<b>Los dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de:</b>				
	Temperatura.		X		
	Humedad.		X		
	Ventilación.		X		
	Segregación.		X		
	Seguridad.				
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			
	Se lleva registro.	X			
	Se hace análisis de estos registros.		X		
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
<b>Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento</b>					
5.1	<b>Se tienen definidos y documentados los procedimientos más frecuentes del servicio:</b>				
	Los procedimientos.	X			
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento.		X		
5.2	Los procedimientos son conocidos	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.				
5.11	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización.		X		
5.15	El servicio debe tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conocen y lo aplican.	X			
5.16	<b>Deberá contar con un manual de:</b>				
	Bioseguridad.	X			
5.31	<b>Si utiliza esterilización a gas:</b>				
Manual de esterilización	Cuenta con un manual de procedimientos.	X			
	Manual de Esterilización según la (s) técnica (s) que utilice la IPS.	X			
	Procedimientos escritos para la limpieza de las áreas, equipos, aparatos, materiales, estantería y Recipientes.	X			
	Procedimiento escrito sobre requisitos de higiene personal que deben observarse en el área.	X			
	<b>Etapas del Proceso de Esterilización</b>				
	Recepción.	X			
	Limpieza y descontaminación.	X			
	Secado.	X			
	Empaque y sellado.	X			
	Identificación y rotulado.	X			
	Selección del método de esterilización.	X			
	Almacenamiento.	X			
Transporte y distribución.	X				
<b>Se llevan Indicadores de esterilización en forma sistemática, según el método utilizado:</b>					
Indicadores químicos.	X				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Indicadores biológicos.	X			
	Indicadores físicos.	X			
	<b>En cada ciclo de esterilización, se registra la siguiente información:</b>				
	Número de lote.	X			
	Los contenidos generales de la carga o el lote (ejemplo: paquetes de tela, paquetes de instrumentos).	X			
	El nombre o las iniciales del operador.	X			
	Los resultados de las pruebas biológicas, si es aplicable.	X			
	La respuesta al indicador químico puesto en el paquete y el resultado del indicador biológico.	X			
	<b>En el rotulo se registra:</b>				
	El nombre del elemento o equipo.	X			
	Una lista del contenido del paquete der Mismo.	X			
	Número de lote, el cual indicará fecha de esterilización, número de ciclo e identificación del esterilizador.	X			
	Fecha de caducidad.	X			
	Condiciones especiales de almacenamiento o manipulación que pudieran ser necesarias.	X			
	La firma de la persona responsable de lo empacado y procesado.	X			
	Para el transporte de los elementos por fuera de la CE se utilizara carros cerrados especialmente destinados para este fin.			X	
	<b>El área de almacenamiento es:</b>				
	Lugar protegido, libre de polvo, insectos y roedores.	X			
	Superficies lisas y lavables.	X			
	Fácil acceso e identificación de los materiales.	X			
	Temperatura ambiente entre 15°C y 25° C; la humedad entre 40% y 60%.		X		
	Circulación restringida.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Estantes cerrados, para elementos que no roten con frecuencia.	X			
	Almacenamiento, de manera que se utilicen primero los productos con menor tiempo de expiración.	X			
	Se protege con bolsa plástica los elementos que se que se utilizan menos.		X		
	Estantería de material no poroso, ni corrosivo.		X		
	Estén mínimo a 25 cms. del piso.	X			
	15 cm del cielo raso.	X			
	Y a 6 cms. de la pared.		X		
	No se deben tener ventiladores.	X			
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).					
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	<b>Registros:</b>				
	Las fichas técnicas de materiales e insumos.	X			
	Control del proceso según el método de esterilización y resultados de los indicadores.	X			
	Control de temperatura y humedad.		X		
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.					
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES –NO APLICA</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X			
	Se realiza evaluación y seguimiento a los riesgos definidos.	X			
	<b>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</b>				
	La ficha técnica del indicador.	X			
	La estandarización de las fuentes.	X			
	La definición de los responsables del análisis del indicador.	X			
	De las tendencias.	X			
	Del cumplimiento de las metas.	X			

SERVICIO Promoción y Prevención De La Salud  
 CATEGORÍA Promoción Y Prevención  
 COMPLEJIDAD Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSO HUMANO</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.					
1.4	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales son suficientes a la capacidad instalada y la demanda de atención para el servicio registrado.	X			
1.5	¿Cuenta con personal en entrenamiento?	SI ( ) Ver guía de condiciones básicas para IPS NO ( X )			
1.106 Resol 2680/07	Si se ofrece el diseño e implementación de uno o varios programas de promoción y prevención, se debe contar con profesional de la salud con postgrado en epidemiología, salud pública o administrativos de la salud.			X	
	Si se ofrece solamente la implementación de uno o varios programas de promoción, para el diseño de cartillas, volantes, instructivos o cualquier otro material educativo para el usuario así como el diseño de conferencias, charlas o talleres deberá contar con enfermera profesional o médico u otros profesionales de la salud pero solo en lo relacionado con su competencia.	X			
	Para la realización de las anteriores actividades se debela contar con promotores, auxiliares de enfermería, profesionales de la salud o afines.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Para detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, la toma de citología cérvico uterina en detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven, consulta, control, aplicación de DIU de intervalo en planificación familiar y los demás programas de enfermedades crónicas, ETS, VIH SIDA, TBC y enfermedades de interés en salud pública: se requiere de médico o enfermera profesional.	X			
	La toma de citologías cérvico – vaginales, podrá ser realizada por auxiliar en enfermería con entrenamiento certificado, únicamente en aquellas poblaciones donde se demuestre que no existe profesionales para tal fin.	X			
	<b>Para la detección temprana de las alteraciones del embarazo:</b>				
	Médico quien podrá delegar algunas actividades en enfermera profesional.	X			
	<b>Para la lectura y reporte de la citología cervicouterina:</b>				
	Cito tecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un cito patólogo o patólogo; quien realizará el control de calidad, médico general o gineco-obstetra para determinar la conducta a seguir de acuerdo con los resultados.			X	
	<b>Para vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones:</b>				
	Auxiliar en enfermería y/o promotor de salud <b>con entrenamiento</b> en vacunación certificado por la dirección territorial o por otra institución.	X			
	O Profesional de enfermería.				
	O Médico con experiencia en el PAI.				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	<b>Para atención preventiva en salud bucal:</b>				
	Odontólogo o	X			
	Higienista oral.				
	<b>Para la esterilización quirúrgica masculina:</b>				
	Médico especialista en urología			X	
	<b>Para la esterilización quirúrgica femenina y aplicación de DIU intracavaria:</b>				
	Médico especialista en gineco-obstetricia.			X	
	Para las actividades de evaluación de riesgos psicológicos y sociales en detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven contará con profesional en psicología.			X	
	<b>Para detección temprana de las alteraciones del Adulto:</b>				
	Médico general	X			
	<b>Para detección temprana del cáncer de seno:</b>				
	Médico general.	X			
	Gineco-obstetra o cirujano general o especialista en cirugía de seno para las actividades preventivas de auto diagnóstico por parte del paciente.			X	
	Técnico de radiología <b>con</b> entrenamiento certificado en mamografía para la realización de la mamografía.			X	
	La lectura e interpretación la debe realizar un radiólogo, con entrenamiento en mamografía no menor de tres meses.			X	
	<b>Para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual:</b>				
	Optómetra o				
	Médico.	X			
	<b>Examen oftalmológico:</b>				
	Médico especializado en oftalmología.			X	

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	<b>Examen optométrico:</b>				
	Optómetra.			X	
<b>2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.					
<b>Ar.1 Res. 1043 de 2006</b>	<b>NOTA:</b> Si el servicio fue construido y/o remodelado o empezó a prestarse después del 1º de noviembre de 2002 deben cumplir con lo establecido en la resolución 4445 de 1996. Diligenciar Anexo.			X	
<b>2.9</b>	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.			X	
<b>2.28</b>	<b>Dispone de las siguientes áreas:</b>				
	Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de Consulta externa en su totalidad y no por consultorio.	X			
	Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente.	X			
	Debe contar con lavamanos.	X			
	Tiene un área específica para los procedimientos que se deriven de la consulta.	X			
<b>2.5</b>	<b>En las áreas donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo:</b>				
	Los pisos son impermeables, sólidos, de	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje.				
	Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	X			
2.45	<b>Servicios extramurales:</b>				
	Áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos.			X	
<b>3. DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.					
3.1 y 3.2	Todos los equipos están incluidos en el plan de mantenimiento preventivo.	X			
	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
	Todos los equipos cuentan con hoja de vida y se registra el mantenimiento preventivo y correctivo según plan de mantenimiento.	X			
	Guías o instructivos de manejo de los equipos en idioma español.		X		
3.21 Resol 2680/ 07	<b>Para Consulta Médica y controles de enfermería:</b>				
	Camilla.	X			
	Equipo de órganos de los sentidos.	X			
	Fonendoscopio y tensiómetro.	X			
	Metro.	X			
	Termómetro.	X			
	Tabla de agudeza visual.	X			
	Balanza y/o pesabebés.	X			
	Tallímetro.	X			
	<b>Para Salud oral:</b>				
	Unidad odontológica portátil.	X			
	Instrumental básico de odontología en un número que garantice esterilización entre un paciente y otro.	X			
	<b>Para los servicios de Laboratorio clínico y Toma de muestras de</b>				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	<b>Laboratorio Clínico:</b>				
	Centrífuga.	X			
	Baño serológico.	X			
	Nevera y demás equipos, según los exámenes que realicen.	X			
	<b>Para vacunación:</b>				
	Camilla.	X			
	Nevera exclusiva para biológicos con termómetro externo, según Programa Ampliado de Inmunizaciones.	X			
	Termo según Programa Ampliado de Inmunizaciones.	X			
	Caja térmica o contenedor para transporte de biológicos en poliuretano que cumpla con las normas técnicas de la OPS/UNICEF.	X			
	Biológicos, según el Programa de Inmunizaciones que ofrezca.	X			
	Paquetes fríos suficientes para garantizar la cadena de frío.	X			
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar. 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.					
4.1	El servicio tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece.	X			
	<b>Dicho listado debe incluir Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan:</b>				
	El principio activo.	X			
	Forma farmacéutica.	X			
	Concentración.	X			
	Lote.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Fecha de vencimiento.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Presentación comercial.	X			
	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				
	Nombre genérico o marca del dispositivo.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Vida útil si aplica.	X			
	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para almacenamiento y control de fechas de vencimiento de medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio.	X			
	Se tienen identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos).	X			
	Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.	X			
<b>4.3</b>	<b>Los medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de:</b>				
	Temperatura.	X			
	Humedad.	X			
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			
	Se lleva registro.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Se hace análisis de estos registros	X			
4.4	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	X			
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento					
5.1	<b>Se tienen definidos y documentados de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio:</b>				
	Los procedimientos o	X			
	Guías clínicas.	X			
	<b>Incluye actividades dirigidas a:</b>				
	La difusión.	X			
	Revisión.	X			
	Verificación de su cumplimiento.	X			
5.2	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			
	El contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, están elaborados bajo la metodología de medicina basada en evidencia, definida por la institución.	X			
5.8	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.	X			
5.15	El servicio tiene procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
	Lo conocen y lo aplican.	X			
5.16	Manual de Bioseguridad ajustado a las características del servicio.	X			
	Proceso de esterilización que podrá	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	regirse por el Manual de Buenas Prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social.				
5.59	Debe contar con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento.	X			
	Guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.	X			
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).					
6.1	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			
	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			
6.3	Se garantiza en la Historia Clínica la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X			
6.4	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X			
6.6	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
	Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	X			
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.					
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación de cada servicio.	X			
	Realiza evaluación y seguimiento a los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta.	X			
9.2	<b>Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:</b>				
	Acceso.	X			
	Oportunidad.	X			
	Seguridad.	X			
	Pertinencia.	X			
	Continuidad.	X			
9.19	<b>Complicaciones propias de las intervenciones de prevención.</b>				
	Reacciones posvacunales.	X			

<b>CÓD.</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	Lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación entre otros.		X		
	Inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud.	X			
	Ausencia de indicaciones, información o educación al paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable.	X			
	Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad y medio ambiente.	X			
	Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados.	X			

SERVICIO Transporte Terrestre Asistencial Básico  
 CATEGORÍA Traslado  
 COMPLEJIDAD Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSOS HUMANOS</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.					
1.5	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud.			X	
1.6	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud.			X	
	La supervisión deberá ser realizada de manera permanente			X	
1.84	Auxiliar en enfermería	X			
	O tecnólogo o técnico en atención pre hospitalaria.				
	En cualquier caso, con entrenamiento certificado en soporte vital básico de mínimo 20 horas.	X			
	Conductor con <b>capacitación en primeros auxilios de mínimo 40 horas</b>	X			
<b>2. INFRAESTRUCTURA-INSTALACIONES FÍSICAS- MANTENIMIENTO</b>					

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.					
2.48Modo verificación	Debe anexar copia del certificado de la revisión técnico – mecánico de la ambulancia realizado en una serviteca autorizada, que no podrá tener una vigencia superior a un año de su expedición.	X			
	<b>Además de los requisitos de salud, deben cumplir con los que para este tipo de servicios determine la autoridad de tránsito terrestre:</b>				
	Pase de conducción.	X			
	SOAT.	X			
	Matrícula del vehículo.	X			
	Emisión de gases.	X			
TAB	<b>Carrocería:</b>				
	Tiene dos compartimentos, uno para el conductor y otro para el paciente con comunicación visual y auditiva entre sí.	X			
	Tiene acceso principal al compartimiento del paciente por la posterior con una apertura útil de mínimo 1.10 metros altura y de 0.90 metros de ancho, con mecanismo que permite el bloqueo en posición de “abierta”, con un peldaño adherido a la carrocería con acabado antideslizante para facilitar el acceso al compartimiento del paciente. (Sobre estas mediadas se autorizan variables máximas del 10 %).	X			
	El vehículo tiene en el compartimiento del paciente ventanas con vidrio de seguridad, con visibilidad únicamente de adentro hacia fuera y con dispositivo de martillo	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	o de otro tipo para fracturas.				
	Las dimensiones interiores básicas para el compartimiento del paciente para ambulancias 4x4, 4x2 y tipo Van son mínimo de 2.20m de longitud, 1.50m de ancho y 1.35 de alto. (Sobre estas mediadas se autorizan variables máximas del 10 %).	X			
	El color principal de la ambulancia debe ser visible y de fácil identificación. Se recomienda el uso del blanco como color principal (Describir color en observaciones).	X			
	En todos los lados exteriores de la carrocería incluido el techo esta la leyenda "AMBULANCIA" fabricada en material reflectivo. En el aviso de la parte anterior externa de la carrocería, la palabra "AMBULANCIA", debe tener un largo mínimo del 90% del frente del vehículo y estar escrita en sentido inverso.	X			
	En los costados y en la parte posterior del vehículo debe llevar el nombre o logotipo de la entidad a la cual pertenece, la sigla TAB o TAM según el caso y el nombre del municipio sede de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.	X			
	En los costados, puertas posteriores y en el techo de la ambulancia, tiene la "Estrella de la Vida", de color azul o verde reflectivo ó el Emblema Protector de la Misión Médica de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 1020 de 2002 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan del Ministerio de la	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Protección Social.				
	<b>Luces exteriores:</b>				
	Tiene dispositivo de señalización óptica (barra de luces) en la parte delantera y por encima del vidrio parabrisas que puede ser de tipo rotatorio, intermitente o estroboscópico, visible como mínimo a 180° y de fácil observación con la luz del día.	X			
	En la parte posterior de la carrocería del vehículo debe llevar un dispositivo de señalización óptica, que puede ser de tipo rotatorio, intermitente o estroboscópico, visible como mínimo a 180° y de fácil observación a la luz del día.	X			
	Tiene dos luces de delimitación laterales blancas fijas, distribuidas simétricamente en cada costado del vehículo.	X			
	Tiene dos luces de delimitación laterales rojas intermitentes ambas distribuidas simétricamente en cada costado del vehículo.	X			
	<b>Condiciones generales del interior del vehículo</b>				
	Con relación a los revestimientos interiores del compartimento del paciente, estos no tienen elementos afilados o cortantes, son de material lavable, con acabados no rugosos y resistentes al deterioro por agentes desinfectantes habituales.	X			
	El piso de la ambulancia es antideslizante, su unión con las paredes es hermética y se encuentra adherido al vehículo.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Con relación a la silla del acompañante, ésta es de material lavable, cuenta con cinturones de seguridad y protección para la cabeza y la espalda.	X			
	Tiene cinturones de seguridad adicionales para sostener una camilla adicional.	X			
	Con relación a la silla del personal auxiliador, ésta tiene cinturones de seguridad y protección para la cabeza y espalda.	X			
	En el compartimiento del paciente, lleva la leyenda de "NO FUME" y "USE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD".	X			
	Los gabinetes del compartimiento del paciente son livianos, de material resistente, lisos, lavables, sin bordes agudos o filos cortantes y tienen sistema de puertas de material transparente, resistente, con anclajes seguros para evitar la apertura de las puertas.	X			
	Los entrepaños de los gabinetes tienen un borde ligeramente elevado para evitar que los medicamentos y equipos se caigan cuando el vehículo esta en movimiento.	X			
	En los gabinetes llevan el nombre correspondiente y colores de Identificación para guardar los elementos de acuerdo con su especialidad, así: Azul: Sistema respiratorio; Rojo: Sistema Circulatorio; Amarillo: Pediátrico; Verde: quirúrgico y accesorios.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Los equipos de tratamiento médico están asegurados convenientemente sin detrimento de su operación.	X			
	La ambulancia tiene iluminación interior para todo el área de manejo del paciente.	X			
	Tiene lámpara desmontable que permita su utilización a distancia del vehículo.	X			
	Tiene barra pasamanos en el compartimiento del paciente fijada al techo y resistente para sostener al personal asistencial cuando el vehículo esté en movimiento.	X			
	Tiene compartimiento aislado para los cilindros de oxígeno con manómetros visibles y regulables desde el interior del compartimiento del paciente.	X			
	Los gases del tubo de escape no ingresan al interior de la ambulancia.	X			
	<b>Sistema eléctrico:</b>				
	Tiene sistema generador de energía eléctrica a partir del motor, tipo alternador, con potencia adecuada o varios de ellos, para lograr que todos los equipos funcionen de manera adecuada y en forma simultánea.	X			
	Cuenta con baterías con una capacidad mínima total de 150 Amperios.	X			
	Tiene como mínimo dos tomacorrientes del tipo "Encendedor de Cigarrillo" bien identificados en el compartimiento del paciente.	X			
	Posee convertidor de 12 voltios corriente continua a 120 voltios +/-15% de corriente alterna, con mínimo dos tomacorrientes bien identificados en el	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	compartimiento del paciente				
	Cuenta con un (1) tomacorriente en el exterior de la carrocería debidamente protegido.	X			
	Tiene cable conductor con polo a tierra y recubierto con caucho de mínimo 30 metros de longitud, con los extremos adaptados para alimentación eléctrica.	X			
	<b>Sistema sonoro y de comunicaciones:</b>				
	Tiene una sirena como sistema principal de alerta.	X			
	Cuenta la ambulancia con sistema de telecomunicaciones de doble vía, asignado exclusivamente a la ambulancia, que le permita establecer contacto con su central, base o red de coordinación. ¿Cuál? (especifique en observaciones).	X			
2.49	Debe contar con una identificación institucional.	X			
<b>3 DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.					
3.1	Los equipos que se utilizan cuentan con las condiciones técnicas de calidad, respaldo y soporte técnico-científico.	X			
3.2	Se realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos, 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.	X			
	Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	mantenimiento correctivo.				
	El mantenimiento de los equipos biomédicos se debe realizar por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	X			
TAB	<b>Dotación:</b>				
	Camilla principal con sistema de anclaje.	X			
	Camilla secundaria para inmovilización espinal.	X			
	Atril porta suero de dos ganchos.	X			
	Un tensiómetro adulto.	X			
	Un tensiómetro pediátrico.	X			
	Un fonendoscopio adulto.	X			
	Un fonendoscopio pediátrico.	X			
	Pinzas de Magill.	X			
	Tijeras de material.	X			
	Un termómetro clínico.	X			
	Una perilla de succión.	X			
	Una riñonera.	X			
	Un pato mujeres.	X			
	Un pato hombres.	X			
	Una lámpara de mano.	X			
	Una manta térmica.	X			
	Sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento de mínimo tres (3) metros cúbicos. Parte del sistema debe ser portátil para permitir el desplazamiento de las camillas manteniendo el suministro de oxígeno al paciente.	X			
	Aspirador de secreciones.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Un dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno para adultos.	X			
	Un dispositivo de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno pediátrico.	X			
	Tres cánulas orofaríngeas de diferentes tamaños.	X			
	Una máscara de no re inhalación con reservorio para adulto.	X			
	Una máscara de no re inhalación con reservorio pediátrica.	X			
	Un combitubo o máscara laríngea.	X			
	Un sistema ventury adulto.	X			
	Un sistema ventury pediátrico.	X			
	Un nebulizador.	X			
	<b>Conjunto para inmovilización que debe contener:</b>				
	Collares cervicales graduables.	X			
	Inmovilizadores laterales de cabeza	X			
	Férulas neumáticas de cartón o de plástico para el brazo, cuello, antebrazo, pierna y pie.	X			
	Vendas de algodón.	X			
	Vendas de gasa.	X			
	Vendas triangulares.	X			
	<b>Insumos:</b>				
	Guantes desechables.	X			
	Apósitos de gasa y apósitos de algodón.	X			
	Ganchos de cordón umbilical.	X			
	Sondas naso gástrico de diferentes tamaños.	X			
	Sondas de Nelatón de diferentes tamaños.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Toallas sanitarias.	X			
	Cinta de esparadrapo y cinta de microporo.	X			
	Sábanas para la camilla.	X			
	Tapabocas.	X			
	Papel higiénico.	X			
	Toalla para manos.	X			
	Jabón de manos.	X			
	Cuaderno para anotaciones y bolígrafo.	X			
	Un delantal plástico.	X			
	Cuenta con recipientes debidamente rotulados para almacenamiento de residuos peligrosos biosanitarios y corto punzantes de acuerdo con las normas vigentes.	X			
	Cuenta con gafas de bioprotección, elementos de desinfección y aseo.	X			
	<b>Cuenta con soluciones cristaloides:</b>				
	Solución salina, Harman y dextrosa.	X			
	Catéteres venosos de diferentes tamaños	X			
	Equipos de micro goteo y de macro goteo.	X			
	Un torniquete.	X			
	Jeringas desechables de diferentes tamaños.	X			
	Frascos con jabón quirúrgico, solución yodada y alcohol	X			
	Medicamentos e insumos de uso médico para administración vía parenteral del tipo: analgésicos, antiácidos, carbón activado, anestésicos locales, antihistamínicos, anticonvulsivantes, cardiovasculares, diuréticos, digestivos, electrolitos, broncodilatadores, corticoides,	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	relajantes musculares y los demás que para estos propósitos determine la institución				
	<b>Herramientas</b>				
	Un extintor para fuegos ABC, con capacidad mínima de carga de 2.26 kg. Para cada uno de los compartimentos de la ambulancia (conductor y paciente).	X			
	<b>Cuenta con un conjunto de herramientas entre las que deben estar:</b>				
	Chaleco reflectivo.	X			
	Rueda de repuesto.	X			
	Una llave de pernos o cruceta.	X			
	Una tijera corta todo.	X			
	Un gato y equipo para sustitución de ruedas.	X			
	Señales reflectivas de emergencia.	X			
	Dos tacos de madera o de otro material para bloqueo de llantas.	X			
	Un martillo.	X			
	Un juego de cables de iniciación eléctrica para batería.	X			
	Una linterna con pilas.	X			
	Destornilladores.	X			
	Un alicate.	X			
	Una palanca patecabra.	X			
	Llaves de boca fija.	X			
	Una cuerda estática con anchos para tracción.	X			
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS - GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar: 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.					
4.1	El servicio tiene un listado que	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece.				
	<b>Dicho listado debe incluir Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya</b>				
	El principio activo.	X			
	Forma farmacéutica.	X			
	Concentración.	X			
	Lote.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Fecha de vencimiento.	X			
	Presentación comercial.	X			
	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya Según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituya:</b>				
	Nombre genérico o marca del dispositivo.	X			
	Presentación comercial.	X			
	Registro sanitario.	X			
	Vida útil si aplica.	X			
	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para almacenamiento y control de fechas de vencimiento de medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio.	X			
4.3	<b>Los medicamentos, y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice el servicio, se almacenan bajo condiciones apropiada para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante de:</b>				
	Temperatura.		X		
	Humedad.		X		
	Se cuenta con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.		X		
	Se lleva registro de estas variables.		X		

