

**DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN
CARDIOLOGY SALUD S.A.S.**

**TANIA DEL PILAR MENDOZA PEÑA
MANUELA BELTRÁN OSORIO**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA
2019**

**DIAGNÓSTICO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN
CARDIOLOGY SALUD S.A.S.**

**TANIA DEL PILAR MENDOZA PEÑA
MANUELA BELTRÁN OSORIO**

Asesor temático:

DIEGO CARMONA CARMONA

**Médico y Cirujano, Especialista en Auditoría en Salud, Especialista en
Gerencia de Instituciones de Salud, Maestrante Administración de Hospitales
y Servicios de Salud**

Asesor metodológico:

NINI JHOHANNA BECERRA GONZÁLEZ

**Licenciada en pedagogía infantil. Especialista en enseñanza de la literatura.
Especialista en derechos humanos. Mg en educación desde la diversidad.
Candidata a PhD en ciencias de la educación.**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA
2019**

Nota de Aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Pereira, Abril de 2019

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que siempre sabe el cómo y el por qué de todas las cosas en el Universo.

A nuestros padres, porque sin ellos, sin su apoyo, sin su acompañamiento, no hubiésemos podido culminar nuestra especialización.

Al Centro de Posgrados de la Fundación Universitaria del Área Andina por su valioso acompañamiento durante este proceso de aprendizaje.

A Cardiology Salud, S.A.S., en cabeza del Dr. Javier Gustavo Martínez Aroca, quien nos permitió realizar la presente investigación y a sus auxiliares, cuya colaboración fue valiosa dentro del desarrollo de este estudio.

A todos, gracias.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
1. PROBLEMA	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS	16
3.1. OBJETIVO GENERAL	16
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4. MARCO TEÓRICO	17
4.1. MARCO INSTITUCIONAL	17
4.1.1. Ubicación de la empresa	17
4.1.2. Datos de conformación de la empresa	17
4.1.3. Objeto social de la empresa	18
4.2. MARCO REFERENCIAL	19
4.3. MARCO CONCEPTUAL	21
4.3.1. Palabras clave	23
4.4. MARCO NORMATIVO	23
5. METODOLOGÍA	28
5.1. DISEÑO	28
5.2. POBLACIÓN OBJETO	28
5.3. MUESTRA	28

5.4.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
5.5.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	28
5.6.	VARIABLES	28
5.7.	PLAN DE ANÁLISIS	29
5.7.1.	Recolección de datos	29
5.7.2.	Tabulación de los datos	29
5.7.3.	Análisis estadístico	29
5.8.	COMPROMISO BIOÉTICO	29
5.9.	COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL	30
5.10.	RESULTADOS ESPERADOS	31
5.11.	POBLACIÓN BENEFICIADA	31
5.12.	DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	31
5.13.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	31
5.13.1.	Cronograma	31
5.13.2.	Presupuesto	31
6.	RESULTADOS	32
6.1.	CUMPLIMIENTO GENERAL DE ÍTEMS APLICADOS	34
6.1.1.	Lista de verificación para todos los servicios	35
6.1.2.	Lista de verificación para apoyo diagnóstico cardiovascular	36
6.2.	CUMPLIMIENTO GENERAL POR ESTÁNDAR	37
6.2.1.	Estándar talento humano	37
6.2.2.	Estándar infraestructura	38
6.2.3.	Estándar dotación	39
6.2.4.	Estándar medicamentos, dispositivos médicos e insumos	39

6.2.5. Estándar procesos prioritarios	40
6.2.6. Estándar historia clínica y registros	40
6.2.7. Estándar interdependencia	41
6.3. PRIORIZACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN	42
6.4. PLANES DE ACCIÓN PROPUESTOS	42
7. DISCUSIÓN	43
8. CONCLUSIONES	45
9. RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	50

TABLA DE GRÁFICAS

Gráfico 1. Lista de verificación todos los servicios	34
Gráfico 2. Lista de verificación apoyo diagnóstico cardiovascular	35
Gráfico 3. Cumplimiento general de ítems aplicados	36
Gráfico 4. Cumplimiento ítems todos los servicios	37
Gráfico 5. Cumplimiento ítems apoyo diagnóstico cardiovascular	38
Gráfico 6. Cumplimiento estándar talento humano	39
Gráfico 7. Cumplimiento estándar infraestructura	39
Gráfico 8. Cumplimiento estándar dotación	40
Gráfico 9. Cumplimiento estándar medicamentos, dispositivos médicos e insumos	41
Gráfico 10. Cumplimiento estándar procesos prioritarios	41
Gráfico 11. Cumplimiento estándar historia clínica y registros	42

TABLA DE CUADROS

Cuadro 1. LISTA DE VERIFICACIÓN TODOS LOS SERVICIOS	33
Cuadro 2. LISTA DE VERIFICACIÓN APOYO CARDIOVASCULAR	34
Cuadro 3. CUMPLIMIENTO GENERAL DE ÍTEMS APLICADOS	36
Cuadro 4. CUMPLIMIENTO ÍTEMS TODOS LOS SERVICIOS	37
Cuadro 5. CUMPLIMIENTO ÍTEMS APOYO DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR	38
Cuadro 6. PRIORIZACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN	43

TABLA DE ANEXOS

Anexo A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	50
Anexo B. Estándares y criterios de acuerdo con la resolución 2003 de mayo 30 de 2014	51
Anexo C. Consentimiento Institucional	73
Anexo D. CRONOGRAMA	74
Anexo E. PRESUPUESTO	75
Anexo F. Planes de acción sugeridos para optimizar las condiciones de habilitación	76

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema Único de Habilitación, a través de la Resolución 2003 de 2014, establece los criterios que deben ser tenidos en cuenta para que una Institución, pública o privada, o un consultorio de profesional independiente, tenga las condiciones óptimas para prestar la atención en salud de sus pacientes, sin importar la cantidad de servicios que preste.

Ya que el Sistema Único de Habilitación busca minimizar los riesgos para los usuarios en la prestación de los servicios de salud, debe cumplirse dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad y, con la respectiva verificación de las condiciones básicas de suficiencia patrimonial y financiera, capacidad tecnológica y científica y capacidad técnico- administrativa. Todo esto, hace parte de brindar seguridad al paciente en cualquier atención que se le preste, enfocados en un trato humanizado y que derive en la satisfacción, tanto de los pacientes, como de las personas que se encuentran involucradas en el sistema.

Por lo anterior, se entiende que una institución prestadora de servicios de salud (IPS) que no se encuentre en óptimas condiciones para atender de forma idónea a los pacientes, no se considera habilitada para tal fin y, no podrá ofrecer ni prestar sus servicios.

En este trabajo, se realiza la evaluación de condiciones de habilitación de la empresa Cardiology Salud SAS, con el fin de hacer un diagnóstico de las mismas y conocer el porcentaje de cumplimiento de los estándares vigentes de habilitación. Derivados de este diagnóstico, sugerir planes de acción para la optimización de las condiciones de habilitación.

Cardiology Salud SAS, es una empresa creada en el año 2011 dentro del hospital universitario san Jorge de Pereira, por el Doctor Javier Gustavo Martínez, cardiólogo de Barranquilla y director de la Unidad, especializada en diagnóstico cardiovascular, no invasivo, a pacientes con patologías cardíacas o con sospecha de ellas que contara con las cualidades humanas y ayudas tecnológicas adecuadas.

2. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad en la prestación de servicios de salud y la certeza, para los pacientes, de que están siendo atendidos en el sitio y por el personal idóneo, debe ser primordial para las instituciones que prestan estos servicios. De esta forma, es de vital importancia cumplir con los requisitos normativos vigentes en Colombia, para poder superar las expectativas de atención a los usuarios y mantenerse en el mercado como referentes de calidad.

Las Empresas Sociales del Estado, así como todas las Instituciones privadas de salud, deben encontrarse habilitadas para la prestación de los servicios que ofrece. Desde la creación de la ley 9 de 1979, se reglamentan las condiciones sanitarias y, de infraestructura, adecuadas para la prestación de un servicio de salud (1). La Constitución Política de Colombia de 1991, establece en su artículo 49, que la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual se encargará de reglamentar la prestación de los servicios de salud de las Instituciones públicas o privadas y realizará el control sobre las mismas (2).

La ley 100 de 1993 establece que la salud es un derecho fundamental y que será administrado y vigilado por el Estado. La implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), (Ministerio de salud y Protección social, 2008) busca proveer servicios de salud de manera individual y colectiva, garantizando la accesibilidad al sistema y por ende eliminando las barreras de acceso a la prestación de los servicios de salud. (3)

La resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, define las condiciones (estándares) de habilitación que deben ser cumplidas por los Prestadores de Servicios de Salud, para mantenerse dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los cuales son las condiciones mínimas para la prestación adecuada de un servicio de salud,

independientemente del servicio que este ofrezca. Para esto, deben cumplir con las siguientes condiciones (4):

- Capacidad Técnico-Administrativa.
- Suficiencia Patrimonial y Financiera.
- Capacidad Tecnológica y Científica.

En este sentido se requiere revisar, de manera precisa, cómo se está dando el cumplimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, desde el sistema único de habilitación, puesto que de la estructura de sus procesos y de sus protocolos de atención, dependerá la satisfacción del servicio entregado a y recibido por los usuarios, para lo cual se entregará un diagnóstico cuantitativo de las condiciones actuales de habilitación, según los lineamientos de la Resolución 2003 de 2014 y se propondrán planes de acción para optimizar las condiciones para la prestación de sus servicios y la realización de exámenes especializados.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las condiciones de habilitación, que según la resolución 2003 de 2014, cumple la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, durante el primer trimestre de 2019?

3. JUSTIFICACIÓN

El Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad (SOGC) busca que la prestación de servicios de salud por parte de las IPS, independientemente de la clase y la cantidad de servicios que preste a la comunidad, esté garantizada para generar un impacto positivo en el usuario y, por ende, su satisfacción con la atención recibida. El incumplimiento de los estándares que componen el sistema, acarrea consecuencias importantes para las instituciones, que pueden llevar hasta el cierre temporal o definitivo de la misma (5).