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Se realiza análisis de estos registros		X		
4.4	Se tienen definidas normas y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	X			
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.					
5.1	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio.	X			
	Incluye actividades dirigidas a la difusión, revisión y verificación de su cumplimiento.	X			
5.2	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			
5.3	Cuenta con los 12 procedimientos de enfermería más frecuentes.	X			
5.12	Cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma.	X			
5.15	El servicio debe tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	X			
5.16	<b>Cuenta con manual de.</b>				
	Buenas prácticas de esterilización.	X			
	Bioseguridad.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5.35	Dispone de Guías de manejo de urgencias.	X			
	Guías para el transporte de pacientes, terrestre.		X		
5.36	Guías básicas de atención médica pre hospitalaria.	X			
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).					
6.7	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			
6.15	Deberá contar con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio.	X			
6.15	<b>Deberá contar con un registro con:</b>				
	Nombre de los pacientes atendidos o trasladados.	X			
	Fecha.	X			
	Hora.	X			
	Origen y destino del servicio.	X			
	Tipo de servicio.	X			
	Nombre del personal que atiende el servicio.	X			
	Evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	servicio.				
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativos necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos					
7.8	Cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.	X			
7.15	Cuenta con sistema de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia.	X			
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.					
8.1	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud, definidos como prioritarios.					
9.1	Tiene definidos los riesgos inherentes a la prestación del servicio.	X			
	Realiza evaluación y seguimiento a los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta.	X			
9.5	Evalúa sistemáticamente las defunciones y complicaciones ocurridas durante el transporte.	X			

SERVICIO  
CATEGORÍA  
COMPLEJIDAD

Servicio Farmacéutico  
Apoyo Diagnostico Y Complementación Terapéutica  
Baja

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
<b>1. RECURSO HUMANO</b>					
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.					
1.4	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales son suficientes a la capacidad instalada y la demanda de atención para el servicio registrado.	X			
1.5	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud.			X	
	Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.			X	
1.6	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.			X	
1.37 y Decreto 00/05	<b>Hospitalario:</b> Químico farmacéutico o tecnólogo en regencia de farmacia de carácter presencial.	X			
	<b>Ambulatorio:</b> Tecnólogo en regencia de farmacia o dado el caso: <b>(Parágrafo 2º. Art. 9º)</b> Un Químico			X	

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Farmacéutico podrá dirigir dentro de la red de su institución un número máximo de cinco (5) servicios farmacéuticos ambulatorios donde haya dispensación de medicamentos, los que deberán encontrarse ubicados en una zona geográfica de una ciudad, municipio, distrito o provincia que pueda ser efectivamente cubierta por dicho profesional, con auxiliar en el servicio farmacéutico de carácter presencial.				
<b>Resolución 1478 Art 41</b>	<b>Si maneja Medicamentos de Control Especial:</b> El Servicio Farmacéutico Dependiente de Baja complejidad estará bajo la dirección: Químico Farmacéutico o Tecnólogo en Regencia de Farmacia.	X			
<b>Art 43</b>	Prohibición de Designación las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud no podrán designar como director del Servicio Farmacéutico hospitalario de baja complejidad a un Auxiliar en Servicios Farmacéuticos, cuando exista disponible en el área o un área adyacente cercana un Tecnólogo en Regencia de Farmacia o un Químico Farmacéutico.	X			
<b>Art 46</b>	Los directores técnicos funcionarán diariamente en un horario suficiente para satisfacer la demanda de servicios de los usuarios. El tiempo mínimo de permanencia sin excepción será de ocho (8) horas diarias. Sin embargo, las entidades podrán prestar servicio nocturno, debiendo contar con la presencia permanente de su director técnico o de un trabajador de la misma, debidamente capacitado y entrenado, encargado por dicho director y bajo su responsabilidad.	X			
<b>Decreto 2200/05 Art. 8</b>	<b>(Parágrafo)</b> El servicio farmacéutico es un servicio asistencial y no podrá, en ningún caso, depender de la división administrativa de la institución dedicada al suministro de	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	bienes.				
<b>Decreto 2200/05 Art 9</b>	<b>(Parágrafo)</b> Contará con personal de las calidades señaladas en la normatividad vigente para el ejercicio de cada cargo y en número que garantice el cumplimiento de los procesos propios de dicho servicio que se adelanten en la institución.	X			
<b>2. INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.					
<b>Art 8 Decree 2200 /05</b>	Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades y/o procesos que se realicen y personas que laboren”. Esta estructura física se determina en el modelo de gestión de servicio farmacéutico, atendiendo a la naturaleza de la actividad y/o proceso que se realice.	X			
	Área exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias.	X			
	Garantiza un sistema de ventilación natural y/o artificial de forma que conserve la vida útil de los productos farmacéuticos y afines.	X			
	Garantiza Condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante.	X			
	Así mismo debe llevar los registros permanentes de estas variables y (Análisis).	X			
	Utilizando para ello termómetros, higrómetros o instrumentos que cumplan con dichas funciones, respectivamente.	X			
	Pisos- Los pisos deben ser de material impermeable, resistente y contar con un sistema de drenaje que permita su fácil lavado y limpieza.	X			
	Paredes- Las paredes y muros deben ser impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Techos - Los techos y cielo-rasos deben ser resistentes y de fácil lavado y limpieza.	X			
	Iluminación - Debe poseer un sistema de iluminación natural o artificial que permita la conservación adecuada e identificación de los medicamentos y un buen manejo de la documentación.	X			
	Cuenta con áreas que garantizan las buenas prácticas de manufactura exigidas para tal fin, en caso de que se haga:				
	Reenvase,			X	
	Re empaque,			X	
	Preparaciones magistrales,			X	
	<b>Cuenta con medicamentos de control especial</b>	SI ( X ) NO ( )			
	Sistema de almacenamiento de medicamentos de control especial:				
	Estará ubicada en un área debidamente adecuada y de dimensiones determinadas por el volumen de las actividades y/o procesos que realicen.	X			
	Será independiente, diferenciada y señalada	X			
	Debe permanecer limpia y ordenada	X			
	Se almacenarán de acuerdo con la clasificación farmacológica y orden alfabético.	X			
	Debe mantenerse bajo estrictas condiciones de seguridad.	X			
	<b>Comunicaciones:</b> Contarán básicamente con los medios de comunicación siguientes:				
	Servicio de teléfono,	X			
	Servicio de fax o transmisión electrónica de datos e Internet.	X			
	Tiene autorización por la Dirección Seccional de Salud con Resolución (N°).	X			
	Si se trata de servicios ambulatorios pueden ser Independientes o pertenecer a una IPS.			X	
<b>Decreto 1011/06</b>	<b>NOTA:</b> Si el servicio fue remodelado o es una construcción nueva (después del 1 de			X	

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	Noviembre/02) debe cumplir con lo establecido en la Resolución 4445/96.				
<b>3 DOTACIÓN – MANTENIMIENTO</b>					
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador					
3.1	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	X			
3.2	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique.	X			
	Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	X			
	Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.			X	
3.45  <b>Decreto 2200 /05 Art 8</b>  <b>Modo de verificación</b>	<b>Contar con una dotación constituida por:</b>				
	Equipos,	X			
	Instrumentos,	X			
	Bibliografía,	X			
	Materiales y muebles necesarios para la clasificación, almacenamiento y dispensación de los medicamentos, para la realización de los procesos que ofrezcan.	X			
	Para el almacenamiento de insumos: Nevera exclusiva. (indagar por sistema alternativo de energía y en caso de no contar con este, un plan alternativo)	X			
<b>4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>					
Estándar: 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.					

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
4.1	El servicio tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece.	X			
	<b>Dicho listado debe incluir Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</b>				
	El principio activo,	X			
	Forma farmacéutica,	X			
	Concentración,	X			
	Lote,	X			
	Registro sanitario,	X			
	Fecha de vencimiento y	X			
	Presentación comercial,	X			
	<b>Para dispositivos médicos un listado que incluya:</b>				
	Nombre genérico o marca del dispositivo,	X			
	Presentación comercial,	X			
	Registro sanitario,	X			
	Vida útil si aplica	X			
	Clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.	X			
	Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición.	X			
	Se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.	X			
Se tienen identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos).	X				
Se tienen definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.	X				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
4.2	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de fármaco vigilancia y tecno vigilancia.	X			
4.3	<b>Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de:</b>				
	Temperatura,	X			
	Humedad,	X			
	Ventilación,	X			
	Segregación y	X			
	Seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante	X			
	Se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento.	X			
	Y las fechas de vencimiento.	X			
4.4	En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			
	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos.	X			
4.4	En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
4.5	<b>En caso de elaborar</b> Preparaciones magistrales, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.			X	
<b>5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>					
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.					
5.1	Se tienen definidos y documentados los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades (para su difusión, revisión) dirigidas a verificar su cumplimiento.	X			
	Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.	X			
5.2	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.	X			
<b>Artículo 15 Decreto 2200/05</b>	<b>Procesos generales, incluyen como mínimo:</b>				
	Selección,	X			
	Adquisición,	X			
	Recepción	X			
	Almacenamiento	X			
	Distribución y Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos	X			
	Participación en grupos interdisciplinarios;	X			
	Información y educación al paciente y la comunidad sobre uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos;	X			
Destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.	X				

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	<b>Procesos especiales incluyen como mínimo:</b>				
	Atención farmacéutica;	X			
	Farmacovigilancia	X			
	Preparaciones: magistrales,			X	
	Adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas;			X	
	Re empaque; reenvase;			X	
	Participación en programas relacionados con medicamentos y dispositivos médicos;	X			
	Realización o participación en estudios sobre el uso de medicamentos y dispositivos médicos,	X			
	Demanda insatisfecha,	X			
	Uso de antibióticos, farmacia clínica y cualquier tema relacionado de interés para el paciente, el servicio farmacéutico, las autoridades y la comunidad; monitorización de medicamentos;	X			
	Preparación de guías para la donación o aceptación de donaciones de medicamentos y dispositivos médicos.			X	
<b>Artículo 18</b>	Los servicios farmacéuticos del primer nivel de complejidad podrán adoptar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, sometiéndose a las condiciones, criterios y procedimientos establecidos en la normatividad vigente y los que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.			X	
<b>Artículo 22</b>	Comité de Farmacia y Terapéutica. Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán colocar en funcionamiento el Comité de Farmacia y Terapéutica:				
	Se encuentra conformado de acuerdo a la norma.	X			
	Cumple con las funciones.	X			
	Es operativo.	X			
<b>5.15</b>	Los servicios deben tener procesos	X			

CÓD.	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
	documentados para el manejo interno de desechos.				
5.16	<b>Cada servicio deberá contar con un manual de</b>				
	Manejo de residuos hospitalarios	X			
	Descripción del uso y el reúso de dispositivos médicos	X			
	O adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.				
<b>6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES – NO APLICA</b>					
<b>7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA</b>					
<b>8. REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES – NO APLICA</b>					
<b>9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
Estándar: Se tienen definidos procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos propios de la prestación de servicios de salud, definidos como prioritarios.					
9.1	<b>Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño operacionalización de indicadores. Lo cual implica:</b>				
	✓ La ficha técnica del indicador.	X			
	✓ La estandarización de las fuentes.	X			
	✓ La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.	X			
9.14	<b>Complicaciones terapéuticas medicamentosas secundarias a:</b>				
	✓ Entrega de medicamentos o instrucciones diferentes a lo ordenado por el profesional tratante,	X			
	✓ eficacia reducida o nula o toxicidad por desnaturalización del medicamento,		X		
	✓ formulación por profesional no autorizado para la formulación		X		
	✓ resistencia antibiótica,		X		
	✓ efectos adversos innecesario o evitables,	X			
	✓ enmascaramiento de cuadros clínicos.		X		

**Anexo 2** Calificación cualitativa de los estándares para el cumplimiento del PAMEC.

<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
La institución ha definido la persona responsable para liderar la implementación del PAMEC.	X			
La institución ha definido el equipo para la implementación PAMEC.	X			
La institución cuenta con un cronograma para formular y desarrollar el PAMEC de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social.	X			
La institución está desarrollando programas de capacitación a sus funcionarios en el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.	X			
Conoce el gerente y su equipo directivo el programa de auditoría.	X			
<b>AUTOEVALUACIÓN</b>				
La institución ha identificado los problemas de la calidad realizando la autoevaluación con base en: Estándares del Sistema Único de Acreditación. Seguimiento a riesgos. Eventos adversos. Sistema de información para la calidad Resolución 1446/2006.	X			
<b>SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR</b>				
La institución cuenta con sus procesos documentados.	X			
La ESE cuenta con un mapa de procesos.	X			
La institución cuenta con el listado de los procesos que son factibles de intervenir incluyendo estratégicos, misionales y de	X			

CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
apoyo.				
La selección de procesos se hizo de forma participativa.	X			
<b>PRIORIZACIÓN DE PROCESOS</b>				
La institución realizó la Priorización de los procesos a mejorar utilizando metodologías de tipo técnico (Matrices de Priorización – Jerarquización – Pareto- Otros).	X			
La ESE cuenta con el listado de los procesos priorizados, teniendo como base los procesos que más problemas de calidad presentaron en la autoevaluación.	X			
<b>DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA</b>				
La institución ha definido los estándares de calidad esperada para cada proceso prioritario.	X			
La institución ha definido los indicadores para cada uno de los procesos prioritarios.	X			
Los indicadores definidos son pertinentes y permiten evaluar la tendencia de los resultados acordes con los problemas de calidad identificados.	X			
Cada uno de los indicadores definidos cuenta con ficha técnica.	X			
<b>MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS</b>				
La institución realiza seguimiento a indicadores definidos en la etapa anterior.	X			
La institución tiene documentado el procedimiento de auditoría.	X			
La institución cuenta con la programación de auditorías (cronograma de auditorías).	X			
Las auditorías del cuentan con el plan de auditoría.	X			
La institución ha realizado auditorías internas de acuerdo con la programación de auditorías.	X			
La institución cuenta con los informes de auditoría.	X			
<b>PLAN DE ACCIÓN PARA LOS PROCESOS SELECCIONADOS</b>				

<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
¿La institución identifico las causas que afectan los problemas de calidad? Identificados a través de: Evaluación de indicadores. Auditorías.	X			
La institución ha realizado el análisis de causas que afectan los logros de los resultados esperados evidenciados a través de: Evaluación de indicadores. Informes de auditorías. Se tiene documentado el plan de acción basado en la metodología 5W 1H.	X			
Las actividades planificadas y desarrolladas son coherentes y tienden a impactar las causas que generan los problemas.	X			
El plan de acción fue construido con la participación de los funcionarios de cada uno de los procesos priorizados.	X			
El personal de la institución conoce el plan de acción.	X			
<b>EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN</b>				
Se cuenta con el respaldo y apoyo decidido de los niveles directivos de la organización.	X			
La institución ha realizado actividades de comunicación interna del plan de acción.	X			
La institución ha realizado actividades de capacitación y entrenamiento que garanticen la ejecución del plan de acción.	X			
La institución está ejecutando el plan de acción de acuerdo con lo programado.	X			
Se están realizando acciones de seguimiento y monitorización a las actividades planteadas en el plan de acción teniendo en cuenta: La meta a lograr. Actividades planteadas. Problemas que se presentaron.	X			
<b>EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO</b>				
En la institución se realiza seguimiento al cumplimiento del plan acción por lo menos cada tres meses.	X			

<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Se tiene espacios para hacer seguimiento al plan de acción.	X			
La institución evalúa en forma sistemática y documentada el análisis de las brechas entre la calidad esperada y la calidad observada acompañada de la toma de decisiones.	X			
<b>APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL</b>				
La institución ha tomado las decisiones tendientes a establecer controles periódicos y seguimiento permanente para prevenir que se produzca nuevamente la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.	X			
La institución de acuerdo con los resultados obtenidos nuevamente ha: Estandarizado los procesos. Re-entrenado el personal.	X			

**Anexo 3** Calificación cualitativa de los estándares del Sistema de Información

<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
La institución ha definido el equipo o persona responsable del sistema de información para la calidad en lo relacionado con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolección de la información.</li> <li>• Tabulación de la información.</li> <li>• Análisis de la información.</li> <li>• Reporte de la información.</li> </ul>	X			
La institución ha definido los indicadores de calidad de monitoreo del sistema, monitoreo interno y monitoreo externo.	X			
Los indicadores de calidad de obligatorio cumplimiento están relacionados con: La normatividad vigente y los servicios que presta la institución.	X			
Se cuenta con indicadores que permitan evaluar la: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad.</li> <li>• Oportunidad.</li> <li>• Pertinencia.</li> <li>• Calidad técnica.</li> <li>• Gerencia del riesgo.</li> <li>• Satisfacción del usuario.</li> </ul>	X			
Cada uno de los indicadores definidos cuenta con la ficha técnica.	X			
La institución realiza la medición de los indicadores de acuerdo con la periodicidad establecida en la ficha técnica.	X			
La institución evalúa en forma sistemática los resultados de los indicadores de acuerdo con lo establecido en la ficha técnica.	X			
La institución ha documentado el análisis de	X			

<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
las brechas encontradas entre la calidad observada y la calidad esperada.				
La institución ha definido los eventos adversos.	X			
La institución realiza vigilancia al comportamiento de los eventos adversos.	X			
La institución ha realizado el análisis de las causas que generan las brechas entre los resultados observados y las metas esperadas.	X			
Se toman decisiones que permitan establecer los correctivos pertinentes de acuerdo con los resultados de los indicadores.	X			
Se tiene documentado el plan de acción.	X			
La institución esta ejecutado el plan de acción de acuerdo con lo programado.	X			
La institución está realizando seguimiento a la efectividad del plan de acción implementado.	X			
Las actividades planificadas garantizan la eliminación de las causas que afectan las metas esperadas con relación a los resultados de los indicadores.	X			
Se tiene espacios para hacer la evaluación de los indicadores y el seguimiento al plan de acción.	X			
La institución cuenta con herramientas para el control de indicadores. Tablero de control con información actualizada. Gráficos de tendencias.	X			
La institución está realizando los reportes de la información a los entes de control de acuerdo con la periodicidad establecida.	X			

[Anexo 4 Calificación para las variables cualitativas ordinales de los estándares del Sistema Único de Acreditación.](#)

**Anexo 5** Consolidado de fortalezas y oportunidades de mejoramiento frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación.

ESTÁNDAR	CALIF	FORTALEZAS	EVIDENCIA- ANEXOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
<b>ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL</b>				
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	2,00	<p>La ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa del municipio de Caicedo es una empresa en la que se le garantiza a cada paciente el respeto por sus derechos universales e irrenunciables, brindándole la consideración y atención que merece como ser humano.</p> <p>Los deberes y derechos están incluidos y aprobados dentro del plan de desarrollo de la empresa y código de ética</p>	<p>Los derechos y deberes de los pacientes se encuentran consignados dentro del código de ética institucional y hacen parte de la plataforma estratégica y del plan de desarrollo de la empresa.</p> <p>Se cuenta con los derechos y deberes impresos para entregar a los pacientes.</p>	Lograr un mayor empoderamiento del usuario externo frente al proceso, aun se evidencian actitudes de los usuarios que no están acordes a lo establecido en los deberes y derechos de los mismos.
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.	2,00	<p>La organización ejecuta un plan de capacitaciones para el usuario interno en el que se incluye capacitación sobre el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes y el código de ética.</p> <p>Se efectúan evaluaciones periódicas a los funcionarios sobre los deberes y derechos de los usuarios.</p>	<p>Listados de asistencia a capacitaciones con la respectiva evaluación de la capacitación a los usuarios internos.</p> <p>Reporte de evaluaciones periódicas a los funcionarios sobre los deberes y derechos de los usuarios.</p> <p>Encuestas de satisfacción a los usuarios que incorpora el</p>	Incrementar el número de capacitaciones a los usuarios internos sobre el tema y establecer metodologías aun más didácticas para facilitar la comprensión del tema.

		Además está por norma incluido en cada uno de los procesos misionales, la obligación de dar a conocer a los usuarios sus derechos y deberes. Se hace auditoría sobre el cumplimiento de esta norma, así mismo se evalúa la comprensión del paciente sobre este tema.	conocimiento sobre los deberes y derechos, los resultados de auditorías efectuadas a los funcionarios encargados de los procesos misionales.	
<b>ACCESO</b>				
3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.	1,90	<p>Se cuenta con un proceso general atención al cliente para todo paciente que ingresa a la institución, en este se especifican los pasos que debe seguir el usuario dentro del servicio específico. Este proceso es comunicado a los usuarios por cada uno de los funcionarios encargados de la parte asistencial.</p> <p>Para el proceso de hospitalización el personal de enfermería les informa a los usuarios del servicio como se efectúa el proceso atención y las recomendaciones y cuidados que debe tener para su ingreso.</p>	<p>En el manual de procesos de la institución y el mapa de procesos, se encuentra el proceso de atención.</p> <p>Se cuenta con la guía de recibimiento del paciente hospitalizado.</p> <p>Se efectúa divulgación a los usuarios internos de la institución sobre el proceso y se efectúa el proceso de auditoría y plan de mejoramiento para las no conformidades halladas.</p> <p>Listados de asistencia a capacitaciones con la respectiva evaluación de la capacitación a</p>	Aumentar el número de capacitaciones sobre este tema al usuario interno y realizar las respectivas evaluaciones analizando el impacto en el usuario externo.

			los usuarios internos.	
REGISTRO E INGRESO				
4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.	1,80	<p>Los funcionarios de la empresa informan a los clientes sobre los requisitos necesarios para la admisión en cada servicio y lo necesario para su atención y tratamiento según lo descrito en el proceso general de admisión de la empresa.</p> <p>Se crearon canales de comunicación con los usuarios para que estos identifiquen los funcionarios de la empresa entre estos están la página Web de la institución, donde se encuentran identificados los funcionarios de la institución y su especialidad.</p> <p>Cada uno de los funcionarios se</p>	<p>El manual de procesos presenta un proceso general de admisión y preparación del paciente, de igual forma en el mapa de procesos y en el manual se muestran los tres macro procesos de la institución: los procesos misionales, los de apoyo y los procesos directivos. En los procesos misionales se especifica para cada área como es el proceso de admisión, además dentro del subproceso de atención de urgencias se consigna la realización del triage para la atención de los pacientes.</p> <p>La organización para facilitar el</p>	<p>Se hace necesario crear un mecanismo de identificación de los usuarios visitantes en el área de hospitalización, de igual forma de aquellos funcionarios externos a la empresa que vienen a efectuar una labor determinada dentro de la misma.</p> <p>Es necesario establecer un mecanismo de priorización de los usuarios no solo para el área de urgencias</p>

		<p>encuentra debidamente identificado y en cada uno de los procedimientos asistenciales se encuentran especificada como actividad importante la presentación del funcionario ante el usuario.</p>	<p>ingreso y atención de los usuarios cuenta con funcionarios identificados por medio del carné institucional.</p> <p>El flujo gram de los procesos, guía de recibimiento de los pacientes hospitalizado, hacen parte de la evidencia de este proceso.</p>	<p>sino también para el de consulta externa.</p>
<p>5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.</p>	<p>1,40</p>	<p>Cada uno de los usuarios de la institución y sus familiares son informados por los empleados de la organización sobre cómo se realiza su atención y el personal que puede contactar en cada uno de los servicios según lo descrito en el manual de hospitalización.</p> <p>Esta información es suministrada de forma verbal y escrita, por medio de volantes informativos y a través de la página web de la empresa.</p> <p>El personal está capacitado para desarrollar el proceso de consentimiento informado y retiro voluntario.</p>	<p>La ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa cuenta con un proceso de información tanto para el paciente como para su familia que se encuentra consignado dentro del manual de procesos, en el se provee información acerca del personal que puede contactar.</p> <p>Mediante la identificación de cada uno de sus funcionarios, el listado de los mismos y los horarios de servicios en lugares visibles se facilita el proceso de registro e ingreso.</p> <p>Esta información también se</p>	<p>Mejorar los canales de comunicación interpersonales entre pacientes y funcionarios de la institución para que la información sobre su atención y tratamiento sea más efectiva.</p> <p>Es necesario fortalecer todo lo relacionado con el manejo de las pertenencias de los usuarios, así mismo realizar evaluación post venta de la información</p>

	<p>De igual forma la política de calidad y la política de venta en el servicio de farmacia son divulgadas a los usuarios por los funcionarios y colocadas en lugar visible de la empresa y de fácil acceso.</p>	<p>puede conseguir en los volantes informativos de la organización.</p> <p>Está descrito el proceso de consentimiento informado en el manual de procesos.</p> <p>Se encuentra el manual de recibimiento del paciente hospitalizado.</p> <p>El manejo adecuado de las pertenencias de los pacientes es otra de las actividades que se encuentra registrada en el manual de seguridad del usuario. Toda esta información es transmitida a los usuarios externos e internos de la institución mediante capacitaciones y evaluaciones periódicas de las mismas así como actualizaciones y revisiones de los procesos.</p> <p>Se difunden videos y volantes sobre los derechos y deberes de los usuarios y sobre información</p>	<p>suministrada a los usuarios después de la atención en la institución.</p>
--	---	---	--

			relevante de la institución.  Todo lo anterior se evalúa mediante auditorías internas y también con la encuesta de satisfacción al usuario externo.	
6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Está evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario.	1,90	La evaluación de las necesidades del usuario se realiza al usuario hospitalizado dentro de las rondas interdisciplinarias, en donde se pregunta al usuario por sus necesidades y expectativas de información, se evalúa así mismo el conocimiento del usuario frente a su patología y se aclaran dudas respecto a la forma de tratamiento y resultados del mismo. Todo lo anterior se encuentra consignado dentro del modelo de atención del usuario.  En los procesos y procedimientos de consulta externa, urgencias y apoyo diagnóstico se encuentra consignada como actividad fundamental del procedimiento, el suministrar información al usuario frente a su enfermedad, forma de	Encuestas de satisfacción de los usuarios manual de procesos, plan de capacitaciones, plan de auditorías y proceso de visitas domiciliarias.  Actas de capacitaciones.	Ampliar el número de auditorías a las historias clínicas de los pacientes y al comité encargado de la revisión de las mismas, con el fin de verificar la realización adecuada de los procedimientos.

	<p>tratamiento y resultados del mismo.</p> <p>Con las encuestas de satisfacción del usuario se evalúa la educación dada al paciente, sobre los aspectos relacionados con el conocimiento de su patología, forma de tratamiento de su enfermedad y expectativas del resultado de su tratamiento.</p> <p>La información de las encuestas es recopilada de forma mensual y analizada realizando planes de mejora al incumplimiento de metas establecidas.</p> <p>Mediante las visitas domiciliarias se realiza la evaluación del tratamiento y de la educación brindada al paciente verificando si se cumplen las indicaciones efectuadas por el personal de la empresa.</p> <p>La evaluación de los usuarios es realizada por profesionales certificados que son sometidos a un proceso de selección, antes de su contratación, en donde se realiza la</p>		
--	--	--	--

		<p>verificación de certificados de estudio y experiencia profesional acorde al procedimiento de selección consignado en el manual de procesos y procedimientos.</p> <p>Existe dentro de la empresa un espacio dedicado a la actualización y revisión de temas bibliográficos y casos clínicos que son evaluados de forma periódica con el fin de mantener actualizados a los profesionales de la institución, así mismo estos profesionales son enviados a seminarios, cursos, diplomados y congresos entre otros lo que facilita un reentrenamiento continuo del personal, todo lo antes mencionado contemplado en el plan de capacitaciones institucional.</p>	
7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere	1,00	Cuando un paciente por su patología y por indicación estricta del médico, ya sea por el servicio de consulta externa o urgencias, requiere técnicas especiales de aislamiento para el tratamiento de su enfermedad, es transferido al servicio de hospitalización donde el	<p>Las técnicas de aislamiento de un paciente que así lo requiera por su patología se encuentran descritas en las guías de enfermería de la empresa y en el manual de procesos, además estos procedimientos son conocidos por los funcionarios de</p> <p>Mejorar la infraestructura del área de aislamiento ya que está no cumple con las condiciones necesarias para el manejo del usuario hospitalizado.</p>

<p>técnicas especiales de aislamiento.</p>	<p>personal asistencial ejecuta el plan de tratamiento definido por el médico, todo este proceso es efectuado teniendo presente la dignidad del paciente y garantizando el respeto por sus derechos.</p> <p>El plan de tratamiento y su ejecución se hace según lo establecido en los protocolos de atención médica para cada patología haciendo las anotaciones pertinentes en la historia clínica.</p> <p>El cuerpo médico periódicamente se reúne para analizar la terapéutica empleada para el tratamiento de la patología en cuestión y determinar la efectividad de los procedimientos realizados.</p> <p>Finalmente se hacen auditorías internas para evaluar tanto historias clínicas como los procesos de hospitalización verificando así su estricto cumplimiento.</p> <p>El usuario aislado es remitido a un</p>	<p>la institución por medio de capacitaciones constantes y son evaluados mediante auditorías.</p>	<p>Mayor capacitación al personal de enfermería y de aseo sobre el manejo de esta área.</p>
--	---	---	---

		nivel mayor de complejidad debido al nivel de atención de la empresa.		
<b>PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO</b>				
8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.	1,90	<p>La empresa cuenta con guías de práctica clínica elaboradas por los profesionales de la salud de la organización, éstas guías son basadas en la evidencia y se evalúan y actualizan cada dos años.</p> <p>Se provee al usuario información sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos planteados, está información es suministrada por el personal asistencial quienes son los encargados de diligenciar los formatos; sumado a esto, la planeación cuidado y tratamiento se realizan de acuerdo a las guías de práctica clínica y guías de enfermería.</p> <p>Se interroga al paciente si está de acuerdo o no con la terapéutica planteada por el personal asistencial para la recuperación de su salud, teniendo especial cuidado si realmente comprendió lo planteado</p>	<p>La planeación cuidado y tratamiento del paciente están descritos en las guías tanto de práctica clínica como de enfermería, las cuales se actualizan de manera permanente.</p> <p>El proceso de actualización se encuentra descrito en el manual de procesos y modelo de elaboración y actualización de las guías de práctica clínica.</p> <p>Las guías son conocidas por el personal médico y de enfermería y se efectúa evaluación de las mismas.</p> <p>Las capacitaciones y evaluaciones sobre las guías están contempladas en el plan de capacitaciones de la organización.</p>	<p>Realizar evaluación de conocimientos a los profesionales que efectúan actividades de capacitación externa.</p> <p>Es indispensable realizar auditoría de adherencia a las guías de práctica clínica así como de resultado de la aplicación de las guías.</p>

	<p>por éstos.</p> <p>Se diligencia el formato de consentimiento informado si voluntariamente decide aceptar dicho plan de tratamiento, en caso de no estar de acuerdo se diligencia el formato de retiro voluntario enfatizando sobre los posibles riesgos de no someterse a los procedimientos para recuperar su salud, de tal forma que el usuario pueda tomar decisiones informadas. Toda esta información queda consignada en la respectiva historia clínica.</p> <p>Cuando el paciente egresa de la institución siempre se le aplica la encuesta de satisfacción, la cual es efectuada por funcionarios de la oficina de atención al usuario que posteriormente analizan en el respectivo comité la información de dichas encuestas y se plantean posibles correctivos en caso de ser necesario.</p>	<p>Se encuentra definido el proceso consentimiento informado y retiro voluntario.</p> <p>Se efectúa auditoría a la historia clínica.</p>	
--	---	--	--

		Finalmente se efectúa el proceso de auditoría a las actividades relacionadas con este ítem con el fin de verificar si se está realizando correctamente este procedimiento y en caso de ser necesario se solicitan acciones correctivas y planes de mejoramiento.	
9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones.	1,80	<p>Una vez ingresa a la institución, el usuario es ubicado en el área correspondiente a su atención y le son mostradas las instalaciones en las cuales va a permanecer hasta el momento de su egreso de la empresa.</p> <p>Se le indica al usuario a quien puede consultar en caso de necesitar información adicional acerca de su estancia; este proceso se encuentra descrito en el manual de procesos y en la guía de recibimiento del paciente hospitalizado.</p> <p>Dentro del manual de procesos se encuentran descritos los aspectos relacionados con actividades lúdicas para infantes, adolescentes y</p>	<p>Todas estas actividades se encuentran identificadas en las guías de práctica clínica y en el manual de procesos de la institución, los cuales son revisados y actualizados permanentemente.</p> <p>Se deja constancia en la historia clínica del usuario de las atenciones efectuadas.</p> <p>Cada usuario hospitalizado es identificado a través de una manilla se le explica la importancia de esta durante todo el proceso de atención.</p> <p>Sensibilizar al usuario interno sobre la importancia de la realización de las actividades lúdicas y recreativas como parte integral del tratamiento del paciente hospitalizado.</p> <p>Es importante diseñar e implementar todo lo relacionado con la guía de dietas terapéuticas la cual hace parte importante de la planeación del cuidado y tratamiento.</p> <p>El médico debe ser el</p>