Dentro del SGOC, se encuentra el Sistema Único de Habilitación en salud (SUH), el cual es fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las instituciones, para mejorar las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios y para garantizar la prestación idónea de los diferentes servicios de salud a los usuarios (6).

La Resolución 2003 de 2014 (7), “por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”. Esta resolución, también adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución, en el campo de aplicación.

La presente resolución aplica a:

- ❖ *Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.*
- ❖ *Los Profesionales Independientes de Salud.*
- ❖ *Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.*
- ❖ *Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.*
- ❖ *Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.*

En vista de lo planteado, las investigadoras han definido la necesidad y, la importancia, de verificar que la unidad cardiológica cumpla con los estándares de habilitación de acuerdo a la resolución 2003 de 2014, para prestar sus servicios a la comunidad. De esta verificación, se determinarán qué estándares no se están cumpliendo y, se propondrán planes de acción para convertirse en una entidad habilitada.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las condiciones de habilitación de la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, durante el primer trimestre de 2019 con el propósito de establecer planes de acción para la optimización de las condiciones de habilitación.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar el instrumento de evaluación de estándares de habilitación de la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, en la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS.
- Identificar los estándares que no cumplan con los criterios de habilitación en la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS.
- Proponer planes de acción para la optimización de las condiciones de habilitación de la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO INSTITUCIONAL

CARDIOLOGY SALUD SAS se constituye en el año 2011 en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, por el Doctor Javier Gustavo Martínez, cardiólogo de Barranquilla.

Es una empresa que surge en un congreso de especialidades cardiovasculares por la necesidad de realizar evaluaciones a los pacientes con patologías cardíacas, o con sospecha de ellas, que tuviera las cualidades humanas y ayudas tecnológicas acordes para prestar los servicios más avanzados para la satisfacción de los usuarios.

4.1.1 Ubicación de la empresa

Dirección comercial y de notificación: Cra 30 # 91-80 Casa 5. Conjunto Quintas de Corozal. Pueblito Cafetero.

4.1.2 Datos de conformación de la empresa (8)

Conformada mediante matrícula No. 1026579, del libro IX del Registro Mercantil. Fecha de matrícula en la Cámara de Comercio de Bogotá D.C.: 20 de marzo de 2012.

Por acta número 1 del 20 de marzo de 2012 de la asamblea general extraordinaria, registrado en la Cámara de Comercio de Bogotá, bajo el

número 1026579 del libro IX del registro mercantil el 03 de abril de 2012, se inscribe el cambio de domicilio de: Bogotá D.C., a Pereira, Risaralda.

Fecha de matrícula No. 18094538, en la Cámara de Comercio de Pereira: 3 de abril de 2012, con última renovación en el año 2018, el 16 de marzo de 2018.

4.1.3 Objeto social de la empresa

El objeto principal de esta sociedad es la atención de procesos y subprocesos en cardiología, medicina interna y medicina intensiva cuyo ejercicio o atención incluye las actividades de: A) enfermería profesional y auxiliar en unidad de cuidados intensivos (UCI), atención cuidados intermedios (ACI), esterilización, salas de cirugía y puesta en funcionamiento de unidades en cuidado coronario (UCC). B) terapia física y respiratoria en unidad de cuidado intensivo (UCI) y en atención de cuidado intermedio (ACI). C) medicina especializada en cardiología, medicina interna, UCI, ACI, UCC y hospitalización. D) medicina general en cuidados intermedios. E) instrumentación quirúrgica. F) esterilización. G) servicios conexos a los procesos y subprocesos anteriores. H) participación en actividades académicas, docentes y de investigación, relacionada con los procesos y subprocesos anteriores. Como objeto social subsidiario la sociedad podrá atender todos los servicios relacionado con la prestación de servicios de salud , por lo que podrá adelantar acciones de promoción en salud, prevención de enfermedades, urgencia clínica, diagnósticos, tratamiento y rehabilitación de acuerdo con las necesidades de la salud y capacidad operativa, en desarrollo del objeto además podrá invertir en investigación, técnica y mejoramiento de la praxis, celebrar contratos para la prestación de servicios médicos con entidades promotoras de salud (EPS) públicas y privadas, instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas y privadas, empresas sociales del estado (ESE), con asociaciones de profesionales y en general con toda entidad que promueva o preste servicios

de salud o servicios afines. Además, podrá crear empresas, hacer parte de otras empresas, celebrar todo tipo de contratos, comercializar productos relacionados con su objeto social, exceptuando los prohibidos por las leyes colombianas, comprar y vender acciones, la compra o venta de edificaciones totales o parciales y la adquisición, alquiler y enajenación de bienes muebles e inmuebles en general, en fin podrá realizar toda clase de operaciones sobre bienes muebles o inmuebles, podrá también representar empresas comerciales nacionales o extranjeras, así como empresas de salud, y podrá realizar cualquier actividad lícita en Colombia o en el extranjero.

4.2 MARCO REFERENCIAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS), determina que el Sistema de Calidad en Salud se basa en cuatro principios para que pueda cumplir con los principios de atención segura y humanizada: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia, los cuales deben estar relacionados entre sí, lo cual está ligado, directamente, el acceso a la atención por parte de los usuarios del sistema. Para estos fines, Colombia es el único país en el mundo, que contempla el componente de habilitación, como etapa en la consecución del componente total de calidad en salud (9).

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de la salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de la calidad basada en acreditación y altos estándares de calidad. Las organizaciones de la salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM) (10). En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina, hasta 1995 donde se empezaron a establecer consejos con el fin de que se prestara un mejor servicio; Con el tiempo, el concepto fue tomando forma y en 1996, el Dr. Avedis Donabedian, investigador de la Universidad de Michigan en los Estados Unidos, publicó su artículo “Evaluación de la calidad de la atención médica” promoviendo que cualquier método o estrategia de garantía de la calidad que se aplicará sería exitosa. (11) y que hoy en día, países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.

Sin embargo, no sucede de igual forma en países en vía de desarrollo en donde apenas se está concientizando sobre la importancia en la calidad de la atención y seguridad del paciente; donde principalmente falla el sistema articulado de redes y prestadores de servicios de salud ante el primer llamado de emergencia, aumentando el riesgo de morbimortalidad lo que amplía el panorama para detallar problemas y posibles soluciones (12).

Durante estos años se ha llegado al concepto de habilitación en salud según el Ministerio de Salud que determina: “Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB). (13)

Por lo tanto Los hospitales y clínicas tienen la responsabilidad y el compromiso de entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios médicos seguros y de excelente calidad. Para ello es fundamental contar con un recurso humano profesional y comprometido con el paciente y con el servicio; indiscutiblemente debe existir una gran vocación de servir a los demás. Se debe disponer de tecnología que facilite un diagnóstico confiable y el tratamiento integral de la persona, con estándares orientados a brindar una atención eficaz, eficiente y segura. Igualmente se debe contar con instalaciones físicas adecuadas específicamente para la prestación de los servicios de salud.

La Habilitación le abre el camino a la prestación de servicios con unos factores importantes; exige un nivel de cumplimiento y seguimiento a los diferentes procesos, fortalece el trabajo en grupo, obliga a mirar la organización hacia adentro de manera objetiva, establecer planes de acción con seguimiento y medición. Crea una cultura de mejoramiento continuo la cual se ve fortalecida si hay una metodología gerencial que contribuya a analizar las causas- efectos en los resultados esperados.

Por lo tanto un hospital, IPS o cualquier otra entidad habilitada, conlleva al cumplimiento de estándares exigentes de calidad, oportunidad y seguridad en la prestación de servicios iniciando el sendero para la obtención de la Acreditación Nacional (14).

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Para el presente trabajo se definen los siguientes conceptos, los cuales dan el enfoque requerido para orientar el análisis de los hallazgos encontrados.

CALIDAD EN SALUD: Se define como la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o

comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión (15).

ATENCIÓN EN SALUD: El Sistema de Garantía de Calidad en Colombia define la atención en salud como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Lo anterior debe entenderse en los siguientes términos: El concepto de atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales. En efecto, el cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país. (16).

La atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura. De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud, concurrirán de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema,

las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada. (17)

PERTINENCIA: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

SEGURIDAD: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

CONTINUIDAD: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

4.2.1 Palabras clave

Calidad en salud, Recurso humano, Infraestructura, satisfacción del paciente, cumplimiento legal. (MeSH).

4.4 MARCO NORMATIVO

Constitución Política de Colombia

- Artículo 48: “La salud de la población colombiana es una responsabilidad directa del Estado...”

- Artículo 49. “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley...”

Ley 100 de 1993

- Artículo 153. Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y CALIDAD. La CALIDAD Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.
- Artículo 178: Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Artículo 227. Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Ley 1438 de 2011

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Ley 1751 de 2015

Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Título IV: Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades.

Decreto 780 de 2016

Decreto reglamentario único del sector salud y protección social, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. Esto con el objetivo de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.

El Decreto 780 de 2016 cuenta con un capítulo completo sobre las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el Régimen Contributivo y Subsidiado, traslado y movilidad de EPS, portabilidad, e implementación de Sistema de Información Transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados.

Resolución 4445 de 1996

Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Resolución 3374 de 2000

Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

Esta resolución fue modificada en el numeral 1 del artículo 2 y el artículo 10, por la Resolución 1531 de 2014, en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y su ámbito de aplicación.

Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Aunque toda la resolución está derogada por el artículo 14 de la Resolución 2082 de 2014, el anexo técnico No 1 de esta resolución permanecen vigentes.

Resolución 2082 de 2014. Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Resolución 2003 de 2014

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Resolución 1531 de 2014

Por la cual se modifica la Resolución 3374 de 2000 en cuanto al mecanismo de transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS y su ámbito de aplicación.

Resolución 0256 de 2016

Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Resolución 5095 de 2018

Por la cual se adopta el “Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1”

5. METODOLOGÍA

5.1. DISEÑO

Para determinar el porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación, según los lineamientos de la Resolución 2003 de 2014, de la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, de Pereira, se utilizará un diseño cualitativo, descriptivo transversal, en el cual se evaluarán las condiciones de habilitación actuales que presenta la unidad.

5.2. POBLACIÓN OBJETO

El objeto de estudio será la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS.