	<p>actividades especiales para pacientes de la tercera edad.</p> <p>La organización cuenta con los materiales necesarios para el desarrollo de las actividades lúdica a los usuarios, se lleva registro de todas las actividades realizadas. Todas estas acciones son desarrolladas por el personal asistencial durante la estancia de los pacientes en la institución y se realizan de acuerdo a las necesidades del paciente como parte del proceso de recuperación de la salud.</p> <p>Sumado a lo anterior, el personal asistencial del área específica efectúa el proceso de orientación al paciente y a su familia, de acuerdo con la evolución de su enfermedad, explicándole todos los pormenores acerca de la patología que le están tratando y la evolución de la misma, así como los posibles cambios que puedan suceder en el tratamiento inicialmente planteado.</p>	<p>encargado de diseñar la dieta de acuerdo a las guías institucionales.</p> <p>El hospital no cuenta con un servicio de alimentación.</p>
--	---	--

		<p>Los funcionarios de la institución encargados del paciente brindan apoyo emocional tanto al paciente como a su familia con el fin de motivar en la recuperación de la patología.</p> <p>En las guías de enfermería se especifican la planeación de partos y cuidados del recién nacido que se inicia con el ingreso de la paciente al servicio, donde es valorada por el médico quien de inmediato la remite al servicio de hospitalización, una vez allí, la enfermera de turno hace planeación del parto y prepara todo lo necesario para la atención del mismo. Cuando nace el bebe inicia la atención de los cuidados del recién nacido de acuerdo a lo definido en las guías de atención.</p>		
<p>10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad.</p>	<p>1,90</p>	<p>La empresa cuenta con una política de calidad y de confidencialidad que ha sido difundida a todo el personal de la institución por medio de capacitaciones constantes.</p>	<p>Política de confidencialidad, política de calidad, historias clínicas. Infraestructura de la empresa</p>	<p>Realizar de forma periódica inducción y re inducción al personal asistencial para que garanticen al usuario externo la privacidad</p>

	<p>Los consultorios, urgencias, hospitalización y área de laboratorio garantizan la privacidad en la atención, de esta manera los pacientes al ser examinados tienen la posibilidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.</p> <p>Es de anotar que el servicio de hospitalización posee habitaciones con separaciones y con baño privado y el servicio de urgencias cuenta con tres espacios individuales para la atención: sala de procedimientos, sala de observación y sala de consulta. Además por norma, en la institución, el personal está obligado a cuidar de la privacidad y la dignidad de los pacientes y toda la información concerniente a los procedimientos realizados quedan consignadas en la historia clínica.</p>		<p>durante la utilización de los servicios.</p> <p>Es importante adecuar el área de odontología de manera que se garantice la privacidad de los usuarios atendidos.</p>
--	---	--	---

<p>11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.</p>	<p>1,80</p>	<p>El manual de suministros de la empresa contiene la información necesaria para el adecuado manejo de los medicamentos de la institución y la reposición de los mismos.</p> <p>El encargado del área de farmacia realiza la revisión de los pedidos de medicamentos y material médico quirúrgico, en los aspectos técnicos y administrativos, de acuerdo a la existencia mínima de inventarios. Toda esta información es sistematizada y evaluada dentro del proceso de gestión de proveedores. El resultado de las evaluaciones es enviado a cada proveedor con el fin de mejorar los procesos.</p> <p>Las guías de práctica clínica contienen los medicamentos y cuidados para tratar cada patología según la necesidad del paciente.</p> <p>El regente de farmacia por medio del software de historias clínicas recibe en su dependencia el plan</p>	<p>Guías de práctica clínica , guías de enfermería, volantes sobre el adecuado manejo de los medicamentos, manual de suministros, manual de proceso, manual de riesgos e indicadores, actas de comité de farmacia y terapéutica , historias clínicas donde se detallan planes farmacológicos de tratamientos.</p>	<p>Mayor desarrollo del programa de vigilancia farmacológica que permite identificar los posibles riesgos relacionados con los medicamentos suministrados a los pacientes.</p>
---	-------------	--	---	--

	<p>farmacológico de tratamiento emitido por el médico, lo imprime y lo revisa antes de entregar los medicamentos, luego le explica detalladamente la forma correcta de tomar los medicamentos verificando que el paciente si haya comprendido la información suministrada.</p> <p>Se provee de información al paciente o a su familia sobre la utilización adecuada de los medicamentos.</p> <p>Dentro del mapa de riesgos se tiene consignado el seguimiento a reacciones adversas a los medicamentos o efectos secundarios peligrosos por la utilización de los mismos con el fin de disminuir la presentación de estos casos y dar alternativas de manejo en caso de reporte, analizándose esta información dentro del comité de farmacia y terapéutica.</p>		
--	---	--	--

<p>12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.</p>	<p>2,10</p>	<p>La realización de staff de actualización en temas clínicos, revisiones bibliográficas y análisis de casos permite una mejor planeación e investigación diagnóstica.</p> <p>En los staff se realiza el análisis y la valoración diagnóstica de las patologías que así lo ameriten, se analiza la respuesta del paciente a los tratamientos definidos. Está información queda registrada en los soportes de las capacitaciones y la evaluación de las mismas, de igual forma es analizada dentro del comité de vigilancia epidemiológica por el grupo interdisciplinario que conforma este comité.</p> <p>En la institución se encuentra de manera detallada el proceso para referir los exámenes diagnósticos, el cual se inicia cuando el paciente ingresa a la institución. El médico de acuerdo a los signos y síntomas del paciente, solicita el examen de laboratorio, dicha orden va acompañada del diagnóstico y de la</p>	<p>En el manual de procesos y procedimientos, dentro de los procedimientos de laboratorio están descritas actividades de información al paciente y la preparación para los exámenes.</p> <p>Las órdenes de exámenes van acompañadas de su respectivo diagnóstico y de la información clínica pertinente lo que es facilitado por el software de laboratorio y de historias clínicas con que cuenta el hospital.</p> <p>A los análisis se les efectúa un control de calidad tanto interno como externo.</p> <p>Las guías de laboratorio determinan el modo de realización de cada una de las pruebas</p> <p>Se efectúan exámenes de control a los pacientes con el fin de determinar la respuesta del paciente a los tratamientos</p>	<p>Realizar planes de acción frente a las desviaciones encontradas en los controles de calidad externos del laboratorio clínico Mejorar el nivel de desviación de algunos analitos.</p> <p>Realizar procesos de investigativos sobre casos clínicos de interés en salud pública en el área de influencia.</p>
--	-------------	---	--	---

	<p>información concerniente a los datos generales del paciente.</p> <p>Dentro de los procesos y procedimientos de laboratorio clínico se tiene establecido brindar información al paciente acerca de las condiciones para la realización de los exámenes.</p> <p>Se le suministra al usuario volantes informativos donde se explican las recomendaciones a tener en cuenta para la toma de las muestras.</p> <p>Una vez obtenido el resultado del laboratorio se imprime con la respectiva firma y código del profesional y la fecha de los resultados. La información se lleva a la historia clínica y se le informa al paciente que debe solicitar nueva cita con el médico para que le informe sobre los resultados de los exámenes.</p> <p>Todo este proceso es realizado mediante la utilización del software</p>	<p>prescritos, información que queda registrada dentro de la historia clínica de cada usuario y proceso que se describe dentro del manual de procesos.</p> <p>Existe el apoyo bibliográfico y de los médicos especialistas en el segundo nivel de atención (Santa fe de Antioquia) y en el tercer nivel de atención (Medellín), a los cuales se recurre en caso de necesidad.</p> <p>La institución cuenta con volantes (Información escrita a los pacientes sobre condiciones para la toma de muestra al igual que hora de recibo de muestra y entrega de resultados).</p> <p>Existe software de controles de calidad internos y externos, software de laboratorio, guías de laboratorio, plan de capitaciones y evaluación de las mismas.</p> <p>En las historias clínicas se</p>	
--	--	---	--

		de laboratorio que se interfasa con el software de historias clínicas de la empresa.	reporta toda la información del proceso de planeación del cuidado y tratamiento del usuario.	
13. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.	2,00	<p>Cuando se realiza el proceso de selección se le informa a cada uno de los aspirantes al cargo, las funciones a desempeñar en caso de ser elegido, además de esto al posesionarse el funcionario la oficina de control interno y calidad se encarga de realizar el proceso de inducción de la parte administrativa de la empresa, en este proceso se le informa y se entrega por escrito las funciones a desarrollar y el manual de inducción con el contenido tanto de la plataforma estratégica como del funcionamiento de la parte administrativa.</p> <p>En cada una de las áreas es el jefe de área quien se encarga del entrenamiento e inducción en el puesto de trabajo.</p> <p>De manera periódica los directivos y</p>	<p>En el manual de funciones está registrada toda la información pertinente a las actividades que debe desarrollar cada uno de los funcionarios de la empresa, además de lo anterior la institución cuenta con un manual de inducción donde se redacta toda la información correspondiente a las funciones de tipo administrativo.</p> <p>En el manual de procesos de la institución se identifican claramente los responsables de cada actividad durante el proceso de atención de los pacientes y se describen los procesos de inducción y re inducción.</p> <p>Existen actas de la realización de las actividades de inducción y re</p>	<p>Revisar nuevamente el proceso y hacerle los ajustes necesarios de acuerdo a los nuevos lineamientos definidos institucionalmente.</p> <p>Evaluación por parte de los funcionarios del proceso de inducción y re inducción.</p>

		<p>el área de recurso humano realizan el proceso de re inducción con el fin de afianzar los conocimientos adquiridos por el personal.</p> <p>Todo este proceso se encuentra descrito en el manual de procesos de la empresa.</p>	inducción.	
<b>EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO</b>				
14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.	1,90	<p>La instauración del tratamiento es ejecutado por un grupo interdisciplinario de acuerdo con las guías institucionales en los diferentes servicios de la empresa.</p> <p>El personal se encuentra en capacitación continuada al interior de la institución y de manera externa con la asistencia a seminarios, congresos, cursos entre otros (plan de capacitaciones), este proceso se efectúa analizando las necesidades en capacitación tanto de la empresa como de los funcionarios.</p> <p>A cada uno de los profesionales que ingresa a la organización se les realiza un proceso de selección, en</p>	<p>El proceso de selección se encuentra descrito dentro del manual de procesos y se posee constancia de las evaluaciones y test realizados a los aspirantes al cargo.</p> <p>Existe un plan de capacitaciones con un cronograma de actividades que es conocido por los funcionarios de la empresa y dispuesto en lugar visible de la empresa.</p> <p>Se cuenta con un listado de asistencia las capacitaciones y la evaluación de las mismas</p> <p>Se tiene el, proyecto de visitas</p>	<p>Realizar auditorías de verificación al proceso de vistas domiciliarias y al procedimiento de egreso de la institución con el fin de comprobar la adherencia a los tratamientos prescritos y las recomendaciones dadas por el personal de salud.</p>

	<p>el que se tiene en cuenta su preparación académica y su experiencia laboral en caso de que el cargo así lo amerite,</p> <p>Este proceso es realizado por personal directivo y por el jefe de área de donde se solicita el cargo.</p> <p>Es de gran importancia para La ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa que cada uno de sus pacientes reciban la educación e información necesaria sobre su tratamiento y los cuidados que se deben brindar para su total restablecimiento.</p> <p>El personal asistencial durante el proceso de atención en cada una de las áreas brinda información al paciente de manera clara y sencilla sobre aspectos administrativos y asistenciales y verifica la comprensión de la información suministrada, mediante la repetición y la realización de preguntas claves al usuario.</p>	<p>domiciliarias y el formato de realización de la visita.</p> <p>En el manual de procesos está descrito el proceso de información a los usuarios y educación, así como el de visitas domiciliarias, de este ultimo además se tiene un proyecto escrito.</p> <p>Se tienen las encuestas de satisfacción de los usuarios, que se aplican a los pacientes hospitalizados, así como el consolidado de esta información y los análisis realizados por la oficina de atención al usuario que se encuentran en las actas de reunión de dicha oficina.</p> <p>Se suministra la información impresa por medio de volantes sobre los cuidados en determinadas patologías.</p> <p>La historia clínica de cada paciente visitado es otra de las</p>	
--	---	--	--

	<p>Se suministra información impresa a los usuarios sobre los cuidados que deben tener con ciertas patologías</p> <p>Se realiza la evaluación del entendimiento de la información mediante las encuestas de satisfacción de los usuarios del servicio de hospitalización, que son aplicadas por los funcionarios de la oficina de atención al usuario durante la estancia del usuario en la institución, información que es analizada de forma inmediata y en caso de no haber comprensión por parte del paciente el funcionario explica nuevamente al paciente o sus familiares todo lo concerniente a la patología del usuario.</p> <p>La oficina de atención al usuario analiza las posibles causas de la no comprensión de la información o de la insatisfacción del usuario y realiza planes de mejoramiento que son aplicados y subsiguientemente evaluados.</p>	<p>evidencias de este proceso.</p> <p>Los protocolos y guías de medicina, enfermería, odontología y laboratorio se encuentran actualizadas y son sometidas a constante revisión teniéndose soporte dentro de los mismos protocolos y guías de las actualizaciones efectuadas.</p>	
--	--	---	--

	<p>Todo paciente hospitalizado es clasificado en un nivel de riesgo alto, por el médico tratante. Después de su egreso estos pacientes reciben la visita domiciliaria del personal de salud (médico, personal de enfermería) que verifica las condiciones en que se encuentran y si se siguen los cuidados y recomendaciones proporcionadas durante la hospitalización.</p> <p>En caso de encontrarse que el paciente no tiene adherencia al tratamiento, un estado deteriorado o complicado en su patología o que no se siguen los cuidados necesarios, el médico y/o el personal de enfermería brinda educación nuevamente al paciente y su familia, da orden para una nueva consulta o remite al paciente a la institución de forma inmediata en caso de ser necesario.</p> <p>La información de estas visitas queda registrada en la historia clínica del paciente y el proceso se</p>		
--	--	--	--

		efectúa según lo estipulado en el manual de procesos y en el programa de salud familiar de la empresa.	
15, El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de practica basados en la mejor evidencia disponible	1,40	<p>Dentro de la institución se realiza la programación de las capacitaciones en cuanto a temas de interés científico se refiere, además se efectúa la revisión y actualización, de forma periódica de las guías y procedimientos, por los profesionales de la empresa. Los cambios son sometidos a valoración del comité técnico científico.</p> <p>Las historias clínicas son evaluadas mediante el comité de historias clínicas y este a su vez es evaluado por el PAMEC, la primera instancia registra la información en las actas del comité y plantea alternativas de mejoramiento. El PAMEC realiza auditorías al comité de historias clínicas, para ello toma de forma aleatoria historias clínicas correspondientes a los procesos de hospitalización, urgencias, promoción y prevención y consulta</p>	<p>Guías de práctica clínica.</p> <p>Modelo de elaboración y actualización de guías.</p> <p>Auditorías.</p> <p>Actas PAMEC.</p> <p>Actas del comité de historias clínicas.</p> <p>Evaluación a las historias clínicas por parte del comité encargado de esta labor adherencia a guías y resultado de la adherencia a guías.</p>

	<p>externa en medicina y odontología.</p> <p>Para la auditoría a las historias clínicas se tiene contemplado la valoración de criterios de tipo administrativo y clínicos, en estos últimos se valora el diligenciamiento de la anamnesis, la hoja de evolución y la pertinencia.</p> <p>En la pertinencia se analiza la relación entre el diagnóstico y el examen físico y la coherencia entre el diagnóstico y el plan de tratamiento, así mismo se confronta la realización del plan de tratamiento frente a los protocolos establecidos.</p> <p>Una vez finalizado el proceso se establece en caso de no conformidades un plan de mejoramiento, en el que se asigna un responsable y una fecha límite para la corrección de la no conformidad; seguidamente el PAMEC realiza una auditoría de verificación en la que se analiza si la no conformidad fue resuelta a</p>	
--	---	--

		satisfacción o si es necesario plantear nuevas estrategias de mejora.		
16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.	1,90	<p>La oficina de atención al usuario recibe mediante los buzones de sugerencias ubicados en el área de urgencias, de consulta externa y en las habitaciones de hospitalización, las felicitaciones reclamos y sugerencias de los usuarios, las cuales son sistematizadas y se les dan respuesta en un término inferior a ocho días.</p> <p>Dentro de la encuesta de satisfacción al usuario existe un parámetro en el que evalúa la satisfacción o insatisfacción del usuario con el servicio que le fue prestado.</p> <p>La oficina de atención al usuario es la encargada de analizar de forma mensual esta información y calificar</p>	<p>Actas de la oficina de atención al usuario.</p> <p>Sugerencias, reclamos y felicitaciones por parte de los usuarios.</p> <p>Encuestas de satisfacción de los usuarios,</p> <p>Manual de procesos en donde se encuentra descrito el proceso de oficina de atención a los usuarios y evaluación de las encuestas</p> <p>Modelo de escucha activa.</p> <p>Planes de mejoramiento.</p> <p>Página web link de sugerencias.</p>	<p>Realizar mayor seguimiento al comité de atención al usuario para comprobar la correcta ejecución de las actividades desarrolladas por el mismo.</p> <p>Búsqueda de nuevos canales de recolección de las expresiones de los usuarios.</p>

	<p>las encuestas según lo descrito en el manual de procesos, una vez realizado este proceso se plasma dentro del cuadro de mando integral en la perspectiva de clientes el grado de satisfacción de los usuarios. Esta información se compara con las metas trazadas dentro de la empresa.</p> <p>En caso de desviación con respecto a las metas se efectúa análisis de la causa del incumplimiento y se proponen planes de mejoramiento, el resultado de esta evaluación es comunicado a todos los funcionarios.</p> <p>En reunión de personal se resalta la labor de aquellos servicios que por su desempeño fueron felicitados por los usuarios externos, en el caso de reclamos se le da a conocer solo al área o funcionario implicado con el que se desarrollan estrategias de mejoramiento esta labor es desarrollada a través de la oficina de atención al usuario y directivas de la empresa.</p>	
--	--	--

		Existen otros espacios institucionales para atender las quejas y reclamos de los usuarios como es el caso de los grupos focales y las pasantías institucionales.		
<b>EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>				
17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica	1,50	<p>Los integrantes del PAMEC y control interno evalúan la efectividad del comité de historias clínicas, analizando la información que se encuentra en las actas del mismo y la operatividad del comité. Este proceso se realiza mediante auditoría al comité, en el que se establece un plan de auditoría, una lista de verificación un informe y solicitud de acciones correctivas o preventivas en caso de ser necesario.</p> <p>Se efectúa además auditoría a las historias clínicas tomadas de forma aleatoria de los procesos de urgencias, hospitalización, consulta externa y promoción y prevención.</p>	<p>Manual de procesos, actas del comité de historias clínicas, manual de auditorías, actas del comité técnico científico.</p> <p>Informes de auditoría y planes de mejoramiento</p>	<p>Auditorías a historias clínicas orientadas a la adherencia a guías y resultados de la adherencia.</p>