5.3. MUESTRA

Se toma como muestra toda la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, puesto que es una unidad de área pequeña y requiere ser habilitada en su totalidad.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estándares de habilitación de la Resolución 2003 de 2014 de la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS.

5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluyen del análisis final, los estándares que no apliquen para la habilitación de esta unidad.

5.6. VARIABLES.

Ver Anexo A.

5.7. PLAN DE ANÁLISIS

5.7.1 Recolección de datos

La información fue recolectada a través de la lista de verificación definida en Resolución 2003 de 2014 y que se aplicó en la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, por las estudiantes de la especialización de Auditoría en Salud, de la Fundación Universitaria del Área Andina, en el primer trimestre del año en curso. (Ver anexo B)

Validez del instrumento

El instrumento fue validado por el Ministerio de Salud y Protección social, por medio de la Resolución 2003 de 2014.

5.7.2. Tabulación de los datos

Se creó una base de datos en Excel 2013 que permite tener una visión integral de los datos obtenidos de la aplicación de la lista de chequeo de la Resolución 2003 de 2014, incluyendo únicamente, los estándares que le aplican a la unidad de cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS.

5.7.3. Análisis estadístico

Luego de validar los datos ingresados, se procedió a analizarlos a través del modelo estadístico descriptivo.

5.8. COMPROMISO BIOÉTICO

Esta investigación se enmarca bajo los parámetros de la Resolución N° 8430 del 04 de octubre de 1.993 “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en el sector salud”.

Se realiza previa autorización del Gerente y Representante legal de la empresa CARDIOLOGY SALUD SAS, donde autoriza su participación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procesos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Teniendo en cuenta lo anterior, se conservará la confidencialidad de la información de la institución de salud donde se realice la presente investigación.

Se anexa consentimiento institucional, anexo C.

5.9. COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

La ley 23 de 1973, el decreto ley 2811 de 1974 (Código de Recursos Naturales Renovables), la ley 9ª de 1979, la Constitución Política, la ley 99 de 1993 y el Código de procedimiento penal Colombiano, tienen un fin común que es crear estrategias para fomentar el uso eficiente de agua, residuos sólidos y energía, uso racional de los recursos naturales y protección del medio ambiente, para crear un alto impacto a través de la prevención de la contaminación y uso de tecnologías de producción más limpia.

Es por ello que con este trabajo se preserva el medio ambiente, con la utilización de papel reciclable, medios magnéticos y la no utilización de fotocopias durante todo el estudio logrando así un entorno saludable y libre de agentes contaminantes.

5.10. RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el porcentaje de cumplimiento de las condiciones de habilitación que, según la resolución 2003 de 2014, tiene la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS.

5.11. POBLACIÓN BENEFICIADA

La empresa CARDIOLOGY SALUD S.A.S., con todo el conjunto de trabajadores vinculados a la empresa de forma directa o indirecta. La población atendida por esta unidad, las entidades prestadoras de servicios de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud. Los estudiantes de la Fundación Universitaria del Área Andina, Seccional Pereira.

5.12 DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se realizará entrega del trabajo, en medio magnético, de los resultados obtenidos a la Gerencia de la empresa CARDIOLOGY SALUD S.A.S., y a la Universidad: Fundación Universitaria del Área Andina sede Pereira. Se realizará una exposición y se entregará, de igual forma, en medio magnético el trabajo. Se aspira, en el futuro, realizar publicación del artículo que se realizará teniendo como base la investigación realizada.

5.13. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.13.1. Cronograma.

Ver Anexo D

5.13.2. Presupuesto.

Ver Anexo E

6. RESULTADOS

Resultados obtenidos después de analizar los datos recolectados en la aplicación de la lista de verificación de la Resolución 2003 de 2014, en la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, en el primer trimestre de 2019.

Se encontró que de los 95 criterios, de los estándares, definidos en la resolución 2003 de 2014, para evaluar la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, solamente le aplican 53 criterios.

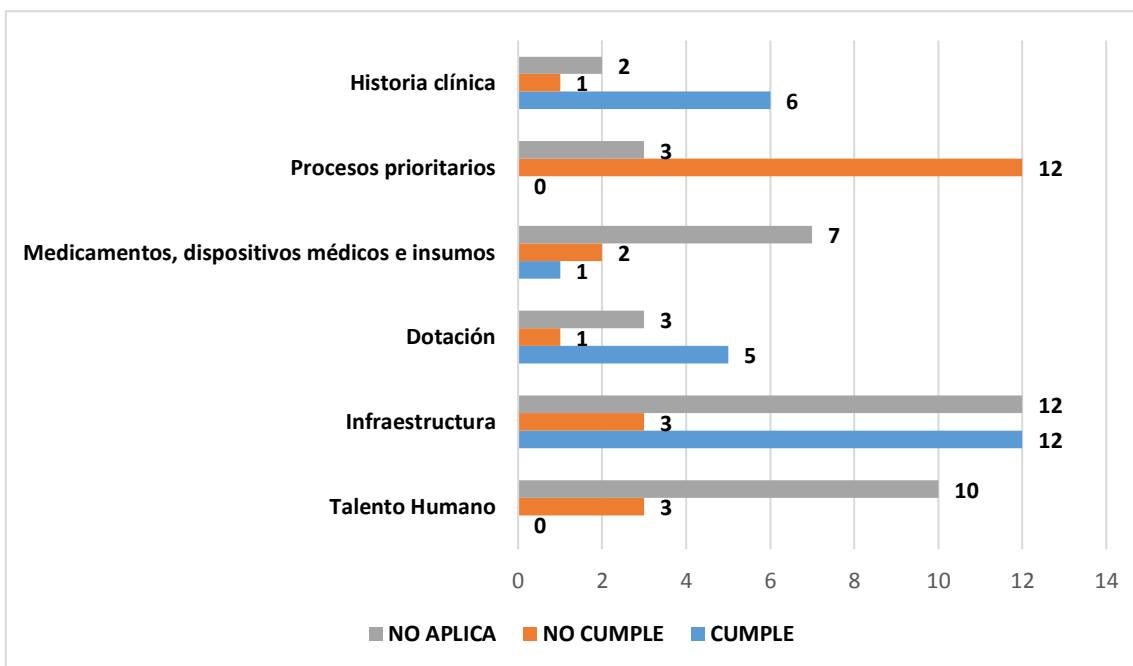
De 83 criterios para evaluar todos los servicios, aplican solamente 46 y, de 12 criterios para evaluar apoyo diagnóstico cardiovascular, aplican solamente 7.

Cuadro 1. LISTA DE VERIFICACIÓN TODOS LOS SERVICIOS

ESTÁNDAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	TOTAL CRITERIOS
Talento Humano	0	3	10	13
Infraestructura	12	3	12	27
Dotación	5	1	3	9
Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	1	2	7	10
Procesos prioritarios	0	12	3	15
Historia clínica	6	1	2	9

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1. Lista de verificación todos los servicios



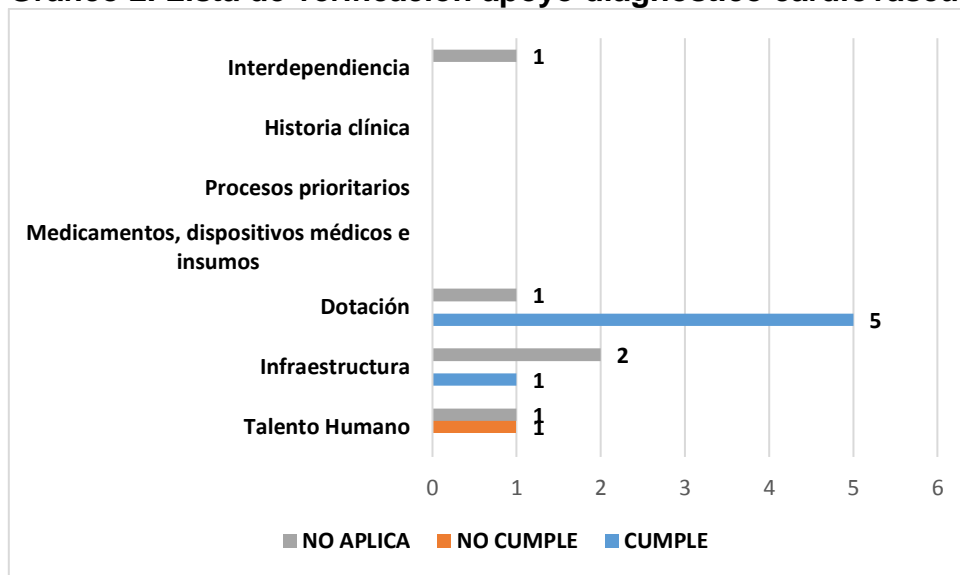
Fuente: Elaboración propia

Cuadro 2. LISTA DE VERIFICACIÓN APOYO DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR

ESTÁNDAR	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	TOTAL CRITERIOS
Talento Humano	0	1	1	2
Infraestructura	1	0	2	3
Dotación	5	0	1	6
Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	0	0	0	0
Procesos prioritarios	0	0	0	0
Historia clínica	0	0	0	0
Interdependencia	0	0	1	1

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Lista de verificación apoyo diagnóstico cardiovascular



Fuente: Elaboración propia

6.1. CUMPLIMIENTO GENERAL DE ÍTEMS APLICADOS

Desde el punto de vista general, con los estándares evaluados en la Resolución: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos dispositivos médicos e insumo, procesos prioritarios, historia clínica y registros, e interdependencia, la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, tiene únicamente el 56,5% de cumplimiento de los criterios que aplican para su evaluación, lo que equivale a 30 criterios.

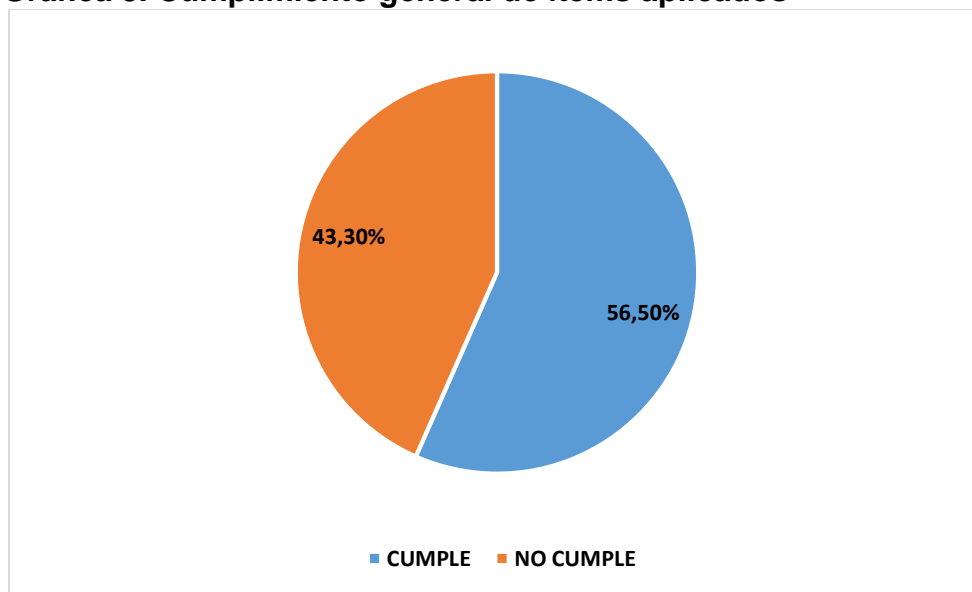
Teniendo en cuenta que la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, presta servicios de apoyo diagnóstico cardiovascular no invasivo y consulta externa especializada de cardiología clínica, los criterios no aplicables en la lista de verificación de todos los servicios y de apoyo diagnóstico cardiovascular invasivo, no son valorados y se excluyen, porque aplican a Instituciones que cuenten con todos los servicios.

Al 56,5% del total de ítems aplicados a la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, que no cumplen, se le propondrán planes de acción para optimizar las condiciones para la habilitación.

Cuadro 3. CUMPLIMIENTO GENERAL DE ÍTEMS APLICADOS		
ÍTEM	FRECUENCIA	% CUMPLIMIENTO
CUMPLE	30	56,50
NO CUMPLE	23	43,30
TOTAL CRITERIOS	53	100,00

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 3. Cumplimiento general de ítems aplicados



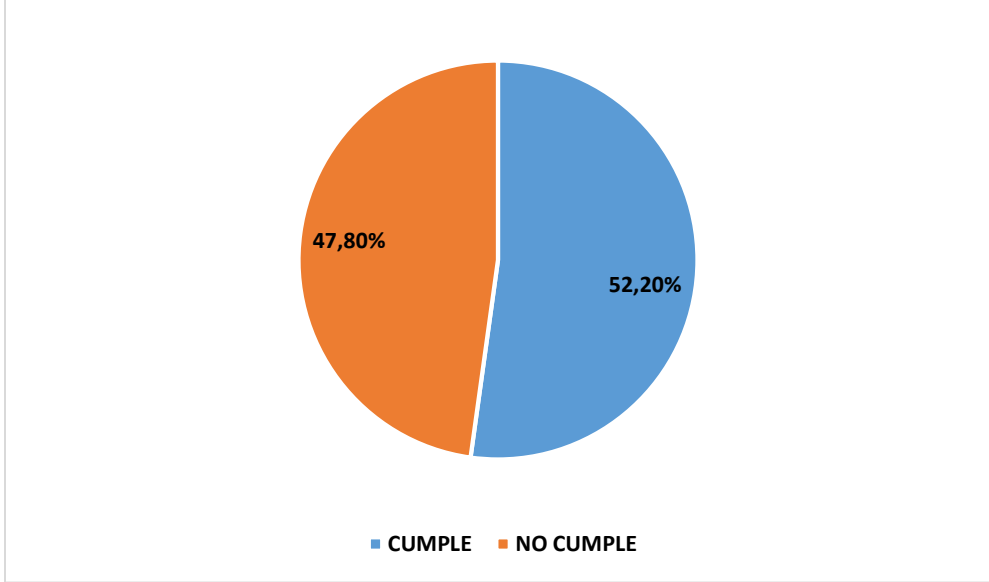
Fuente: Elaboración propia

6.1.1. Lista de verificación para todos los servicios: De los 83 criterios que tiene la lista, 46 aplican por la naturaleza de la Unidad, se excluyen 37 criterios que son específicos y no aplican toda vez que es una Unidad de apoyo diagnóstico y consulta médica especializada, más no una Institución que cuente con todos los servicios (Urgencias, Hospitalización, Cirugía, etc.).

Cuadro 4. CUMPLIMIENTO ÍTEMS TODOS LOS SERVICIOS		
ÍTEM	FRECUENCIA	% CUMPLIMIENTO
CUMPLE	24	52,20
NO CUMPLE	22	47,80
TOTAL CRITERIOS	46	100,00

Fuente: Elaboración propia

Gráfica 4. Cumplimiento ítems todos los servicios



Fuente: Elaboración propia

De los 46 criterios, para todos los servicios, que aplican a la Unidad Cardiológica CARDIOLOGY SALUD SAS, se encuentra un cumplimiento de 24 ítems, que equivale al 52,2%.

Al 47,8% restante (22 criterios) que no cumplen, se le propondrán planes de acción para optimizar las condiciones de habilitación de la Unidad.

6.1.2. Lista de verificación para apoyo diagnóstico cardiovascular:

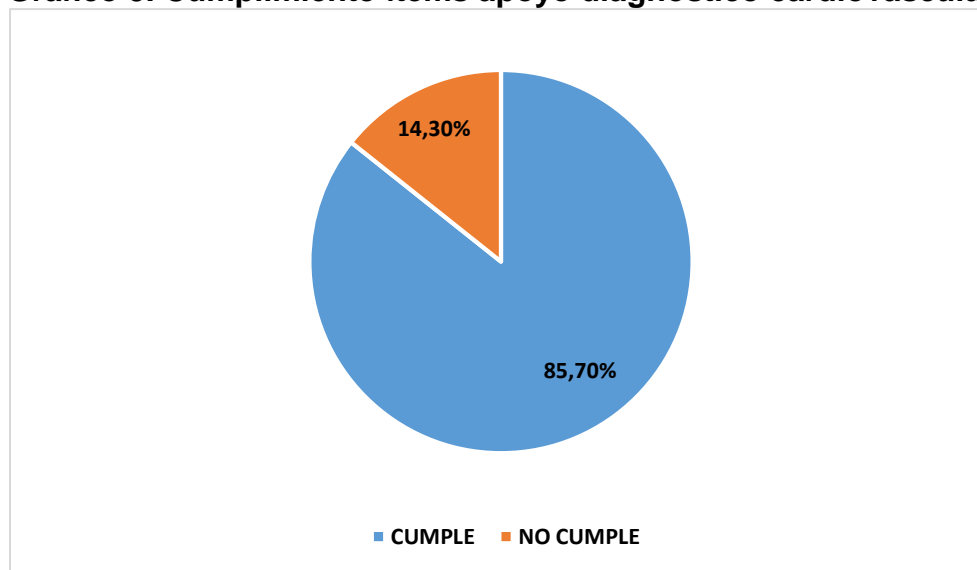
De los 7 criterios que aplican para unidades de apoyo diagnóstico cardiovascular a CARDIOLOGY SALUD SAS, se encuentra que no cumple con uno de los criterios,

por lo que la Unidad tiene un cumplimiento del 85,7%, toda vez que no cuentan con enfermera profesional capacitada y certificada en los procedimientos propios que realiza la Unidad.

Cuadro 5. CUMPLIMIENTO ÍTEMS APOYO DIAGNÓSTICO CARDIOVASCULAR		
ÍTEM	FRECUENCIA	% CUMPLIMIENTO
CUMPLE	6	85,70
NO CUMPLE	1	14,30
TOTAL CRITERIOS	7	100,00

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5. Cumplimiento ítems apoyo diagnóstico cardiovascular



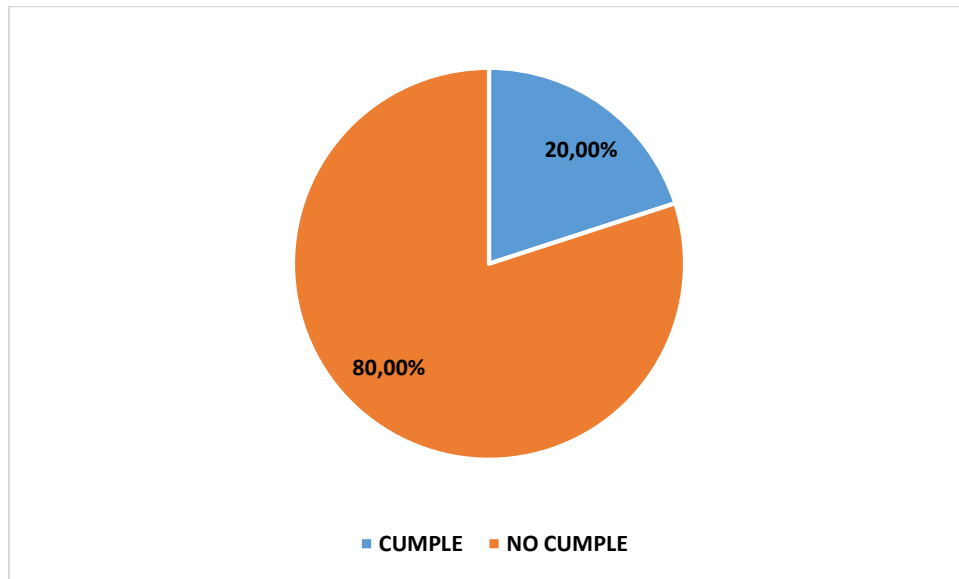
Fuente: Elaboración propia

6.2. CUMPLIMIENTO GENERAL POR ESTÁNDAR

6.2.1. Estándar talento humano

De 5 criterios que le aplican a la Unidad Cardiológica CARDIOLOGY SALUD SAS, se evidenció cumplimiento de un solo ítem.