	<p>En esta auditoría se evalúan los siguientes criterios:</p> <p>Administrativos y clínicos.</p> <p>Los administrativos corresponden a la identificación según la resolución 1995 de 1999.</p> <p>Los criterios clínicos tiene que ver con:</p> <p><u>Anamnesis</u> Diligenciamiento de la anamnesis. Ej.: ingestión de medicamentos, antecedentes personales, hábitos, motivo de consulta, etc.</p> <p>Diligenciamiento de examen médico, estomatológico, examen dental y/u odontograma: de acuerdo a las convenciones definidas.</p> <p><u>Hoja de evolución:</u></p> <p>Fecha y hora de la atención.</p> <p>Edad.</p>	
--	--	--

	<p>Sexo.</p> <p>Aseguradora</p> <p>Numero de la historia clínica.</p> <p>Servicio que está prestando la atención.</p> <p>Firma y registro del profesional.</p> <p>Orden cronológico de las atenciones.</p> <p>Cuenta con consentimiento informado si es necesario.</p> <p>Legibilidad de las anotaciones</p> <p><u>Pertinencia:</u></p> <p>Se determina si el diagnostico se relaciona con anamnesis, examen físico, médico, estomatológico o dental.</p> <p>Si existe coherencia entre el</p>		
--	--	--	--

	<p>diagnostico y el plan de tratamiento.</p> <p>Si los procedimientos son realizados de acuerdo a las guías clínicas de atención establecidas institucionalmente y los medicamentos formulados y las ayudas diagnosticas se correlacionan con el diagnostico establecido y por ultimo si se registra la interpretación de las ayudas diagnosticas y la solicitud de remisiones o ínter consultas.</p> <p>En caso de presentarse eventos adversos en el curso de un tratamiento se cita al comité técnico científico y se analiza la situación con el correspondiente profesional y el PAMEC.</p> <p>Se realiza auditoría a la historia clínica con un profesional especializado según el caso y teniendo en cuenta los parámetros antes descritos.</p>		
<b>SALIDA Y SEGUIMIENTO</b>			

<p>18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.</p>	<p>1,70</p>	<p>A los usuarios se les informa por parte del personal de enfermería y el personal médico los cuidados que deben tener con su patología y los comportamientos que debe seguir para el restablecimiento de su condición. Información que queda consignada dentro de la historia clínica.</p> <p>Se le entregan al usuario una serie de volantes con información sobre su patología y sus derechos y deberes.</p> <p>Toda la información referente al proceso de atención en los diferentes servicios de la institución queda consignada dentro de la historia clínica de cada paciente, para lo cual se cuenta con un software de historias clínicas.</p> <p>El acceso y conservación de la historia clínica está estipulado en el plan de gerencia de la información además su manejo se consigna en el manual de procesos.</p>	<p>Historia clínica, manual de procesos, plan de gerencia de la información.</p> <p>Volantes informativos.</p> <p>Plan de gerencia de la información.</p>	
--	-------------	--	---	--

<p>19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.</p>	<p>1,50</p>	<p>El personal médico y de enfermería al momento del egreso explica al usuario y su acompañante los cuidados que debe seguir, así como los medicamentos y alimentación que se le debe suministrar para el restablecimiento de su condición, de igual forma se les brinda información sobre la EPS o EPSS a la que pertenecen, en relación a las tarifas y cobertura, quedando está información consignada en la historia clínica del paciente.</p> <p>En caso de que el paciente requiera ser remitido a otra institución se le explica las razones de dicha remisión y el lugar al cual será trasladado, según lo descrito en el manual de procesos institucional.</p> <p>El nivel de comprensión y conocimiento del paciente y sus familiares es determinado mediante una serie de preguntas formuladas por el personal encargado de la prestación del servicio.</p>	<p>Manual de procesos, guías de práctica clínica, modelo de atención al usuario, historia clínica.</p> <p>Protocolo de visitas domiciliarias.</p> <p>Encuestas del usuario hospitalizado</p> <p>Modelo de atención al usuario</p>	<p>Realizar un programa post venta al usuario para evaluar adherencia a tratamientos e identificar necesidades de información de los usuarios.</p>
---	-------------	--	---	--

		<p>Un funcionario de la oficina de atención realiza la encuesta de satisfacción al usuario hospitalizado donde corrobora el nivel de entendimiento del usuario, en caso de que el resultado no sea satisfactorio se contacta al personal de enfermería para que realice nuevamente educación al paciente.</p> <p>El personal de enfermería y un médico de la empresa realizan la visita domiciliaria a algunos pacientes para determinar las condiciones en que se encuentra el usuario. El personal asistencial determina la necesidad de realizar nuevamente educación al paciente, solicitar consulta o remitir de inmediato al usuario a la institución.</p> <p>Todo este proceso se encuentra documentado en el manual de procesos de la empresa y en el flujo grama institucional de remisiones.</p>		
20. La organización cuenta con un proceso	1,60	En las visitas domiciliarias realizadas por el personal de enfermería y	Manual de procesos, guías de práctica clínica, historia clínica,	Auditar al COVE.

para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.		médico se evalúa la adherencia del paciente a su tratamiento, mediante la verificación del estado del mismo y la evolución de su patología, estas visitas quedan registradas en la historia clínica del mismo y dependiendo del resultado se programa al paciente para atención por consulta externa, urgencias o una nueva visita.	actas del COVE. Protocolo de visitas domiciliarias. Encuestas del usuario hospitalizado Modelo de atención al usuario	Implementación del software de fármaco vigilancia. Implementación del programa de Consultador crónico. Implementación de programa postventa
21. El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.	1,50	Al otro día de remitido un usuario a otro nivel de complejidad el personal de enfermería verifica por medio de una llamada telefónica el estado en el cual se encuentra el paciente y su evolución y pasa a consignar esta información en la historia clínica del mismo, tal como lo indica el manual de procesos.  La contra referencia de pacientes es solicitada por el médico tratante a la institución correspondiente.	Manual de procesos, historia clínica.	Solicitar a las diferentes instituciones de referencias la orden de contra remisión para anexarlas a la respectiva historia clínica y realizar análisis respectivo en el comité técnico científico.
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				
22. Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.	1,90	Dentro de la empresa se tiene instituido el PAMEC, el cual desarrolla actividades tendientes al mejoramiento continuo de los	Actas de comités, plan de capacitaciones, manual de procesos, protocolos de las diferentes áreas, mapa de	Realizar proceso de benchmarking con otras instituciones similares para analizar

	<p>procesos.</p> <p>El PAMEC realiza auditoría a los procesos seleccionados como prioritarios en la empresa (misionales) en los que están incluidos los procesos de cuidado y tratamiento.</p> <p>En reunión del PAMEC se realiza un cronograma de auditorías y se procede a efectuar el plan de auditorías seguido de la lista de verificación.</p> <p>Una vez realizada la auditoría se hace el informe y la solicitud de acciones correctivas, en las que se especifica el objetivo, estrategias para el mejoramiento y el responsable de la ejecución de la acción, así mismo se establece la fecha de la auditoría de verificación en la que se determina si la acción correctiva es o no satisfactoria.</p> <p>Estos resultados de las auditorías son analizados de manera mensual</p>	<p>riesgos, manual de calidad, cuadro de mando integral, resultados de auditorías.</p>	<p>los resultados y proponer acciones de mejora</p>
--	--	--	---

	<p>por el PAMEC y por el comité de control interno.</p> <p>Se efectúa retro alimentación a cada uno de los servicios.</p> <p>Se realiza la publicación de resultados sobre el porcentaje de no conformidades en primera y segunda auditoría, esta información es comparada con las metas trazadas según los indicadores.</p> <p>El PAMEC programa la revisión y actualización periódica del manual de procesos y los protocolos y guías institucionales.</p> <p>Dentro del mejoramiento de la calidad se tiene el mapa de riesgos de los procesos, en él se desarrollan indicadores de seguimiento y acciones para evitar la ocurrencia de los eventos adversos, todos estos proceso son informados al personal por medio de capacitaciones, en cartelera institucional y reuniones informativas.</p>	
--	---	--

<p>23. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>	<p>1,80</p>	<p>Los procesos de mejoramiento de la calidad son evaluados mediante auditorías internas, en los comités de farmacia y terapéutica, de historias clínica y técnico científico. Allí se analizan los resultados, se buscan las causas y se plantean estrategias de mejoramiento en el caso de no cumplirse con las metas del cuadro de mando integral.</p> <p>En las auditorías internas, si se originan no conformidades se establece un plan de mejoramiento, con objetivos, metodología y tiempo para la corrección de la no conformidad.</p> <p>La oficina de atención al usuario realiza las encuestas de satisfacción al usuario y analiza sus resultados plantea estrategias de mejoramiento y las cuales son analizadas por el comité de control interno y difundidas a los empleado de la empresa.</p> <p>Está misma oficina está encargada</p>	<p>Manual de auditorías, actas de comités, indicadores del cuadro de mando integral, indicadores del mapa de riesgos, encuestas de satisfacción, sistematización de quejas y sugerencias, mapa de procesos.</p> <p>Pagina web con información de resultados de indicadores de la empresa.</p>	<p>Mayor operatividad de los diferentes comités de la ESE y generar un mayor empoderamiento de los mismos con la institución.</p>
--	-------------	---	---	---

	<p>de la recolección de las quejas, sugerencias y felicitaciones depositadas en los buzones de sugerencia, éstas expectativas del cliente se analizan de acuerdo a criterios de de alto riesgo (se compromete la integridad del usuario) alto volumen (cuando se presenta de forma continua) alto costo ( cuando su solución requiere de una inversión alta para la empresa) y de acuerdo a esta clasificación y los criterios de seguridad , continuidad coordinación, competencia aceptabilidad, efectividad se les da respuesta, que es publicada en cartelera institucional y para constancia además queda registrada en acta de esta oficina.</p> <p>Toda la información obtenida por la oficina de atención al usuario es sistematizada y las encuestas de satisfacción de los clientes, la oficina de atención al usuario, los indicadores del mapa de riesgos y el cuadro de mando integral, brindan</p>		
--	--	--	--

		<p>información acerca de las necesidades y expectativas de los pacientes y su familia.</p> <p>En el servicio de farmacia se evalúan los proveedores y está información se registra dentro de un programa creado para tal fin.</p>		
<p>24. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	1,90	<p>El PAMEC realiza el proceso de monitorización de los procesos seleccionados como prioritarios que se desarrollan a través de las auditorías internas de calidad; efectuadas según el cronograma elaborado por dicho comité.</p> <p>Los resultados de estas auditorías son comunicados al auditado por medio del informe correspondiente y la solicitud de acciones correctivas si así lo requiere.</p> <p>El comité de control interno realiza el proceso de publicación de los resultados de los indicadores del cuadro de mando integral, los cuales son además analizados en reunión de personal con los funcionarios,</p>	<p>Manual de auditorías, indicadores del cuadro de mando integral.</p> <p>Publicación en página Web de información de indicadores institucionales.</p>	<p>Realizar evaluaciones periódicas a los indicadores previamente establecidos para verificar las metas logradas y hacer las mejoras respectivas.</p>

		<p>donde también se concretan estrategias de mejoramiento.</p> <p>Para la recolección de la información de los diversos indicadores el comité de control interno pide la información correspondiente a los diferentes comités y jefes de áreas y de manera mensual es sistematizada y analizada.</p> <p>Este proceso de medición es analizado y revisado de forma periódica por el comité de control interno y el PAMEC que programan la actualización del manual de procesos y de los diferentes manuales de la organización.</p>		
25. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,90	<p>El regente de farmacia realiza el proceso de medición y calificación de la gestión de proveedores al momento de efectuar un pedido y cuando este es recepcionado. En este proceso se evalúa la inspección técnica administrativa entre otras y se envía reporte a los proveedores de la calificación obtenida y del grado de aceptabilidad que estos tienen dentro de la institución.</p>	<p>Plan de capitaciones indicadores del cuadro de mando integral, plan de mercadeo.</p> <p>Página web, boletín informativo digital.</p> <p>Manual de procesos y procedimientos.</p> <p>Actas de comités.</p>	<p>Garantizar que efectivamente la información sea publicada por los medios definidos.</p> <p>Búsqueda de nuevos canales de comunicación de resultados para los usuarios externos.</p>

	<p>Todos los anteriores procesos son desarrollados siguiendo lo indicado en el manual de procesos.</p> <p>El comité de control interno está encargado de comunicar los resultados de las auditorías por medio de carteleras informativas y en reuniones de personal donde se plantean también estrategias de mejoramiento.</p> <p>En la institución las EPSS realizan un proceso de auditoría externa a los diferentes procesos, el cual es analizado por los directivos de la empresa y luego comunicado en reunión a los empleados.</p> <p>A través de la liga de usuarios y las reuniones con grupos focales se les comunican los resultados de los procesos de mejoramiento de la calidad.</p> <p>Dentro de la empresa se realizan pasantías a los diferentes entes del</p>	<p>Informes de auditorías externas y planes de mejora.</p> <p>Actas de reuniones de grupos focales y pasantías institucionales.</p> <p>Intranet.</p>	
--	---	--	--

		<p>municipio las cuáles son guiadas por los directivos de la empresa y en la que se comunican también estos resultados.</p> <p>De manera trimestral la oficina de atención al usuario a través del boletín informativo de la empresa vía Internet comunica a las demás ESES del departamento las demás empresas sociales del estado de estas actividades y logros de la empresa.</p>		
<b>SUBTOTAL GRUPO</b>	53,0			
<b>ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO</b>				
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.	1,80	<p>Los órganos directivos de la empresa participan de manera activa y directa en el grupo de calidad,</p> <p>Los directivos proporcionan los espacios de participación para los funcionarios en el desarrollo de la plataforma estratégica de la institución.</p> <p>Mediante la realización de las reuniones de personal los</p>	<p>Plan de desarrollo, organigrama empresarial.</p> <p>Manual de proceso y procedimientos</p>	<p>Fomentar la participación activa de las diferentes áreas en la formulación de proyectos de mejoramiento.</p> <p>Mejoramiento del plan de de estímulos al funcionario.</p>

	<p>funcionarios de carácter directivo crean canales de comunicación eficientes que permiten el mejoramiento de las relaciones.</p> <p>Los órganos directivos participan además en la realización de programas de capacitación continuada a nivel técnico científico y de estimulación al empleado en cuanto formación personal se refiere.</p> <p>Se demuestra el compromiso de los directivos en la supervisión de medidas tomadas para garantizar un óptimo sistema de calidad.</p> <p>El compromiso de los directivos se evidencia además en la divulgación de las políticas de calidad de la empresa, la revisión periódica del sistema de gestión de la calidad, el cumplimiento de las normas y estatutos que rigen la empresa, la adecuada disposición de los recursos y la aprobación y divulgación de los procedimientos</p>		
--	---	--	--

		del sistema de gestión de la calidad.		
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.	2,00	<p>Se efectúa la medición del clima organizacional y análisis del mismo por medio de la ARP, se elaboran planes de mejora que son periódicamente evaluados.</p> <p>Con la medición del clima organizacional se analizan las necesidades y expectativas del usuario interno. Estos resultados son dados a conocer en reunión de personal y publicados en cartelera institucional.</p> <p>El comité de control interno recoge la información correspondiente al cuadro de mando integral de la empresa el que se encuentra incluido en su perspectiva de crecimiento y desarrollo la medición del clima organización con su correspondiente indicador y meta. Control interno y calidad analizan la información de dicho de indicador, se compara con la meta trazada y se</p>	<p>El manual de procesos en este también se indica cómo se realiza el proceso de recolección de quejas y sugerencia, en el modelo de escucha activa se presentan los objetivos y metodología para el análisis de la información relacionada con el usuario interno y externo.</p> <p>La información recolectada en las diferentes mediciones se halla en las actas de la oficina de atención al usuario.</p> <p>En las actas de las reuniones de grupos focales y liga de usuarios se encuentra expresada la opinión de la comunidad y las alternativas que se dan en busca de un proceso de mejoramiento.</p>	<p>Consolidar la relación entre los clientes internos y los clientes externos de la empresa.</p> <p>Búsqueda de nuevos mecanismos de lectura de la voz del cliente interno.</p> <p>Realización y aplicación de proceso de referenciación competitiva.</p>

	<p>diseñan estrategias de mejoramiento.</p> <p>La oficina de atención al usuario está encargada de la recolección de las quejas, sugerencias y felicitaciones depositadas en los buzones de sugerencia, éstas expectativas del cliente se analizan de acuerdo a criterios de de alto riesgo(se compromete la integridad del usuario), alto volumen (cuando se presenta de forma continua), alto costo ( cuando su solución requiere de una inversión alta para la empresa) y de acuerdo a esta clasificación y los criterios de seguridad, continuidad coordinación, competencia aceptabilidad, efectividad se les da respuesta, que es publicada en cartelera institucional.</p> <p>La oficina de atención al usuario realiza las encuestas de satisfacción al usuario externo y analiza sus resultados, plantea estrategias de mejoramiento las cuales son</p>		
--	--	--	--

	<p>analizadas por el comité de control interno y difundidas a los empleados de la empresa.</p> <p>En el municipio se efectúan reuniones de grupos focales con la comunidad y demás entes administrativos. En estas reuniones encabezadas por el gerente y un funcionario de la ESE se detectan las inquietudes y expectativas de los clientes externos; se toma acta de esta reunión y éstas inquietudes son analizadas buscando dar soluciones a las expectativas planteadas por parte de la comunidad.</p> <p>Además de lo anterior un funcionario de la empresa o el gerente de la misma asisten permanentemente a reuniones de los gerentes de la zona de occidente y de Antioquia convocada por la asociación de hospitales donde se comparten experiencias que son traídas a la institución y evaluadas por los comités correspondientes para realizar su implementación en la</p>		
--	--	--	--

		empresa.		
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.	1,50	<p>De forma periódica se analiza la misión y visión de la institución por todos los funcionarios, teniendo en cuenta parámetros como los aspectos que guían la ética de la organización y el enfoque que se da a la misma.</p> <p>El replanteamiento de la misión y visión o los valores empresariales se da de acuerdo a los cambios que se presenten en el entorno externo y/o interno.</p> <p>La visión de la empresa busca que esta se proyecte hacia el futuro y al desarrollo de todos sus procesos.</p> <p>Las reuniones para el replanteamiento de la plataforma estratégica son convocadas por la alta dirección y coordinadas por la oficina de control interno y calidad, se cita a todo el personal y de manera participativa y grupal se realizan las modificaciones</p>	<p>Actas de oficina de atención al usuario con reporte de modificaciones de la misión y visión, formatos de asistencia a capacitaciones y evaluación de las mismas sobre la plataforma estratégica, código de ética.</p> <p>Manual de procesos y procedimientos.</p>	<p>Mayor participación de la junta directiva y liga de usuarios en los procesos de replanteamiento de la plataforma estratégica de la institución</p>