Gráfico 6. Cumplimiento estándar talento humano

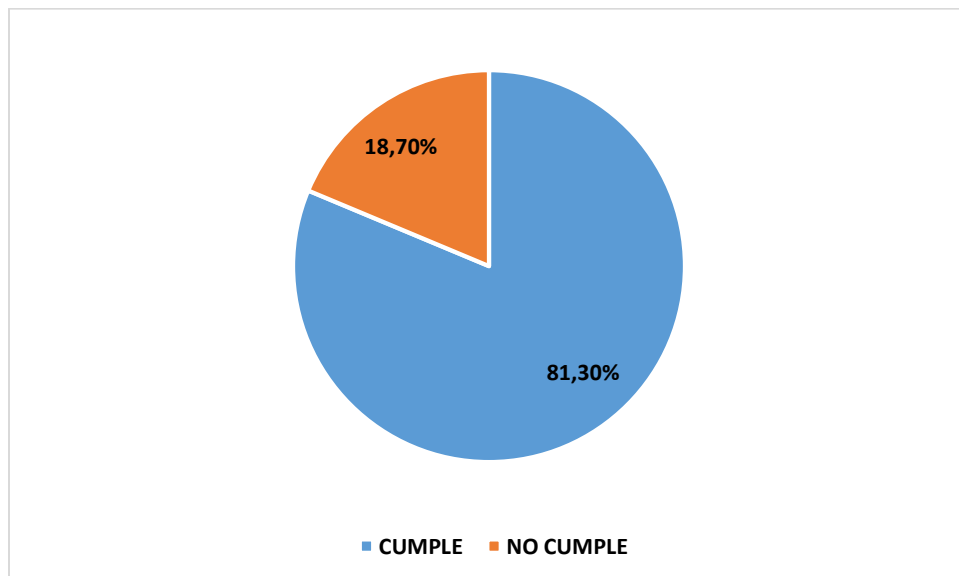


Fuente: Elaboración propia

6.2.2. Estándar infraestructura.

De 16 criterios que le aplican a la Unidad, se tiene un 81,3% de cumplimiento.

Gráfico 7. Cumplimiento estándar infraestructura

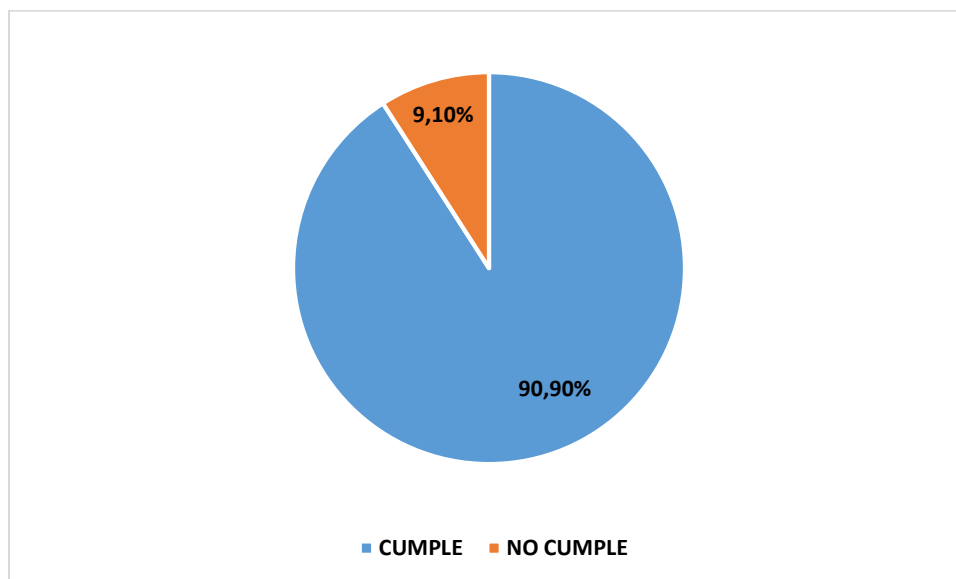


Fuente: Elaboración propia

6.2.3. Estándar dotación

De 11 criterios aplicados a la Unidad, se cumplen 10 criterios, lo que muestra un cumplimiento del 90,9%

Gráfico 8 Cumplimiento estándar dotación

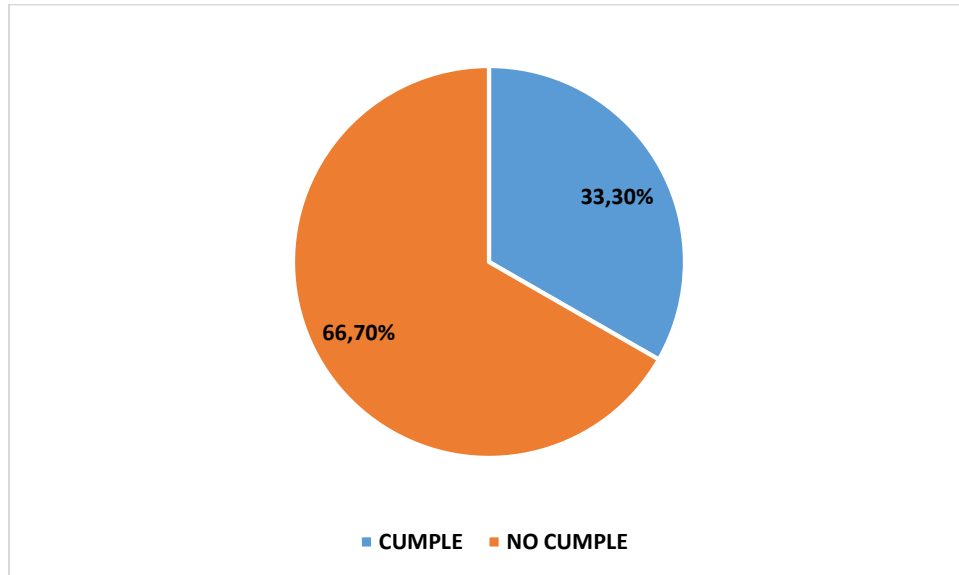


Fuente: Elaboración propia

6.2.4. Estándar Medicamentos, dispositivos médicos e insumos

En este estándar solamente le aplican a la Unidad 3 criterios, de los cuales, solamente cumple el 33,3%.

Gráfico 9. Cumplimiento estándar medicamentos, dispositivos médicos e insumos



Fuente: Elaboración propia

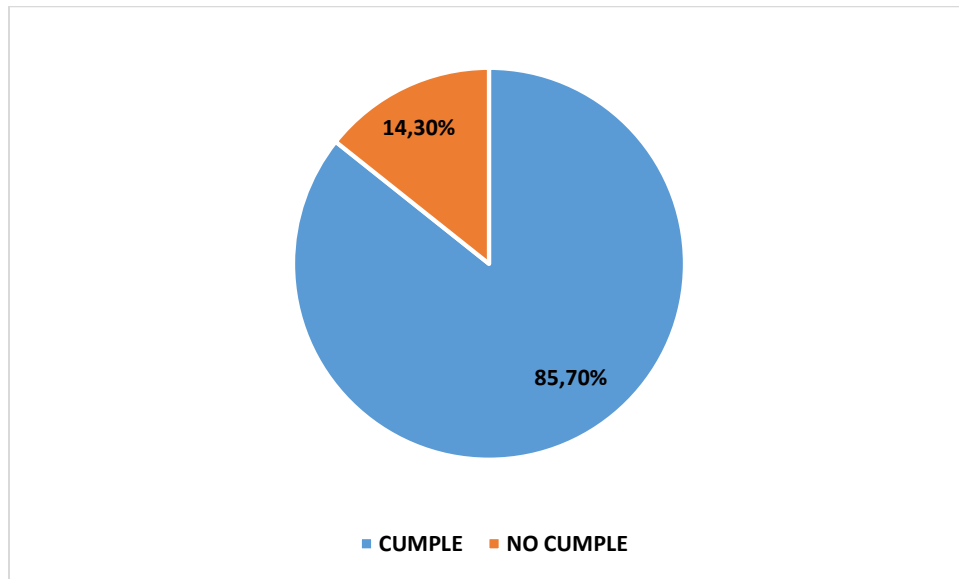
6.2.5. Estándar procesos prioritarios

La Unidad no cumple con ninguno de los criterios aplicados, puesto que hay una falta de documentación propia de sus procesos.

6.2.6. Estándar historia clínica y registros

Se evidenció el 85,7% de cumplimiento de este estándar, con 6 criterios de 7 aplicados a la Unidad.

Gráfico 10. Cumplimiento estándar historia clínica



Fuente: Elaboración propia

6.2.7. Estándar interdependencia

El estándar de interdependencia no aplica para la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, puesto que no se realizan procedimientos invasivos, según los definidos por la resolución.

6.3. PRIORIZACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN

Se realizó la priorización de los ítems no cumplidos, para la optimización de la habilitación de la Unidad Cardiológica CARDIOLOGY SALUD SAS. Según la criticidad del incumplimiento y de la complejidad de su realización, se definen fechas para la implementación de los planes de acción que serán propuestos.

Cuadro 6. PRIORIZACIÓN DE IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN		
TIEMPO PARA REALIZACIÓN	CANTIDAD DE CRITERIOS INCUMPLIDOS	ESTÁNDAR
MENOS DE 1 MES	5	. Talento Humano . Dotación
ENTRE 1 Y 3 MESES	15	. Medicamentos, dispositivos médicos e insumos . Historia clínica y registros . Procesos prioritarios
ENTRE 3 Y 6 MESES	3	Infraestructura

Fuente: Elaboración propia

6.4. PLANES DE ACCIÓN PROPUESTOS

De acuerdo a la priorización, se proponen planes de acción para la optimización de los ítems a ser cumplidos y las fechas de inicio, control y revisión final de los mismos (Ver Anexo F. Planes de acción sugeridos para optimizar las condiciones de habilitación)

7. DISCUSIÓN

El Sistema Único de Habilitación con base en la resolución 2003 de 2014 que rige en Colombia, es uno de los pilares fundamentales en la mejora continua para la atención de los usuarios y en la búsqueda de alcanzar estándares de alta calidad.

La calidad en los servicios de salud, debe ser lo más importante para una institución, dentro de lo cual deben tenerse presentes todos los estándares que llevan a una atención centrada en la seguridad del paciente, atención humanizada y que deriva en una alta satisfacción de los usuarios de los servicios.

El objetivo de este estudio, era verificar las condiciones de habilitación de la Unidad Cardiológica CARDIOLOGY SALUD SAS, en miras de optimizar las mismas para poder obtener el certificado de habilitación por parte del ente territorial correspondiente, para ofrecer sus servicios a diferentes EPSs e IPSs.

Se encontró un cumplimiento general de, solamente, 56,5% de los ítems aplicados a la Unidad.

Solamente los estándares de dotación e historia clínica tienen más del 85% de cumplimiento. Los demás estándares tienen porcentajes muy bajos de cumplimiento, encontrándose un 0% de cumplimiento del estándar de procesos prioritarios, porque aunque el personal que labora en la Unidad conoce los procesos y procedimientos, no están documentados y no existe evidencia de capacitaciones ni cronograma de las mismas, como tampoco se evidencia la plataforma estratégica de la empresa.

Otros diagnósticos de condiciones de habilitación en IPS, muestran falencias importantes en el cumplimiento del estándar de procesos prioritarios, al no tenerlos documentados o tenerlos de forma no adecuada, lo que implica un trabajo arduo, en corto tiempo, para la documentación de los mismos. Esto, en ocasiones, lleva a una realización inadecuada de estos documentos por parte de los asesores en

habilitación, pues entregan plantillas prediseñadas que, en muchas ocasiones, no tienen relación con los procesos de la institución que está siendo habilitada.

8. CONCLUSIONES

Al aplicar la lista de verificación de la resolución 2003 de 2014 en la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, se hizo un diagnóstico de las condiciones de habilitación de la misma, lo que apunta al objetivo principal de este trabajo y mostró el porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación según lo definido en la misma resolución.

Al hacer una evaluación del porcentaje de cumplimiento, estándar por estándar, se encontraron las falencias que tiene la Unidad de Cardiología, en cuanto a los criterios incumplidos y las brechas en las condiciones tecnológicas- científicas y técnico- administrativas, en lo que se refiere a la documentación de los procesos, ya que se realizan de manera anecdótica pero no hay soportes de su cumplimiento o su realización.

La mayoría de las instituciones de salud, sobre todo cuando están adscritas a alguna institución ya habilitada o en proceso de acreditación, creen que cumplen con los criterios solicitados por las entidades de control para prestar servicios como una entidad habilitada y, muchas veces, no conocen el real estado de habilitación de su empresa, lo que puede llevarlos al cierre temporal o definitivo de la prestación de uno o todos los servicios que presta.

Es importante que la Unidad se comprometa con la ejecución de los planes de acción sugeridos, como parte del proceso de mejoramiento continuo, de acuerdo a los hallazgos encontrados en la presente auditoría, lo que permita garantizar el cumplimiento de los estándares que actualmente presentan incumplimiento.

Cabe anotar, que la Unidad cuenta con personal comprometido en la realización de las mejoras y se destaca su gestión en el mejoramiento de las condiciones incumplidas.

9. RECOMENDACIONES

Debido a que en la unidad de cardiología no se evidencia la plataforma estratégica es necesario definirla y establecerla, con el fin de enfocar hacia dónde va la empresa y el equipo de trabajo.

La gerencia puede adoptar los protocolos con evidencia documental del Hospital Universitario San Jorge de Pereira, puesto que se encuentra dentro de la institución. O bien, crear unos nuevos, propios de la Unidad.

Debe realizarse cronograma de capacitaciones, de forma anual y, evidenciar su cumplimiento.

Se recomienda reforzar al personal de la Unidad, sobre la importancia del evento adverso, estimulando su reporte, análisis, ya que estos son la base con la cual la institución realizará su propio diagnóstico, e implementará las medidas necesarias de mejora en cuanto a seguridad del paciente.

Se espera que los planes de acción sugeridos en este trabajo sean tenidos en cuenta por parte de la gerencia de la Unidad, para optimizar las condiciones de habilitación de la misma, impulsar el mejoramiento continuo, y prestar una atención de calidad a los usuarios tanto del hospital Universitario San Jorge, como de IPSs o EPSs externas.

BIBLIOGRAFIA

1. Ley 9 de 1979. Por la cual se dictan medidas sanitarias. https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0009_1979.htm.
2. Constitución política de Colombia. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
3. *Ley 100 de 1993*. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html.
4. Salazar-Arango J, López-Mercado KM, Osorio-Tabares E, Betancur CL, Montoya AM. Habilitación de ambulancias en el hospital del Dovio: Verificación de los requisitos mínimos de los estándares. Proyecto de grado. Fundación Universitaria del Área Andina. 2017.
5. Pinzón MI. Cumplimiento de requisitos esenciales de habilitación en servicios de fisioterapia de dos centros de salud de Bucaramanga. Rev. Fac. Cienc. Salud UDES. 2014; 1 (2): 132-141.
6. Correa- Porras FJ. Verificación de condiciones de cumplimiento de habilitación a una IPS de mediana complejidad del municipio de Bucaramanga en los servicios de: urgencias, hospitalización Y cirugía en el periodo comprendido de abril a junio del año 2018. Proyecto de grado. Universidad de Santander. 2018.
7. Resolución 2003 de 2014, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, 28 de mayo de 2014. 21-22. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
8. Pereira. Cámara de Comercio. Certificado de existencia y representación legal. Cardiology Salud SAS. Número de operación: 99-USUPUBXX-20181210-0047, fecha 20181210. Hora: 17:35:26.

Betancur Pulgarín C-L, Castro Mesa E-P, Velandía Villalba M-O, Riesgos Que Afectan La Calidad En La Nueva Clínica San Sebastián Girardot, Colombia, 2016 – 2017, Tesis sobresaliente, en Maestría en Sistemas Integrados de Gestión de la Calidad, UTP, en proceso de publicación.
9. <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/His.aspx>

10. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías HSI, Arellano HA, Nava BTI. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2013; 25 (1)
11. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
12. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-122/acreditacion-las-instituciones-salud/>
13. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
14. http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Dec2309_02.htm
15. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
16. Cano-Sierra, S., Giraldo, A., & Forero, C. (2016). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1). Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19646/20779287>
17. Giraldo-García T, Quintero-Patiño PT, Valencia-Ceballos VJ, Montoya-Cárdenas AM, Marín Villada, Magda Dicelly. Habilitación de consultorio odontológico privado Vicky Jhoan Valencia Ceballos. Villamaría (Caldas) con estándares de calidad 2003 de 2014. Proyecto de grado. 2018.
18. Cano SM, Giraldo A, Forer C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín Colombia. *Revista Nacional de Facultad de salud Pública* 2016; 34(1) <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/19646/20779287>
19. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
20. González-Mariño, MA. Diagnóstico de instituciones prestadoras de salud con habilitación de servicios oncológicos en Bogotá, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [Internet]. 2012;11(22):92-106. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articuloa?id=54523558007>

21. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>
22. Àlvar- Net RS. La Calidad de la Atención. Fundación AvedisDonabedian http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_su_nol.pdf. (ultimo acceso junio 15 de 2016).
23. Sánchez- Benavides AM. Desarrollo de un plan de mejora con vista al cumplimiento del sistema único de habilitación establecido por la resolución 1441 de 2013 en la clínica Nuestra Señora del Rosario de Cali, 01 sep. 2014.
24. Baldovino- Meza K, Luna- Mora KR, Muñoz- Santacruz V. Verificación del cumplimiento de condiciones de habitación en la unidad renal CEDIT LTDA en la ciudad de San Juan de Pasto. Facultad De Medicina-Postgrado-Auditoria En Salud. 12 sep. de 2015. pag 76.
25. Gómez- Ramírez O, Arenas- Gutiérrez W, González- Vega L, et al. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería XVII* (3): 97-111, 2011.
26. Rodríguez-Ibagué LF, Sánchez-Medina AF, Zamora-Restrepo PA, Araya-Veliz LA. Análisis comparado de los procesos de calidad en fisioterapia / kinesiología de Colombia y Chile. *Rev Cienc Salud*. 2015;13(2): 193-214. doi:
27. Ochoa- Ordóñez, JC. Desarrollo de un plan de mejora con vista al cumplimiento del sistema único de habilitación establecido por la resolución 1441 de 2013 en la clínica nuestra señora del rosario de Cali. Pasantía institucional para optar al título de Ingeniero Biomédico. 2014.
28. Instrumento de autoevaluación, Resolución 2003 de 2014. <https://www.minsalud.gov.co/.../Instrumento%20De%20Autoevaluacion%20Resolución>
29. Pinzón-Ochoa, Maria Cristina. (2014). Cumplimiento de requisitos esenciales de habilitación en servicios de fisioterapia de dos centros de salud de Bucaramanga. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 1(2), 132-141. doi:<http://dx.doi.org/10.20320/rfcsudes.v1i2.225>
30. María E. Delgado-Gallego , María L. Vázquez-Navarrete y Lygia de Moraes-Vanderler. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actors sociales en Colombia y Brasil. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01.pdf>.

Anexo A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

CONCEPTOS	VARIABLES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE	PREGUNTA	INDICADOR
Cumplimiento de estándares	Estudiar, aplicar y evaluar la norma	Poner en práctica las definiciones y estándares que se encuentran dentro de la norma y realizar evaluación de su cumplimiento	Nominal	Primaria	¿Se realiza autoevaluación de las condiciones de habilitación?	% de evaluación de la norma
Habilitación	Norma, reglamento o guía	La norma es de regulación legal y debe cumplir unos pasos específicos	Nominal	Primaria	¿Se cumplen los criterios específicos para habilitación?	% de cumplimiento de la norma de habilitación
Estándares de habilitación todos los servicios	Medicamentos, dispositivos e insumos	Manejo correcto, fechas de almacenamiento, fechas de vencimiento	Nominal	Lista de verificación	¿Si se manejan medicamentos, se encuentran debidamente clasificados, con fecha de vencimiento, registro INVIMA actualizado y correctamente almacenados?	% de cumplimiento de estándares
	Procesos prioritarios	Cuenta con protocolos, guías, instructivos	Nominal	Lista de verificación	¿Se tienen documentados los procesos en la Institución? ¿Se conocen y aplican por el personal de la Institución?	
	Historia clínica y registros	Archivo, privacidad, manejo de historia clínica por paciente	Nominal	Lista de Verificación	¿La historia clínica se maneja según Res 1995/1999? Se lleva registro por paciente en una historia clínica única?	
	Talento Humano	Cuenta con el personal requerido y debidamente capacitado	Nominal	Lista de Verificación	¿Cuenta con Cardiólogo y Enfermera con registros vigentes?	