		<p>necesarias.</p> <p>Los funcionarios son capacitados en la plataforma estratégica y evaluados de manera constante. Dichas evaluaciones son efectuadas previo aviso y tienen como fin la corrección de elementos que no quedaron claros dentro del proceso de capacitación.</p> <p>Actualmente la misión, visión y valores empresariales exaltan el mejoramiento continuo y la importancia de un enfoque integral, en el que se tiene en cuenta a los funcionarios de la institución y a la comunidad a la que sirve, se proyecta además a la organización hacia el liderazgo y competitividad, teniendo como eje fundamental el mejoramiento continuo de cada uno de sus procesos.</p>		
<p>4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.</p>	<p>1,80</p>	<p>El direccionamiento estratégico de la empresa está contemplado dentro del plan de desarrollo y la plataforma estratégica de la misma, que se elaboro con la participación de todos los funcionarios de la institución.</p>	<p>El plan de desarrollo contempla objetivos y estrategias para el desarrollo de los mismos en los que se tiene en cuenta la implementación y evaluación de los mismos.</p>	<p>Mayor participación de la junta directiva y liga de usuarios en la construcción del plan estratégico de la institución.</p>

	<p>Para la elaboración del plan de desarrollo se realiza un análisis de pareto en el que se priorizan las principales necesidades de la institución enfocadas en el área financiera, de clientes, procesos internos y crecimiento y desarrollo. Teniendo estas necesidades se desarrollan proyectos tendientes al mejoramiento.</p> <p>Una vez realizado el plan de desarrollo este es divulgado a los funcionarios de la empresa y puesto en análisis y aprobación por parte de la junta directiva.</p> <p>La plataforma estratégica es construida con todo el personal teniendo en cuenta el entorno de la empresarial, su área de influencia y las necesidades institucionales.</p> <p>Estos procesos son revisados de forma continua y adaptados a los cambios externos e internos.</p>	<p>En el manual de procesos se describe el proceso de elaboración y evaluación del plan de desarrollo y plataforma estratégica.</p>	
--	---	---	--

<p>5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p>	<p>1,60</p>	<p>La difusión del plan de direccionamiento así como de la plataforma estratégica de la empresa se realiza a través de capacitaciones y talleres programados dentro del plan de capacitaciones empresarial, dentro del código de ética de la empresa se encuentra la misión y visión de la misma.</p> <p>La oficina de control interno y calidad se encarga de la realización del cronograma de evaluaciones, así como de la asignación de los responsables de los temas para el proceso de capacitación.</p> <p>Una vez efectuada la capacitación se procede a la evaluación de la charla y de los conocimientos adquiridos durante la misma y se deja constancia de este proceso.</p> <p>En caso de obtenerse una calificación deficiente en la evaluación de la capacitación se procede a informar al conferencista</p>	<p>La plataforma estratégica de la institución fue elaborada con la participación de todos los funcionarios de la institución, el plan desarrollo es de conocimiento de todos los funcionarios de la empresa e intervienen en los ajustes y nuevas propuestas para el desarrollo del mismo.</p> <p>Actas de elaboración del plan de desarrollo.</p> <p>Seguimiento al plan de desarrollo y planes de mejora.</p>	<p>Propiciar un mayor acercamiento de la comunidad hacia los directivos, con el fin de conocer sus necesidades de forma más directa y articularlas al plan de direccionamiento de la empresa.</p> <p>Mayor empoderamiento de la junta directiva frente al seguimiento de la gestión institucional.</p>
---	-------------	--	--	--

		<p>para que realice las mejoras necesarias y se dé el tema de una forma que impacte al auditorio de forma positiva.</p> <p>Dentro de este proceso de capacitación se realiza la divulgación del resultado de las evaluaciones a cada uno de los funcionarios y se colocan en un lugar visible de la empresa, además</p> <p>El plan de desarrollo de la empresa es evaluado de forma trimestral y se realiza planes de mejora para aquellas metas que no son alcanzadas.</p>		
<p>6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y</p>	<p>1,20</p>	<p>El proceso de elaboración presupuestal es realizado por los directivos de la empresa y asesorado por los jefes de área, los cuales de acuerdo al comportamiento de la ejecución presupuestal de los tres años inmediatamente anteriores y/o los proyectos a ejecutar en la vigencia elaboran el presupuesto requerido.</p>	<p>Manual de procesos institucional, presupuesto.</p>	<p>Es necesario realizar auditoría a los procesos presupuestales de la entidad por parte de control interno para verificar el cumplimiento de los procesos y el cumplimiento de las normas presupuestales.</p> <p>Adquirir un sistema que</p>

<p>programas de la organización.</p>		<p>El presupuesto requerido puede tener los siguientes comportamientos: primero un presupuesto financiado, es decir que hay capacidad de pago soportado en el ingreso, segundo un presupuesto desfinanciado que indica que hay más gastos que ingresos caso en el cual los responsables de las finanzas adoptaran políticas de ingreso para subsanar la ecuación presupuestal.</p> <p>La ejecución presupuestal se realiza por doceavas en el ingreso y el egreso, el ingreso representa un flujo de caja mensual que indica la capacidad de gasto en el mismo mes.</p>		<p>integre la información de las diferentes dependencias de la Entidad, incluyendo el manejo del presupuesto de ingresos y gastos se dificulta su seguimiento, dado que tal proceso es manual.</p> <p>Realizar seguimiento a los costos institucionales.</p>
<p>7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores.</p>	<p>1,90</p>	<p>La evaluación de la gestión de salud se realiza mediante el cuadro de mando integral en sus diferentes perspectivas, comparando los resultados obtenidos con las metas trazadas mensualmente, está evaluación es solicitada por el comité de control interno y el PAMEC a cada uno de los</p>	<p>El manual de proceso contiene el proceso de cuadro de mando integral donde se determina la forma de recolección y análisis de la información.</p> <p>Proceso de auditorías, manual de auditoría.</p>	<p>Establecer indicadores de resultado más que de proceso y de estructura.</p>

		<p>responsables de los procesos involucrados.</p> <p>Los resultados obtenidos son evaluados por el comité encargado de seguimiento PAMEC que determina la realización de auditorías y planes de mejoramiento.</p> <p>En estas auditorías a los procesos está incluida la evaluación de aspectos como la oportunidad y la calidad de los servicios evaluados.</p>		
<p>8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</p>	1,90	<p>La junta directiva de la organización de acuerdo a sus necesidades de formación y a las necesidades de la empresa pide a la oficina de control interno y calidad le sea programadas capacitaciones en temas específicos.</p> <p>Además los directivos de la empresa presentan ante la junta el informe de gestión en el que se recogen los resultados de la gestión de cada uno de los procesos adelantados en la institución y en caso de ser necesario o de los resultados</p>	<p>Manual de procesos, plan de capacitaciones institucional, actas de la junta.</p>	<p>Continuar con la revisión periódica del plan de capacitaciones para tener en cuenta las nuevas necesidades y expectativas de los funcionarios.</p> <p>Mayor empoderamiento de la junta frente a la gestión institucional.</p>

		<p>requerirlos se realizara la sustentación por el funcionario jefe del proceso.</p> <p>La divulgación de estos resultados se realiza en las reuniones de tipo ordinario programadas para la junta directiva de la empresa.</p> <p>Así mismo se presenta los lineamientos para la orientación y capacitación al personal de la institución de acuerdo con nuestra plataforma estratégica y nuestros objetivos a corto, medio y largo plazo, en el proceso directivo se recogen los subprocesos de garantía de la calidad en donde encontramos los referentes a las reuniones de los comités y a la actuación de los funcionarios frente a los mismos.</p>		
9. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.	1,00	La capacitación continuada y asesoramiento a los funcionarios de la institución hace parte de las principales estrategias de mejoramiento de la empresa, en esta se incluye el asesoramiento a la junta directiva, proceso en el que se	En el manual de procesos se presenta el proceso de asesoramiento a la junta directiva y en el plan de capacitaciones se halla el cronograma de capacitaciones a la junta directiva. Conceptos	Efectuar un proceso de mayor empoderamiento de los miembros de la junta directiva frente a las actividades desarrolladas por la institución.

	<p>encuentra la elaboración de conceptos y documentos técnicos así como la entrega de informes sobre solicitudes específicas, dicho asesoramiento involucra las políticas concernientes a los procesos de atención a los clientes.</p> <p>La asesoría a la junta directiva por parte de los jefes de procesos, se efectúan cuando las reuniones así lo precisan o cuando se debaten temas que requieren un conocimiento especializado. Se cita entonces al profesional correspondiente el cual transmite su concepto o entrega un informe sobre el tema tratado, estos conceptos son evaluados por la junta directiva y en caso de requerirse una segunda opinión o un conocimiento aun más específico la junta se encargara de la contratación de un agente externo para dicha asesoría.</p> <p>En cada una de estas asesorías se enfatiza en el respeto que debe primar por el cliente interno y</p>	<p>técnicos en las actas de la junta directiva respaldan en caso de haber sido necesario, las decisiones que allí se han tomado.</p>	
--	--	--	--

		externo acatándose el seguimiento a las políticas institucionales como la de confidencialidad y la política de calidad empresarial		
10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.	1,00	<p>La oficina de control interno y calidad se encarga de la elaboración de un cronograma de capacitaciones para la junta directiva, según las necesidades de la misma y de la institución.</p> <p>Dentro de los temas de capacitación a la junta se encuentran los relacionados con los procesos de calidad en el que se incorporan los referentes a las políticas institucionales y a la plataforma institucional.</p> <p>Una vez realizada la capacitación, se efectúa la valoración de la misma, se evalúan aspectos como la calidad de la exposición, el nivel de conocimiento y dominio del expositor, la participación del auditorio, la importancia dentro del trabajo y la claridad en la exposición.</p>	Se cuenta con soportes de listados de asistencia a capacitaciones y evaluación de las mismas y actas de reuniones.	Sensibilizar a la junta directiva del hospital de la importancia del proceso de capacitación continuada, para que mediante este, los miembros formulen sus necesidades frente a este tema.

		<p>Esta evaluación es entregada a la oficina de atención al usuario quien se encarga de tabular los datos y transmitir los resultados al conferencista.</p> <p>En caso de obtenerse una calificación deficiente en la evaluación de la capacitación se procede a informar al conferencista para que realice las mejoras necesarias y se dé el tema de una forma que impacte al auditorio de forma positiva.</p>		
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento.	1,90	<p>Los procesos de direccionamiento al igual que los procesos asistenciales son objeto de auditorías por parte del PAMEC quien realiza un cronograma de auditorías y procede a efectuar el plan de auditorías seguido de la lista de verificación. Una vez realizada la auditoría se hace el informe y la solicitud de acciones correctivas en la que se especifica el objetivo, estrategias para el mejoramiento, y el</p>	<p>Manual de calidad; cuadro de mando integral, indicadores.</p> <p>Manual de procesos y procedimientos.</p> <p>Planes de mejoramiento.</p> <p>Auditorías internas.</p> <p>Auditorías de control interno.</p>	<p>Realizar actividades de comparación con otras instituciones que aporten nuevas estrategias de mejoramiento</p>

responsable de la ejecución de la acción, así mismo se establece la fecha de la auditoría de verificación en la que se determina sí la acción correctiva es o no satisfactoria .

Estos resultados de las auditorías son analizados de manera mensual por el PAMEC y por el comité de control interno el cual realiza retro alimentación a cada uno de los servicios.

El mejoramiento de los procesos de direccionamiento está basado en la información recolectada a través de los indicadores del cuadro de mando integral los cuales cuentan con una ficha técnica que se encuentra dentro del manual de calidad.

Además de lo anterior el comité de control interno se encarga de la evaluación periódica del sistema de control, mediante la realización de auditorías de control por parte de los funcionarios de la empresa y los directivos, así lograr obtener el

		<p>grado de adelanto empresarial y realizar planes de mejoramiento y estrategias de desarrollo.</p> <p>Así mismo la información recolectada por la oficina de atención al usuario proveniente de los buzones de sugerencia y de las encuestas de satisfacción es analizada por los directivos de la empresa mediante el cuadro de mando integral.</p> <p>Los directivos comparan los resultados de cada una de las perspectivas con las metas trazadas y se desarrollan lineamientos de mejoramiento con los encargados de la coordinación de los procesos y los comités institucionales.</p>		
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	1,90	<p>Los procesos de mejoramiento de la calidad son evaluados mediante auditorías internas.</p> <p>Se analizan los resultados, se buscan las causas y se plantean estrategias de mejoramiento en el caso de no cumplirse con las metas</p>	<p>Manual de auditoría.</p> <p>Planes de mejoramiento.</p> <p>Auditorías internas.</p>	Seguir con el proceso de revisión continua del plan para mejora los estándares que no cumplen con las metas definidas por la institución.

		<p>del cuadro de mando integral.</p> <p>En las auditorías internas si se originan no conformidades se establece un plan de mejoramiento, con objetivos, metodología y tiempo para la corrección de la no conformidad.</p> <p>Posteriormente se efectúa una auditoría de verificación en la que se determina si se cumplieron o no con las metas y objetivos trazados.</p>		
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	1,90	<p>El PAMEC realiza el proceso de monitorización de los procesos que se desarrolla a través de las auditorías internas de calidad; efectuadas según el cronograma elaborado por dicho comité.</p> <p>Los resultados de estas auditorías son comunicados al auditado por medio del informe correspondiente y la solicitud de acciones correctivas si así lo requiere.</p> <p>El comité de control interno realiza el proceso de publicación de los</p>	<p>Manual de auditorías, indicadores del cuadro de mando integral, informes de auditorías y programación.</p> <p>Actas de comités.</p>	<p>Revisión y adecuación permanente de los indicadores para evaluar si estos se encuentran ajustados a las necesidades de la empresa</p>

resultados de los indicadores del cuadro de mando integral los cuales son además analizados en reunión de personal con los funcionarios, donde también se concretan estrategias de mejoramiento.

Para la recolección de la información de los diversos indicadores, el comité de control interno pide la información correspondiente a los diferentes comités y jefes de áreas y de manera mensual es sistematizada y analizada.

Este proceso de medición es analizado y revisado de forma periódica por el comité de control interno y el PAMEC que programan la actualización del manual de procesos y de los diferentes manuales de la organización.

Además el PAMEC y los directivos de la empresa realizan un análisis mensual de los resultados obtenidos en los indicadores del cuadro de mando integral .en reunión se

		<p>verifican si las metas propuestas son alcanzadas, al mismo tiempo en esta reunión se replantean en caso de ser necesario las estrategias, indicadores y metas del cuadro de mando integral.</p> <p>El resultado de estas reuniones es comunicado a los funcionarios de la empresa en reunión de personal y con estos se discuten actividades que sirvan para el mejoramiento y logro de las metas.</p>		
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	1,90	<p>El comité de control interno está encargado de comunicar los resultados de las auditorías por medio de carteleras informativas y en reuniones de personal donde se plantean también estrategias de mejoramiento.</p> <p>En la institución las EPSS y entes de control realizan un proceso de auditoría externo a los diferentes procesos el cual es enviado y analizado por los directivos de la empresa y luego comunicado en reunión a los empleados.</p>	<p>Plan de capacitaciones indicadores del cuadro de mando integral, plan de mercadeo de mercadeo.</p>	<p>Realizar actividades que generan un mayor empoderamiento de la comunidad frente a los logros alcanzados por la organización.</p>

<b>SUBTOTAL GRUPO</b>		33,0		
<b>ESTÁNDARES DE GERENCIA</b>				
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.	1,60	<p>El PAMEC y el comité de control interno con los coordinadores de cada proceso realizaron la caracterización de los procesos del hospital en la que se identificó el objetivo del proceso así como también los proveedores, clientes, recursos, entradas, parámetros, requisitos salida, documentos y responsables del proceso.</p> <p>Se procedió seguidamente a transmitir esta información a cada uno de los funcionarios de la empresa por medio de capacitaciones programadas en el plan de capacitación.</p> <p>De forma periódica se ejecuta la actualización de la caracterización de los procesos, en la que se involucra al personal de la empresa y donde cada jefe de proceso analiza y discute con los demás funcionarios a cargo la necesidad de actualización y</p>	<p>La caracterización de los procesos es conocida por el personal de la institución a través de capacitaciones las cuales son evaluadas por el comité de atención al usuario.</p> <p>En el manual de procesos y procedimientos se encuentra la caracterización de cada uno de los procesos de la entidad.</p> <p>Se tienen las caracterizaciones de los procesos publicadas en la página web de la entidad.</p> <p>Existen listados de asistencia y actas de capacitaciones sobre las caracterizaciones de los procesos.</p>	Continuar con la divulgación permanente de la caracterización de los procesos y su importancia para la institución.

		<p>las posibles modificaciones a realizar. Estas alternativas son llevadas al comité de control interno y al PAMEC para ser analizadas y realizar los cambios que se consideren necesarios.</p> <p>Se efectúan capacitaciones sobre constantes sobre la caracterización de cada uno de los procesos las cuales son evaluadas y analizadas por la oficina de atención al usuario.</p>		
<p>2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades.</p>	<p>1,20</p>	<p>La oficina de atención al usuario está encargada de la recolección de las quejas, sugerencias y felicitaciones depositadas en los buzones de sugerencia.</p> <p>La oficina de atención al usuario además realizar las encuestas de satisfacción en las que se recogen las inquietudes de los usuarios según el servicio donde fue atendido.</p> <p>El comité de control interno y de atención al usuario recogen y tabulan los resultados analizan y plantean estrategias de mejoramiento las</p>	<p>En el manual de procesos se describe la realización paso a paso de los subprocesos de medición del clima organizacional y de evaluación del desarrollo humano en cuanto al cliente interno se refiere (descrito además en proyecto de atención al usuario)y de atención de sugerencias, felicitaciones y reclamos del usuario externo.</p>	<p>Implementar nuevos mecanismos para la recolección de las expectativas y necesidades de los usuarios.</p> <p>Continuar con la evaluación del comité de atención al usuario.</p>

		<p>cuales son difundidas a los empleado de la empresa.</p> <p>En el municipio se efectúan reuniones de grupos focales con la comunidad y los demás entes administrativos y de salud de la localidad. En estas reuniones encabezadas por el gerente y un funcionario de la ESE se detectan las inquietudes y expectativas de los clientes externos; se toma acta de esta reunión y éstas inquietudes son analizadas buscado dar soluciones a las expectativas planteadas por parte de la comunidad.</p> <p>Los buzones de sugerencias y las encuestas de satisfacción permiten conocer las inquietudes de los clientes externos no solo en los procesos de tipo asistencial sino también administrativo.</p>		
<p>3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de</p>	<p>1,20</p>	<p>Al interior de la empresa se encuentran consolidados diversos comités que efectúan reuniones de tipo mensual o bimensual en donde se analiza la situación de la empresa</p>	<p>Plan de estímulos. Actas de comités. Actas de las reuniones de</p>	<p>Analizar de manera continua la pertinencia y viabilidad de las estrategias planteadas por las unidades</p>

<p>monitorización y mejoramiento de la calidad.</p>	<p>dependiendo del objeto del comité. A estas reuniones es invitado el gerente de la empresa con el fin de promover un análisis amplio de las situaciones y una interacción más directa con la alta gerencia.</p> <p>Igualmente se efectúan reuniones de personal en las que se informan los resultados de lo establecido en estos comités, estas reuniones también se convierten en espacios en los cuales se da una comunicación fluida y directa con los funcionarios de la organización.</p> <p>Además de lo antes de mencionado se cuenta con el comité de bienestar social encargado de la planeación y ejecución de lo referente a estímulos y reconocimientos a los empleados de la organización, dichos estímulos son determinados en reunión de comité y pueden estar representados en capacitaciones, paseos, reconocimientos públicos ante los demás funcionarios o ante la comunidad en general.</p>	<p>personal en donde se realiza reconocimiento en forma pública.</p> <p>Pagina Web con reconocimiento al empleado del mes.</p>	<p>funcionales para direccionar de manera adecuada los recursos.</p>
---	---	--	--

		<p>En el manual de procesos encontramos la descripción de todos estos procesos y subprocesos.</p> <p>A través del modelo de mejoramiento de la empresa se identifican las barreras de mejoramiento en cada uno de los procesos y se desarrollan planes de mejora.</p>		
<p>4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.</p>	1,70	<p>Cada una de las áreas de la organización realiza de manera mensual un análisis de las metas trazadas dentro del cuadro de mando integral de cada área y los resultados de ese análisis son comparados con las metas trazadas dentro de la institución, si no se encuentran acordes, el área plantea estrategias de mejoramiento, que son llevadas al control interno y calidad para ser analizadas e implementar las medidas de mejoramiento. Se evalúa el comportamiento de estas acciones establecidas y el impacto causado dentro del área.</p> <p>De forma periódica se analiza la</p>	<p>El cuadro de mando integral general presenta metas y objetivos consistentes con los valores, misión y visión de la organización además proveen información para el mejoramiento del proceso de atención al cliente.</p>	<p>Detectar oportunidades de mejora no solo en los procesos asistenciales sino también de apoyo y estratégicos con el fin de llegar a una estandarización total de los procesos y mejorar la atención al cliente asistencial.</p>

misión y visión de la institución por todos los funcionarios teniendo en cuenta parámetros como los aspectos que guían la ética de la organización y el enfoque que se da a la misma.

El replanteamiento de la misión y visión o los valores empresariales se da de acuerdo a los cambios que se presenten en el entorno externo y/o interno. Además para la realización de estos cambios se tiene en cuenta que estén acordes al propósito de la institución y que en ella se defina el trato con los usuarios de los diferentes servicios, así mismo la visión de la empresa busca que está se proyecte hacia el futuro y a el desarrollo de todos sus procesos.

Estas reuniones son convocadas por la dirección de la empresa y coordinadas por la oficina de atención al usuario en donde se cita a todo el personal y de manera participativa y grupal se realizan las modificaciones necesarias.

		<p>Se efectúa de manera periódica el proceso de revisión y actualización de los procesos de la organización, en este el coordinador de cada área verifica que los procesos de los cuales está encargado estén acordes a las políticas institucionales y a los cambios externos e internos empresariales y a los ajustes cambios que se efectúen dentro de la plataforma estratégica.</p>		
<p>5. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento.</p>	1,90	<p>El PAMEC realiza el proceso de monitorización de los procesos que se desarrolla a través de las auditorías internas de calidad; efectuadas según el cronograma elaborado por dicho comité.</p> <p>Los resultados de estas auditorías son comunicados al responsable del proceso auditado por medio del informe correspondiente y la solicitud de acciones correctivas o preventivas si así lo requiere.</p> <p>El comité de control interno realiza el proceso de publicación de los</p>	<p>Manual de auditorías.</p> <p>Indicadores del cuadro de mando integral.</p> <p>Página web con publicación de indicadores.</p>	<p>Seguir con la revisión y replanteamiento periódico de los objetivos y metas de cada unidad funcional ajustándolas a las necesidades de los clientes.</p>

	<p>resultados de los indicadores los cuales son analizados en reunión de personal con los funcionarios y se concretan estrategias de mejoramiento.</p> <p>Para la recolección de la información de los diversos indicadores el comité de control interno pide la información correspondiente a los diferentes comités y jefes de áreas y de manera mensual es sistematizada y analizada.</p> <p>Este proceso de medición es analizado y revisado de forma periódica por el comité de control interno y el PAMEC que programan la actualización del manual de procesos y de los diferentes manuales de la organización.</p> <p>El PAMEC y los directivos de la empresa realizan un análisis mensual de los resultados obtenidos en los indicadores del cuadro de mando integral. En reunión se verifican si las metas propuestas son alcanzadas, al</p>		
--	--	--	--

		<p>mismo tiempo en esta reunión se replantean en caso de ser necesario las estrategias, indicadores y metas del cuadro de mando integral.</p> <p>El resultado de estas reuniones es comunicado a los funcionarios de la empresa en reunión de personal y con estos se discuten actividades que sirvan para el mejoramiento y logro de las metas</p> <p>Todo lo antes mencionado se encuentra descrito en el manual de procesos de la empresa.</p>		
<p>6. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización.</p>	2,00	<p>La ESE Hospital Guillermo Gaviria Correa del municipio de Caicedo es una empresa que tiene dentro sus principios el respeto a la dignidad humana en el que le garantiza a cada paciente el respeto por sus derechos universales e irrenunciables, brindándole la consideración y atención que merece como ser humano.</p> <p>Cada uno de los funcionarios de la empresa ha sido capacitado en el código de ética en el que se</p>	<p>Código de ética, plataforma estratégica, deberes y derechos, plan de desarrollo, software de historias clínicas y laboratorio que garantiza una mayor confidencialidad y seguridad en el acceso a la información.</p>	<p>Empoderar a los usuarios externos de sus deberes y derechos dentro de la institución, con el fin de que conozcan su importancia dentro del plan de direccionamiento de la empresa.</p>

		<p>encuentran las políticas institucionales orientadas a garantizar y cumplir con el respeto de los derechos de los clientes, su dignidad personal, privacidad y seguridad.</p> <p>En las auditorías realizadas a los diferentes procesos se evalúa que dicho conocimiento sea aplicado de manera constante en la atención de cada uno de nuestros usuarios.</p>		
<p>7. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores.</p>	1.00	<p>Los funcionarios de la empresa reportan los riesgos que se presentan en la ejecución de cada uno de los procesos de la empresa según lo contemplado dentro del mapa de riesgos ya sean riesgos tanto para el usuario interno como externo.</p> <p>Se plantean indicadores para la medición de la presentación del riesgo, cuyos resultados son comparados con las metas trazadas.</p> <p>Los funcionarios de la empresa han sido sensibilizados y capacitados en las políticas internas empresariales, en las que prima el respeto hacia</p>	<p>Manual de riesgos institucional</p> <p>Capacitación a los funcionarios sobre dicho manual.</p>	<p>Sensibilizar al personal de la institución sobre la importancia de reportar cada uno de los riesgos que se presentan en el área de trabajo y a la comunidad sobre el adecuado uso de los buzones de sugerencia.</p> <p>Implementar un protocolo y estrategias de manejo de frente al comportamiento agresivo de los usuarios.</p>

		<p>cada uno de los usuarios de la organización ya sean internos o externos.</p> <p>Al momento de la llegada de los usuarios a la empresa por cualquiera de los servicios le es transmitida la información sobre los derechos y deberes que tienen, así como el lugar a donde deben acudir en caso de presentarse algún comportamiento irregular o de tener sugerencia o quejas frente a la prestación del servicio.</p> <p>En la oficina de atención al usuario se le dará trámite a estas sugerencias o quejas.</p>		<p>Mejorar todos los procedimientos relacionados con el manejo y control de visitantes en la institución.</p>
<p>8. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>	1,00	<p>En el plan de desarrollo se definen las políticas organizacionales, el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer, además en el manual de procesos se presenta la elaboración de planes y programas de salud, de acuerdo con las necesidades de los usuarios, identificadas mediante la voz de los usuarios y el seguimiento a los</p>	<p>Plan de desarrollo.</p> <p>Actas y acuerdos de la junta directiva.</p>	<p>Mayor difusión de estos planes hacia la comunidad del municipio.</p> <p>Mayor empoderamiento de la junta directiva en los procesos institucionales.</p>

		indicadores del cuadro de mando integral.		
9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional.	1,90	La institución cuenta con el manual de funciones donde se especifica las calidades, competencias que el recurso humano debe tener para la contratación, nombramiento y posesión con el mismo, de igual forma el presupuesto de la institución asigna los recursos financieros y físicos desagregadamente.	Manual de funciones, Manual de procesos donde está el proceso de presupuesto.	Mejorar la adherencia a los procesos presupuestales, a las normas contables y presupuestales.  Adquirir un sistema que integre la información de las diferentes dependencias de la Entidad, incluyendo el manejo del presupuesto de ingresos y gastos.  Mejorar la información proveniente del área Contable y Financiera, los informes son poco relevantes para la ESE Hospital y la consolidación de la información que se presenta en el Balance General y en el Estado de Actividad Financiera,

				<p>Económica y Social.</p> <p>Es necesario un sistema integrado que permita el manejo, control y retroalimentación entre las áreas de tesorería y contabilidad, además, de realizar conciliación de las cuentas y depuración en los saldos revelados, que reflejen la situación económica real del hospital.</p>
<p>10. Existe un proceso para la protección y control de los recursos.</p>	<p>1,00</p>	<p>Para la protección y control de recursos se realiza una medición de la productividad mediante los indicadores de gestión.</p> <p>En la institución se adelanta el proceso de auditoría en el que se realiza la detección de no conformidades y solicitud de acciones correctivas y se efectúan planes de mejoramiento.</p>	<p>Indicadores de gestión.</p> <p>Manual de procesos.</p> <p>Software de XENCO.</p> <p>Plan de mantenimiento correctivo y preventivo.</p>	<p>Mejorar la adherencia a los procesos de tipo financiero, presupuestal y contractual de tal forma que se dé cumplimiento a las normas establecidas por la institución y por la ley.</p> <p>Elaborar un Plan Anual de Compras y</p>

				<p>Adquisiciones de la ESE.</p> <p>Elaborar acto Administrativo que adopte las medidas de Austeridad del Gasto Público, para armonizar los gastos y dar cumplimiento al el Decreto Nacional de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público en las Entidades que manejen recursos del Tesoro</p> <p>Adquirir un sistema que integre la información de las diferentes dependencias de la Entidad, incluyendo el manejo del presupuesto de ingresos y gastos dificulta su seguimiento, dado que tal proceso es manual.</p>
--	--	--	--	---

			<p>Mejorar la gestión procedimental en el área contable, la conciliación de las cuentas de tal forma que se dé cumplimiento a los principios de revelación, causación y registro, permitiendo la toma de decisiones en momentos determinados.</p> <p>Mejorar el manejo, control y retroalimentación entre las áreas de tesorería y contabilidad,</p> <p>Realizar conciliación de las cuentas y depuración en los saldos de tal forma que reflejen la situación económica real del Hospital.</p> <p>Efectuar estudios sobre</p>
--	--	--	--

				<p>el impacto que produce en la cartera, el no trámite de manera oportuna de las Glosas.</p> <p>Mejorar la gestión de cobro a los diferentes deudores de la ESE Hospital.</p>
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia.	1,90	Se realizan planes de mejora frente a las desviaciones halladas en los indicadores de gestión y se efectúa seguimiento a los mismos.	Planes de mejora.	<p>Efectuar auditorías permanentes a los procesos estratégicos y financieros de la institución que permitan detectar oportunidades mejora y desarrollar planes de mejora.</p> <p>Realizar actividades de comparación con otras instituciones que aporten nuevas estrategias de mejoramiento.</p>
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de	1,90	Se efectúa divulgación de los planes de mejora por medio de los diferentes comités institucionales y reuniones	<p>Actas de reuniones.</p> <p>Planes de mejora.</p>	Diseñar planes de mejoramiento frente a los procesos

mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.		de personal.	Modelo de mejoramiento.	estratégicos y de apoyo de la institución.
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,90	La monitorización de los procesos seleccionados se desarrolla a través de las auditorías internas de calidad y de la medición por medio de indicadores este proceso se encuentra descrito en el manual de procesos de la empresa.	Indicadores de gestión.	Diseñar planes de mejoramiento frente a los procesos estratégicos y de apoyo de la institución.  Revisión y adecuación permanente de los indicadores.
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,90	Las actividades de mejoramiento de la calidad son transmitidas a los usuarios internos y externos a través de los informes de las auditorías, de carteleras, videos y conferencias en las reuniones de liga de usuarios, y grupos focales.	Actas de reuniones de personal, actas de reuniones de liga de usuarios y grupos focales, rendición de cuentas.  Informe de auditorías.  Pagina Web	Realizar actividades que generé un mayor empoderamiento de la comunidad frente a los logros alcanzados por la organización.
<b>SUBTOTAL GRUPO</b>	16,00			
<b>ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS</b>				

<p>1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.</p>	<p>1,90</p>	<p>La medición del clima organizacional y la evaluación del desarrollo humano muestran las inquietudes de los funcionarios y permite el planteamiento de soluciones tendientes al mejoramiento organizacional.</p> <p>En la evaluación del desarrollo humano se concerta entre el jefe de área y el funcionario objetivos para el mejoramiento del proceso. Se recogen además las necesidades del empleado frente a la institución así como sus falencias. Estos procesos se encuentran descritos en el manual de procesos de la empresa.</p> <p>En la medición del clima organizacional se recogen las expectativas de los funcionarios las cuales son evaluadas por la oficina de atención al usuario y las directivas de la empresa.</p> <p>El comité de bienestar social se encarga de lo relacionado con los estímulos e incentivos de los</p>	<p>Proceso de medición del clima organizacional en el manual de procesos y resultados de la medición en informes de la ARP.</p> <p>Evaluación del desarrollo humano.</p> <p>Manual de procesos actas de reuniones de personal y asistencia las mismas.</p> <p>Plan de capacitaciones.</p>	<p>Afianzar los canales de comunicación entre las directivas de la empresa y los empleados para que esta fluya de una forma más adecuada.</p> <p>Mejorar los planes de incentivos y estímulos a los empleados.</p>
--	-------------	---	---	--

		<p>empleados.</p> <p>Existe un proceso de selección, vinculación y seguimiento del funcionario descrito en el manual de procesos, en este proceso se evalúa entre otros aspectos las expectativas y necesidades de este recurso humano frente al cargo a ocupar y a la empresa.</p> <p>Mediante reuniones de personal efectuadas de forma periódica se analizan las necesidades de los clientes internos de la organización así como las sugerencias e inquietudes de estos frente a los procesos de la organización.</p> <p>El plan de capacitación de la empresa es efectuado basado en la detección de las necesidades de los empleados y evaluado de forma periódica y es adaptado a los cambios empresariales.</p>		
2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.	1,60	En el manual de funciones se encuentra lo relacionado con los requisitos y perfil del cargo.	Manual de procesos. Manual de funciones.	Mayor empoderamiento de la junta directiva de sus funciones.

		<p>El manual de procesos cuenta con el proceso de elaboración y revisión del plan de desarrollo y la plataforma estratégica en él se incluyen aspectos directamente relacionados con cambios en la estructura organizacional.</p> <p>La junta directiva se encuentra encargada de la aprobación de la planta de cargos de la empresa actividad que hace parte de las funciones de la junta directiva.</p>	<p>Manual de inducción a la junta directiva.</p> <p>Actas y acuerdos de junta directiva.</p>	
<p>3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de</p>	1,90	<p>En el proceso de selección de los profesionales y no profesionales se verifica que la documentación presentada que sea acorde con las competencias requeridas para el desarrollo de las funciones.</p> <p>Las hojas de vida de los funcionarios presentan toda la documentación requerida para el desarrollo de labor asignada.</p> <p>La evaluación de cada uno de los empleados se efectúa a través de la</p>	<p>Manual de procesos.</p> <p>Hojas de vida de los funcionarios</p> <p>Actas y listados de asistencia procesos de inducción y re inducción</p> <p>Evaluación de los procesos de inducción y re inducción.</p> <p>Plan de capacitaciones.</p>	<p>Fortalecer los procesos de inducción y re inducción.</p>

<p>terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</p>		<p>evaluación del desarrollo humano.</p> <p>Se efectúan procesos periódicos de inducción y re inducción y de capacitación continuidad a todos los funcionarios de la institución.</p> <p>Se efectúan en la institución evaluación del desempeño de los funcionarios y planes de mejora individuales de forma semestral.</p>	<p>Actas y listados de asistencia a capacitaciones.</p> <p>Evaluación de las capacitaciones</p> <p>Evaluaciones del desempeño y planes de mejora individuales.</p>	
<p>4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>	<p>1,90</p>	<p>El plan de capacitaciones presenta los lineamientos para la orientación y capacitación al personal de la institución, éstas inquietudes y necesidades son recogidas en la medición del clima organizacional, en las reuniones de personal y en las reuniones de los comités.</p> <p>La institución para la elaboración del plan de capacitaciones utiliza la metodología PIC, donde se conforman grupos de trabajo con todos los funcionarios de la empresa y se identifican por grupos y por competencias del cargo las necesidades de capacitación.</p>	<p>Plan de capitaciones.</p> <p>Medición del clima organizacional.</p> <p>Actas de reuniones de personal y actas de reuniones de comités.</p>	<p>Evaluar de forma regular a los empleados que reciben capacitaciones externas sobre los conocimientos adquiridos en dichas capacitaciones y su aplicación en la empresa.</p>

<p>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>	<p>1,90</p>	<p>La calificación del personal profesional y no profesional, se realiza mediante la evaluación del desarrollo humano en donde por medio de la concertación se determinan objetivos para el mejoramiento. En esta evaluación se realiza un análisis de las dimensiones afectiva, intelectual y social del funcionario de la empresa, además se destacan los logros de los empleados en el periodo evaluado.</p> <p>La dimensión afectiva evaluada es entendida como la relación consigo mismo para percibir la vida mediante el dominio de los impulsos, deseos, miedos, las emociones, sentimientos y afectos. La dimensión intelectual es la relación con la naturaleza para interactuar con ella por medio del conocimiento y las teorías que deben ser aplicadas para mejorar el trabajo haciendo uso de la creatividad, la percepción, voluntad, la atención, pensamiento, el razonamiento para contribuir al desarrollo tecnológico. La dimensión social es la actuación</p>	<p>Evaluación del desarrollo humano.</p> <p>Planes de mejoramiento individual y seguimiento a los mismos.</p> <p>Acuerdos de gestión.</p>	<p>Seguimiento periódico a los planes de mejoramiento individual</p>
--	-------------	--	---	--

		<p>del empleado en relación con el equipo de trabajo y la sociedad en general.</p> <p>Se desarrollan planes de mejoramiento individual y se realiza seguimiento a los mismos.</p> <p>Se efectúan acuerdos de gestión entre el gerente y el director administrativo y se realiza seguimiento y planes de mejora en caso de no cumplimiento de las metas establecidas.</p>		
<p>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores.</p>	1,90	<p>El manual de inducción es presentado a todos los empleados de la institución de forma periódica en donde se definen aspectos del área administrativa.</p> <p>Se efectúan procesos de re inducción y capacitación al personal de la institución que permiten la continua actualización de conocimientos.</p> <p>Dentro del proceso de medición del clima organizacional se evalúan las necesidades del personal y sus</p>	<p>Manual de inducción, auditorías internas, protocolos médicos, listados de asistencia a las capacitaciones y evaluación a las capacitaciones, actas de re inducción, actas del COPASO.</p>	<p>Evaluación de adherencia a guías y resultado de la implementación de la misma.</p>

		<p>condiciones de trabajo.</p> <p>Se cuenta en la institución con guías de práctica clínica que fueron elaboradas con la participación de los profesionales de la salud y evaluadas de forma periódica, estas guías permiten que el personal asistencial desarrolle de forma integral su labor.</p> <p>Se desarrollan auditorías continuas a los procesos de la empresa y las condiciones de trabajo en materia de salud ocupacional a través del COPASO.</p>		
<p>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</p>	1,80	<p>Se efectúan reuniones de personal semanalmente donde los funcionarios expresan sus opiniones e inquietudes; en la evaluación del desarrollo humano se concretan objetivos y metas con el personal para el adecuado desarrollo de los procesos.</p> <p>Se cuentan con medios de comunicación electrónicos como el intranet y buzones de sugerencias</p>	<p>Listado de asistencia a reuniones de personal, evaluación del desarrollo humano, pagina web, intranet.</p>	<p>Mejorar los canales de comunicación entre directivos y funcionarios de la institución para que la información fluya de manera más efectiva.</p>

		para el usuario interno.		
8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización.	1,90	<p>En el plan de gerencia de la información se tienen establecidos los mecanismos para mantener la confidencialidad de los registros del recurso humano de la institución y se especifica la forma de como cada funcionario y a través de quien pueden acceder a la información.</p> <p>Se tienen establecidas las tablas de retención documental en donde se definen los periodos de retención de la documentación y la forma de almacenamiento.</p>	Plan de la gerencia de la información y registro de entrada y salida de documentos.	Adecuar un sitio más seguro para el almacenamiento de la información relacionado con el recurso humano.
9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.	1,90	<p>Se cuenta con el COPASO encargado de la vigilancia y control en lo relacionado a la salud ocupacional. Este comité se reúne mensualmente y se verifican las condiciones de salud ocupacional de los funcionarios.</p> <p>Se establecen las necesidades de capacitación en esta materia con el fin de evitar riesgos laborales. En el</p>	Actas del comité COPASO, plan de capacitaciones, listado de asistencia a capacitaciones y evaluación de las mismas; programa de salud ocupacional.	Mayor operatividad del COPASO.