Estándares de habilitación apoyo diagnóstico cardiovascular	Infraestructura	Cuenta con sala de espera, sala de procedimientos, unidad sanitaria	Nominal	Lista de verificación	¿La Unidad cumple con la infraestructura según la norma?	
	Dotación	Cuenta con los equipos necesarios para realizar las diferentes pruebas según lo requerido por el paciente	Nominal	Lista de verificación	¿La Unidad tiene las hojas de vida de los equipos biomédico actualizadas?	
	Interdependencia	Para procedimientos invasivos, cuenta con área de esterilización, hospitalización, UCI, cirugía	Nominal	Lista de verificación	Si se realizan procedimientos invasivos en la Unidad, tiene disponibilidad de otras áreas?	

Anexo B. Estándares y criterios de acuerdo con la resolución 2003 de mayo 30 de 2014.

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.			
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.			
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.			
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.			
	Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.			
	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.			
	Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.			
	La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Soporte vital avanzado. 2. Monitoria de EKG. 3. Métodos avanzados en manejo de vía aérea. 4. Sedación. 5. Lectura e interpretación electrocardiográfica. 			
	Si realiza sedación grado IV, cuenta con anestesiólogo.			
	Una vez termine el procedimiento los pacientes deberán ser vigilados por enfermera o auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el responsable del mismo.			
	Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas.			
	El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación			
	Cuenta con anestesiólogo cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.			
Infraestructura	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.			
	Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial.			
	Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.			
	En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores.			
	Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.			
	Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.			
	Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra.			
	En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.			
	En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.			
	La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin.			
	Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.			
	La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.			
	En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de frio y las áreas de depósito y almacén de la institución; éstos cuentan con: fuente de energía de emergencia y tanques de almacenamiento de agua para consumo humano.			
	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.			
	En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.			
	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.			
	Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.			
	Si la institución presta servicios de hospitalización, urgencias, UCI, servicios quirúrgicos, obstétricos; los ascensores son de tipo camilleros y los servicios cuentan con un ambiente exclusivo para el manejo de la ropa sucia.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.			
	El prestador que utilice para su funcionamiento, fuentes radiactivas, cuenta en forma previa a la habilitación, con Licencia de Manejo de Material Radiactivo vigente, expedida por la autoridad reguladora nuclear (Ministerios de Salud y Protección Social y Minas y Energía o la entidad por éste designada para tal fin).			
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.			
	Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.			
	La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.			
	En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de hospitalización, urgencias y zonas de esterilización, en todas las complejidades, los ambientes de aseo son exclusivos para el servicio.			
	La institución donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo a los componentes a transfundir.			
Dotación	Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.			
	En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.			
	Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de succión.			
	Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.			
	Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.			
	Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.			
	Para los servicios donde se realicen procedimientos con sedación, cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor de signos vitales. 2. Succión con sondas para adultos y pediátrica según el paciente a atender. 3. Oxígeno y oxígeno portátil. 4. Oxímetro de pulso y tensiómetro, cuando no se encuentren incluidos en el monitor de signos vitales. 			
	Para las Instituciones donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes, contar con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes. 2. Sistema de registro y control de temperatura entre 1°C y 6°C. 3. Alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre pueda deteriorarse. 4. Equipo para descongelar plasma, cuando aplique. 5. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de alarma audible que alerte 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando aplique. 6. Agitador o rotador de plaquetas, cuando aplique.			
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.			
	Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.			
	Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.			
	El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.			
	Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro,			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.			
	Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.			
	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones. Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.			
	Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.			
	Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.			
Procesos Prioritarios¹	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.			
	Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.			
	b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.	c.	d.	e.
	f. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.	g.	h.	i.

¹Se cuenta con paquetes instruccionales en el link, <http://201.234.78.38/ocs/paquetes/paquetes.html>

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>j. Procesos Seguros:</p> <p>Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.</p> <p>Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.</p> <p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.</p> <p>Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.</p> <p>Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.</p> <p>Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.</p>	k.	l.	m.

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.</p> <p>Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.</p> <p>Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p>			
	<p>Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. 2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente. <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.</p> <p>La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.</p> <p>Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.</p>			
	<p>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del contacto directo con el paciente. 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes. 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.</p> <p>4. Después de contacto con el paciente.</p> <p>5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).</p> <p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo. 2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales. 3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado. 4. Uso y reúso de dispositivos médicos. 5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades. 6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos. <p>Cuenta con protocolo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limpieza y desinfección de áreas. 2. Superficies. 3. Manejo de ropa hospitalaria. 4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud. <p>Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>			
	<p>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción</p>			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuario correcto. 2. Medicamento correcto. 3. Dosis correcta. 4. Hora correcta. 5. Vía correcta. <p>Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.</p>			
	<p>El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.</p> <p>El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.</p>			
	<p>En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierne con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.</p>			
	<p>El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.</p>			
	<p>Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilización del paciente antes del traslado. 2. Medidas para el traslado. 3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: <ol style="list-style-type: none"> a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia. 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<ul style="list-style-type: none"> b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. c) Resumen de historia clínica. <p>4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).</p> <p>5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.</p>			
	<p>Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de sedación. 2. Protocolo de manejo de emergencias. 3. Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento. 4. Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de: <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación de la vía aérea. b) La determinación del tiempo de ayuno adecuado. c) Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria. d) Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares. <p>Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente. 6. Protocolo que defina atención por anestesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de conciencia, con obesidad mórbida, 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.			
	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con: 1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. • Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. 2. Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.			
	Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con: 1. Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice. 2. Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea. 3. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia. 4. Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>5. Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye:</p> <p>a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.</p> <p>b) Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío.</p> <p>c) Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.</p> <p>d) Establece controles formales para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entrega de los componentes sanguíneos: en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra, marcaje y entrega final al servicio que realice la transfusión. • La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor. • La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería. 			
Historia Clínica y Registros	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.			
	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.			
	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.			
	El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.			
	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.			
	Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.			
	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.			
	Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.			
	Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con: 1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente. 2. Registro de la información post-transfusional.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos. 4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma. 5. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas. 6. Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.			

Diagnóstico cardiovascular				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Talento Humano	Diagnóstico no Invasivo: Cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> Médico especialista en cardiología o en radiología e imágenes diagnósticas. Enfermera con certificado de formación en la realización del procedimiento ofertado y en soporte vital básico. 			
	Diagnóstico y tratamiento invasivo: Cuenta con médico especialista en cardiología intervencionista (hemodinamista) o radiología intervencionista o neuroradiología intervencionista o cirugía vascular, dentro del ámbito de su competencia, encargado de la realización e interpretación de los estudios.			
Infraestructura	Cuenta para los procedimientos no invasivos con los siguientes ambientes, áreas o espacios: <ol style="list-style-type: none"> Sala de espera que puede ser compartida con otros servicios. Disponibilidad de unidad sanitaria. Sala de procedimientos. 			

Diagnóstico cardiovascular				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	4. Disponibilidad de oxígeno, si realiza pruebas de esfuerzo, ecocardiogramas, pruebas de tilt Test y pruebas de mesa basculante.			
	Si realiza diagnóstico y/o tratamiento invasivo, cuenta además con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sala de rayos X para procedimientos especiales. 2. Sala de recuperación, que puede ser la misma de procedimientos si el protocolo establece ahí la recuperación de pacientes y si el volumen lo permite. 3. Sala de observación. 			
	Cuando se realicen procedimientos con radioisótopos, los baños deben contar con ductos de desagües blindados (plomo o HF) para evitar contaminaciones hacia los ambientes limítrofes y contar con procesos de decaimiento de los residuos antes de ser entregados a la red pública de alcantarillado).			
Dotación	Cuenta con equipo básico de reanimación y electrocardiógrafo con mínimo 12 derivaciones.			
	Si realiza pruebas de esfuerzo, cuenta con: banda de prueba de esfuerzo o bicicleta, con 12 canales y automatizada, con registro de monitoreo continuo de electrocardiograma, de mínimo 3 canales. Impresora para el registro de impresión de electrocardiografía simultánea, y tensiómetro.			
	Si realiza monitoreo de tensión arterial, cuenta además de lo básico con: computadora, impresora y el equipo adecuado.			
	Si ofrece holter, cuenta además de lo básico con: equipo holter, impresora, computador, cassette con rebobinador y grabadora.			
	Si realiza ecocardiografía, cuenta además de lo básico con: ecocardiógrafo de alta resolución, permitiendo imágenes de modo M, bidimensional, doppler pulsado, continuo; éste debe poseer conexión para electrocardiograma, apareciendo simultáneamente en la pantalla para realización de mediciones de acuerdo con el ciclo cardíaco. También controles para definición de imágenes, al mismo tiempo útil en la mejoría del doppler y bidimensional para			

Diagnóstico cardiovascular				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	realizar cambios en el límite de transmisión, profundidad, poder de transmisión, control de compresión, compensación; así como tiempo de ganancia con transductores y que éstos sean electrónicos de disposición física, o mecánicos, siempre y cuando sean de alta resolución.			
	Si realiza procedimientos intervencionistas, cuenta además en la Sala de rayos X para procedimientos especiales con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Equipo de substracción digital, acceso a equipo de anestesia, inyector, oxímetro de pulso, equipo de pulsosucción. 2. En sala de recuperación, camillas con barandas y monitores de signos vitales con alarmas, de acuerdo con las guías de atención clínica establecidas por la institución. 3. En sala de observación, camilla con barandas y equipo básico de reanimación. 			
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	Aplica lo de todos los servicios.			
Procesos Prioritarios	Aplica lo de todos los servicios.			
Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios.			
Interdependencia	Para procedimientos invasivos cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitalización. 2. Proceso de esterilización. 3. Cuidado Intensivo. 4. Cirugía. 			