		<p>plan de capacitaciones queda establecido el cronograma y evaluación de dichas capacitaciones.</p> <p>Se tiene establecido el panorama de riesgos laborales al que se le hace seguimiento periódico y planes de mejora.</p>		
<p>10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</p>	1,90	<p>La medición del clima organizacional y análisis del mismo por medio de la ARP permite la detección de la insatisfacción del cliente interno. A partir de esta evaluación se desarrollan planes de mejoramiento.</p> <p>La medición del clima organizacional evalúa de forma más global el grado de satisfacción de los funcionarios.</p>	<p>En el manual de procesos se encuentra descrito el proceso de medición del clima organizacional y en las actas de oficina de atención al usuario los resultados de la medición del mismo y los planes de mejoramiento, los cuales son comunicados a los funcionarios durante las reuniones de personal y publicados en cartelera institucional</p> <p>Es de anotar que dentro de los indicadores que se tiene establecido para el cuadro de mando integral se evalúa porcentaje de satisfacción del usuario interno.</p>	<p>Revisión de la encuesta de clima organizacional de forma periódica adecuándola a las necesidades y expectativas de los usuarios internos.</p> <p>Efectuar no solo mediciones de clima organizacional sino también de satisfacción del usuario.</p>
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				

<p>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</p>	<p>1,90</p>	<p>Periódicamente se realizan auditorías a los diferentes procesos institucionales y se efectúan solicitud de acciones correctivas y planes de mejoramiento a las no conformidades.</p>	<p>Manual de auditoría. Manual de proceso, informes de auditoría interna.</p>	
<p>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>	<p>1,90</p>	<p>Una vez detectadas las no conformidades se plantean objetivos, metas a cumplir, metodologías e indicadores para evaluar las prioridades a mejorar verificándose en una nueva auditoría el cumplimiento de las no conformidades.</p>	<p>Planes de mejoramiento. Modelo de mejoramiento.</p>	
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	<p>1,90</p>	<p>Se cuenta con indicadores para verificar el estado de los procesos antes y después de las auditorías internas.  El cuadro de mando integral tiene establecidos los indicadores de medición para los procesos internos los cuales son evaluados mensualmente por el PAMEC y el comité de control interno, donde se establecen estrategias para el mejoramiento de aquellos que no cumplen con las metas planteadas.</p>	<p>Manual de auditoría y actas del PAMEC y del comité de control interno.  Cuadro de mando integral.</p>	

14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,90	Todos los resultados obtenidos son publicados en cartelera, se le entrega personalmente al funcionario evaluado el informe de la auditoría realizada, detallando en los hallazgos debilidades y fortalezas.	Actas de reunión de personal, indicadores, informe de auditoría.	
<b>SUBTOTAL GRUPO</b>	28,00			
<b>ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</b>				
1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.	1,90	<p>Se tienen establecidos planes de salud ocupacional, de emergencias y de mantenimiento hospitalario.</p> <p>En el manual de residuos hospitalarios se establecen los parámetros para el adecuado mantenimiento de un ambiente físico acorde a las necesidades institucionales para la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Realización de visitas a los puestos de trabajo.</p>	<p>Plan de salud ocupacional donde se trazan los objetivos y actividades para mantener y mejorar las condiciones de salud ocupacional.</p> <p>Plan de emergencias que incluye la evacuación interna de los usuarios y la preparación y atención de emergencias y desastres. En este plan se identifican y señalizan las diferentes áreas para la atención de la eventualidad.</p> <p>Manual de desechos donde se especifica los procedimientos para una adecuada disposición</p>	<p>Realización de simulacros de emergencia en donde se cuenta con la participación de todos los funcionarios tanto de la institución como de la alcaldía municipal.</p>

			<p>d los residuos hospitalarios.</p> <p>Se realiza auditoría para verificar el cumplimiento de los procesos allí definidos.</p>	
<p>2 La organización cuenta con procesos diseñados y operacionales, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente.</p>	1,10	<p>Cada área funcional tiene establecido sus normas de bioseguridad que se encuentran en las guías y protocolos.</p> <p>El COVE analiza dentro del comité la ocurrencia de infecciones intra hospitalarias y en el manual de riesgos se tienen establecidas las acciones de control y los indicadores para el seguimiento de la ocurrencia de los riesgos propios de cada servicio.</p> <p>Se cuenta con las guías de atención para el aislamiento del paciente hospitalizado.</p> <p>Se tiene el manual de buenas prácticas de esterilización. Se realizan controles de esterilización químicos y biológicos y se realiza</p>	<p>Guías de los diferentes servicios.</p> <p>Actas del comité de vigilancia epidemiológica.</p> <p>Manual de riesgos.</p> <p>Indicadores a seguimiento a riesgos.</p> <p>Controles químicos y biológicos.</p>	<p>Re inducción periódica al personal asistencial sobre las técnicas de aislamiento debido a la baja ocurrencia de estos casos en la institución.</p> <p>Mejora de la infraestructura en el área de esterilización que cumpla con los requisitos establecidos el Sistema Único de Habilitación.</p> <p>Capacitación continuada al personal encargado del área de esterilización en este</p>

		mantenimiento permanente de equipos.		tema.
<p>3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.</p>	<p>1,30</p>	<p>En el manual de procesos se tiene establecido lo referente al mantenimiento hospitalario tanto de equipos como de planta física.</p> <p>El plan de emergencia establece las rutas de evacuación, las zonas de acceso y las zonas restringidas, así como también los horarios en los cuales se puede acceder a la institución.</p> <p>Se tiene contratación para el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de la institución, cada equipo cuenta con hoja de vida donde se registran estos mantenimientos y con un cronograma para la realización de los mismos.</p>	<p>Manual de procesos.</p> <p>Manual de mantenimiento hospitalario.</p> <p>Plan de emergencia.</p> <p>Hojas de vida de los equipos.</p> <p>Guías rápidas de manejo de los equipos.</p> <p>Contratos de mantenimiento.</p> <p>Certificación de personal encargado del mantenimiento de equipos biomédicos.</p>	<p>Realización de simulacros de emergencia en donde se cuenta con la participación total de todos los funcionarios tanto de la institución como de la alcaldía municipal.</p> <p>Adquirir una planta de energía para la provisión de energía de emergencia.</p> <p>Realizar procesos de verificación del cumplimiento del objeto del contrato de mantenimiento.</p> <p>Documentar el entrenamiento del personal de la institución en el manejo de equipos.</p>

				Adquirir los manuales de funcionamiento de los equipos en idioma español.
4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos.	1,30	<p>Se cuenta con plan de residuos hospitalarios.</p> <p>Existe personal encargado de la recolección de los residuos, horarios de evacuación e indicadores de producción.</p> <p>La institución realiza periódicamente auditorías para verificar la correcta disposición de los residuos.</p>	<p>Manual de residuos hospitalarios.</p> <p>Reporte de indicadores de residuos.</p> <p>Planes de mejoramiento.</p> <p>Informes de auditorías internas y externas.</p>	<p>Mayor concientización del personal sobre el manejo y mejor utilización de material reciclaje.</p> <p>Mayor información al usuario externo sobre el manejo de los residuos dentro de la institución.</p> <p>Realización de planes de contingencia.</p>

<p>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</p>	<p>1,00</p>	<p>Se tiene establecido un plan de emergencias tanto internas como externas.</p> <p>Se identifican las diferentes áreas señalizadas por colores de acuerdo a la función que se realice en ella.</p> <p>Las actividades de cada empleado dentro del proceso de emergencias especificada en las tarjetas de funciones.</p>	<p>En el plan de emergencia se encuentra el análisis de la vulnerabilidad institucional.</p> <p>Está establecida la cadena de llamadas y la identificación del personal que está a cargo de los servicios.</p> <p>La asignación de responsabilidades durante la emergencia se encuentra establecida en la tarjeta de funciones de cada empleado.</p> <p>Se realizan capacitaciones sobre el plan de emergencias hospitalario, queda evidencia de esto en el listado de asistencia a capacitaciones y la evaluación de éstas. La organización cuenta con un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización (radio teléfono y celulares).</p>	<p>Mayor preparación para el manejo de situaciones de emergencia externa a los funcionarios de la administración municipal involucrados en el proceso de emergencias.</p>
---	-------------	--	---	---

<p>6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre.</p>	<p>1,00</p>	<p>En el plan de emergencias se define el proceso de triage el cual se efectúa de acuerdo a la condición del paciente, este proceso se efectúa en el área establecida para tal fin, de igual manera se tiene definidas las demás para la tensión requerida. Dentro del proceso se efectúa el registro de los clientes al momento del ingreso, y la salida de los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos clientes.</p>	<p>Plan de emergencia.</p>	<p>Participación activa de todos los funcionarios involucrados en la atención de emergencia incluyendo los de la administración municipal.</p>
<p>7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</p>	<p>1,00</p>	<p>Dentro del plan de emergencia se tiene contemplado el proceso para la prevención y respuesta a incendios.</p> <p>A través del COPASO se planean los simulacros que incluyen educación a los empleados, localización y uso de equipos, activación de la alarma interna, evacuación de los clientes y el procedimiento de desconexión y desinstalación de los equipos empresariales.</p>	<p>Plan de emergencia, actas del COPASO y actas de capacitaciones.</p>	<p>Mejor manejo de extinguidores por parte de los funcionarios de la empresa. Realización de un mayor número de simulacros</p>

<p>8. Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes.</p>	<p>1,00</p>	<p>En el plan de emergencia se contempla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso para la evacuación y reubicación de clientes.</li> <li>• La información que debe ser suministrada a agentes externos y familiares de las posibles víctimas.</li> <li>• La identificación del funcionario autorizado para transmitir esta información.</li> </ul> <p>Se tienen definidos los sitios para la reubicación de usuarios internos y externos en caso de ser necesario, así como también los puntos de encuentro de los funcionarios de la institución.</p>	<p>Plan de emergencia. Actas de simulacros.</p>	<p>Mayor información a la comunidad sobre los planes existentes dentro de la empresa.</p>
<p>9. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria.</p>	<p>1,00</p>	<p>En el manual de procesos está establecido el proceso de remisión y egreso de usuarios de la institución.</p> <p>Los funcionarios de la empresa cuentan con una carné que permite la fácil identificación de los mismos.</p> <p>Todos los usuarios hospitalizados son identificados con una manilla al</p>	<p>Manual de procesos.</p>	<p>Mejorar la identificación de las personas que se encuentran como visitantes en la institución con un registro de ingreso y salida de los mismos.</p> <p>Es necesario realizar un protocolo de búsqueda</p>

		ingreso a la institución.		en caso de extravío de usuarios.
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				
10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico.	1,00	En las auditorías realizadas al COPASO se evalúan los procesos para el mejoramiento del ambiente físico, además el comité de control interno en cabeza de su coordinadora evalúa los objetivos y las estrategias para el mejoramiento del ambiente físico.	Manual de auditoría. Actas del COPASO.	
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	1,00	Detectadas las no conformidades se plantean objetivos, metas a cumplir, metodologías e indicadores para evaluar las prioridades a mejorar verificándose en una nueva auditoría el cumplimiento de las no conformidades.	Manual de auditoría.	
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	Se cuenta con indicadores para verificar el estado de los procesos antes y después de las auditorías internas, en la encuesta realizada por control interno se evalúa el proceso de mejora del ambiente físico, está es realizada por los jefes de área, empleados y gerente de la empresa.	Manual de auditoría y actas del COPASO Y comité de control interno, cuadro de mando integral.	

14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,00	Los resultados obtenidos son publicados, la evaluación del informa se expone en las reuniones de personal o dentro del proceso de capacitaciones.	Actas de reunión de personal, actas del comité de control interno.	Aumento del número de evaluaciones sobre conocimientos de los empleados relacionados con el ambiente físico.
<b>SUBTOTAL GRUPO</b>	<b>17,00</b>			
<b>ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN</b>				
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.	1,70	<p>Dentro del sistema de gestión de calidad existe un plan de gerencia de la información en el que se analizan aspectos como las necesidades de información, la captura de datos, transmisión de la información entre otros.</p> <p>El plan de gerencia de la información es de conocimiento de los funcionarios y su implementación permite el mejor manejo y análisis de la misma.</p> <p>Las necesidades de información de cada una de las áreas se determinan mediante la realización de encuestas a los usuarios externos de la institución, reuniones de personal para los funcionarios de la empresa</p>	Plan de gerencia de la información.	Es necesario efectuar la determinación de las necesidades de información por personal ajeno a la institución lo que puede permitir una expresión más fluida por parte de la comunidad de sus necesidades.

		y el plan de capacitaciones de la institución.		
2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)	1,90	<p>Dentro del sistema de gestión de calidad se tiene establecido el control de necesidades de la información que se efectúa mediante la jerarquía determinada en el organigrama institucional.</p> <p>En la estructura organizacional se presenta cada una de las unidades funcionales de la empresa, en estas unidades se produce información que se encuentra archivada mediante los procesos de clasificación, ordenación y descripción.</p> <p>Se tienen establecidas las tablas de retención documental que definen el tiempo de conservación de la documentación.</p> <p>Las necesidades de información de</p>	<p>Modelo de escucha activa. Actas de comité de atención al usuario.</p>	<p>Mayor participación de la junta directiva en los procesos institucionales, involucrar a los líderes comunitarios.</p>

		los usuarios externos e internos son establecidas mediante el modelo de escucha activa.		
3. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.	1,40	<p>Durante las auditorías realizadas a los procesos institucionales se identifican las no conformidades que originan acciones correctivas y planes de mejoramiento.</p> <p>El análisis de los indicadores institucionales permite evaluar desviaciones frente a las metas trazadas en el plan de desarrollo de la empresa.</p> <p>Se análisis de las no conformidades detectadas a través del modelo de mejoramiento instaurado.</p> <p>Los resultados son comunicados a los coordinadores de área para que estos realicen difusión y entrenamiento a los demás funcionarios.</p>	Manual de procesos, manual de auditoría.	Intervención no solo de directivos y coordinadores de área en el modelo de mejoramiento frente a las desviaciones detectadas.
4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	1,90	En el plan de gerencia de la información se incluye lo relacionado con la seguridad y confidencialidad. Se plantean aspectos como la	Plan de gerencia de la información, software institucional.	Cambio periódico de claves por parte de los usuarios del sistema para garantizar mejor

		<p>restricción al acceso de los archivos y los software institucionales (historias clínicas, laboratorio, tesorería, cartera, presupuesto, almacén).</p> <p>El software de historias clínicas no permite modificaciones en la historia después de cerrada la misma.</p> <p>Para el acceso a los diferentes módulos del software empresarial se requiere de una llave y clave que solo son conocidas por el operador del modulo.</p>		confidencialidad en el uso de la información.
5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.	1,70	La transmisión de la información y datos está descrita en el plan de gerencia de la información en el que se especifica la jerarquización de la información y su restricción dependiente de las actividades de cada funcionario con el fin de garantizar la seguridad y confidencialidad de la misma.	Plan de gerencia de la información.	Mejorar los procesos de inducción y re inducción con respecto a la gerencia de la información.
6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.	1,30	La captura de taos se realiza a través del software institucional o mediante la recolección de la información a partir de los datos	Plan de gerencia de la información.	Adquirir un sistema que integre la información de las diferentes dependencias

		generados por las diferentes áreas, dicho proceso está en el plan de gerencia de la información de manera detallada.		administrativas de la Entidad, incluyendo el manejo del presupuesto de ingresos y gastos dificulta su seguimiento, dado que tal proceso es manual
7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	1,30	La consolidación de la información de los procesos se realiza mediante el software de la empresa.  El análisis de la información es realizada por los diferentes comités de la empresa y es allí donde se plantean alternativas para el mejoramiento de los procesos.	La descripción del proceso está en el plan de gerencia de la información.	Adquirir un software que integre los procesos administrativos de la empresa.
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>				
8. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información.	1,70	Periódicamente se realizan auditorías y se efectúan solicitud de acciones correctivas y planes de mejoramiento a las no conformidades.	Manual de auditoría. Plan de gerencia de la información.	Adquirir un sistema que integre la información de las diferentes dependencias de la Entidad, incluyendo el manejo del presupuesto de ingresos y gastos dificulta su seguimiento, dado que

				tal proceso es manual
9. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	1,00	Una vez detectadas las no conformidades se plantean objetivos, metas a cumplir, metodologías e indicadores para evaluar las prioridades a mejorar verificándose en una nueva auditoría el cumplimiento de las no conformidades.	Manual de auditoría.	Realizar actividades de comparación con otras instituciones que aporten nuevas estrategias de mejoramiento.
10. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	Se cuenta con indicadores para verificar el estado de los procesos antes y después de las auditorías internas.	Manual de auditoría.	Mejorar los informes producidos por el área Contable y Financiera, debido a que son poco relevantes para la ESE.  La consolidación de la información que se presenta en el Balance General y en el Estado de Actividad Financiera Económica y Social, debe utilizarse como herramienta administrativa útil para la toma de decisiones.

11. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,00	Se le entrega al funcionario evaluado el informe de la auditoría realizada detallando en los hallazgos, debilidades y fortalezas y también se informa de los resultados obtenidos en las reuniones de personal.	Actas de reunión de personal.	Búsqueda de nuevos canales de comunicación.
<b>SUBTOTAL GRUPO</b>	14,00			
<b>TOTAL GRUPOS</b>	161,0			