Anexo C. Consentimiento Institucional

Pereira, Diciembre 12 de 2018.

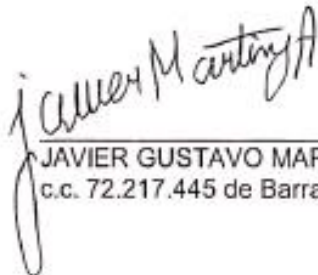
Yo JAVIER GUSTAVO MARTÍNEZ AROCA, mayor de edad, identificado con C. C. N° 72.217.445, de Barranquilla, y actuando como representante legal de la empresa CARDIOLOGY SALUD S.A.S., autorizo a Tania del Pilar Mendoza Peña y Manuela Beltrán Osorio, estudiantes de la Especialización de Auditoría en Salud de la Fundación Universitaria del Área Andina, seccional Pereira, para realizar un estudio en la Unidad que dirijo, con el fin de conocer son las condiciones de habilitación, que según la resolución 2003 de 2014, cumple la Unidad de Cardiología CARDIOLOGY SALUD SAS, durante el primer trimestre de 2019.

Teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre:

1. El destino que se dará a los datos recolectados es exclusivo para esta investigación y con fines académicos.
2. Los datos suministrados son confidenciales.
3. Los resultados aquí obtenidos no podrán ser publicados sin previa autorización de esta institución.

Al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído y explicado todos los lineamientos anteriormente descritos y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Comprendiendo lo anterior, firmo a continuación:



JAVIER GUSTAVO MARTÍNEZ AROCA
c.c. 72.217.445 de Barranquilla.

Anexo D. CRONOGRAMA

AÑO	2018					2019						
ACTIVIDAD - MES	OCT	OCT	NOV	NOV	DIC	ENE	ENE	FEB	FEB	FEB	MAR	ABR
Selección del tema												
Elaboración estado del arte												
Elaboración Marco teórico												
Diseño Metodología												
Recolección de datos												
Tabulación de datos												
Análisis de datos												
Realización de trabajo final												
Presentación final del trabajo												

Anexo E. PRESUPUESTO

ACTIVIDAD	UN	CANT	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TALENTO HUMANO				
ASESOR	H/Asesor	20	100.000	2.000.000
INVESTIGADOR	H/Estud	100	50.000	2.000.000
DIGITADOR	SMLV	1	830.000	830.000
COMPUTADOR ALQUILER	Hora	200	2.000	400.000
RECURSO LOGÍSTICO				
Viáticos	Traslado	30	10.000	300.000
Biblioteca	Hora	50	3.000	150.000
Cd	Cd	8	5.000	40.000
Internet	Hora	200	2.000	400.000
Papelería	Global	1	100.000	100.000
Otros	Global	1	500.000	500.000
TOTAL				\$6.720.000

Anexo F. Planes de acción sugeridos para optimizar las condiciones de habilitación.

ESTÁNDAR	CRITERIO NO CUMPLIDO	PLAN DE ACCIÓN SUGERIDO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		
				INICIO	CONTROL	FINAL
TALENTO HUMANO	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.	Completar la totalidad de los documentos de las hojas de vida, con los respectivos registros y/o autorizaciones expedidas por la autoridad competente para el ejercicio de la profesión u ocupación, inscripción en el RETHUS de cada uno de los trabajadores de la empresa. Incluir estos documentos en el archivo físico o digital de la Unidad.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE ABRIL DE 2019	30 DE ABRIL DE 2019
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	Documentar la capacidad instalada y la relación entre oferta y demanda de consulta de cardiología y de procedimientos realizados en la Unidad, analizando el histórico de consultas y procedimientos o por la cantidad de contratos que tenga la Unidad.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE ABRIL DE 2019	30 DE ABRIL DE 2019
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	Definir cronograma anual de capacitaciones y verificar la realización de las mismas, con listados de asistencia. Esto debe incluir: Capacitaciones en seguridad del paciente, bioseguridad, manejo seguro de equipos biomédicos, seguridad y salud en el trabajo, plan de emergencias.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE ABRIL DE 2019	30 DE ABRIL DE 2019
	Diagnóstico no Invasivo: Cuenta con: 1. Médico especialista en cardiología o en radiología e imágenes diagnósticas. 2. Enfermera con certificado de formación en la realización del procedimiento ofertado y en soporte vital básico.	Contar con enfermera con competencia certificada en procedimiento de apoyo diagnóstico cardiovascular y soporte vital básico, anexo a la hoja de vida, en archivo físico y/o digital.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE ABRIL DE 2019	30 DE ABRIL DE 2019

ESTÁNDAR	CRITERIO NO CUMPLIDO	PLAN DE ACCIÓN SUGERIDO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		
				INICIO	CONTROL	FINAL
INFRAESTRUCTURA	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	Documentar el procedimiento de orden, aseo, limpieza y desinfección, propio de la institución o, adoptar el documento el Hospital Universitario San Jorge de Pereira	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019	30 DE SEPTIEMBRE DE 2019
	En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.	Adecuar los baños de uso para pacientes, para personas en situación de discapacidad	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019	30 DE SEPTIEMBRE DE 2019
	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.	Mantener los dispositivos automáticos de los lavamanos, funcionales todo el tiempo, haciendo uso de baterías recargables, por ejemplo. Separar el área de trabajo sucio del área limpia y de lavado de manos.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019	30 DE SEPTIEMBRE DE 2019
DOTACIÓN	Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.	Solicitar la certificación de la competencia del biomédico y adjuntarla a las hojas de vida de los equipos	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE ABRIL DE 2019	30 DE ABRIL DE 2019
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.	Conformar y documentar el proceso de comité de seguridad del paciente, para el análisis de eventos adversos.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019

ESTÁNDAR	CRITERIO NO CUMPLIDO	PLAN DE ACCIÓN SUGERIDO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		
				INICIO	CONTROL	FINAL
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.	Documentar e implementar los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia o adoptar los manejados por el Hospital Universitario San Jorge	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019
	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos... Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomienda, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.	Documentar el procedimiento institucional para el reúso de dispositivos médicos.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019

ESTÁNDAR	CRITERIO NO CUMPLIDO	PLAN DE ACCIÓN SUGERIDO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		
				INICIO	CONTROL	FINAL
PROCESOS PRIORITARIOS	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.	Revisar, actualizar y socializar, cada año: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, Sistema Obligatorio de Gestión de la Calidad (PAMEC)	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019
	Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.	Documentar el programa de Seguridad del Paciente, propio de la Insitución o adoptar el documento del Hospital Universitario San Jorge.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019
	b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.	Definir cronograma de capacitaciones y verificar su cumplimiento con listados de asistencia.	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019

ESTÁNDAR	CRITERIO NO CUMPLIDO	PLAN DE ACCIÓN SUGERIDO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		
				INICIO	CONTROL	FINAL
PROCESOS PRIORITARIOS	<p>c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.</p>	<p>Definir los indicadores para la medición. Documentar el procedimiento de reporte y gestión de los eventos adversos.</p>	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019
	<p>d. Procesos Seguros: Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad. Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos... Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico. Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos. Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p>	<p>Documentar e implementar el Sistema de Información para la Calidad y PAMEC que incluya: - Procedimiento para la adopción de guías de práctica clínica basadas en la evidencia emitidas por el ministerio de salud. - Socializar y capacitar sobre las guías de práctica clínica y evidenciar con listas de asistencia. - Documentar y socializar el procedimiento para el manejo en el caso de requerirse reanimación cardiopulmonar. Documentar el protocolo de socialización de manejo y seguridad de equipos de la unidad. - Definir y realizar los indicadores que apliquen a los procesos en la unidad.</p>	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019

<p>Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. 2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente... Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos. 	<p>Documentar el protocolo de venopunción y el protocolo de manejo y mantenimiento de sondas vesicales. Definir los indicadores para el seguimiento a eventos adversos y de reporte obligatorio a la entidad de control competente.</p>	<p>Gerente de la Unidad</p>	<p>1 DE ABRIL DE 2019</p>	<p>15 DE MAYO DE 2019</p>	<p>30 DE JUNIO DE 2019</p>
--	---	-----------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------

ESTÁNDAR	CRITERIO NO CUMPLIDO	PLAN DE ACCIÓN SUGERIDO	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN		
				INICIO	CONTROL	FINAL
PROCESOS PRIORITARIOS	<p>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos...</p> <p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora...</p> <p>Cuenta con protocolo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limpieza y desinfección de áreas. 2. Superficies. 3. Manejo de ropa hospitalaria. 4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud... 	<p>Documentar manual de bioseguridad propio de la unidad que incluya:</p> <p>Protocolo de limpieza y desinfección.</p> <p>Protocolo de lavado de manos.</p> <p>Manejo y gestión integral de residuos (PGIRASA).</p> <p>O adoptar y/o adaptar manual de bioseguridad de Hospital Universitario San Jorge de Pereira.</p>	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019
	<p>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuario correcto. 2. Medicamento correcto. 3. Dosis correcta. 4. Hora correcta. 5. Vía correcta. <p>Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.</p>	<p>Documentar e implementar el procedimiento de los 5 correctos para la administración de medicamentos.</p>	Gerente de la Unidad	1 DE ABRIL DE 2019	15 DE MAYO DE 2019	30 DE JUNIO DE 2019

	<p>El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.</p> <p>El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.</p>	<p>Documentar procedimiento de identificación de pacientes y de custodia de pertenencias de los usuarios, propio de la Unidad.</p>	<p>Gerente de la Unidad</p>	<p>1 DE ABRIL DE 2019</p>	<p>15 DE MAYO DE 2019</p>	<p>30 DE JUNIO DE 2019</p>
PROCESOS PRIORITARIOS	<p>El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.</p>	<p>Documentar manual de bioseguridad y gestión y manejo de residuos, propio de la Unidad o adoptar y/o adaptar el manual de bioseguridad y gestión y manejo de residuos del Hospital Universitario San Jorge de Pereira.</p>	<p>Gerente de la Unidad</p>	<p>1 DE ABRIL DE 2019</p>	<p>15 DE MAYO DE 2019</p>	<p>30 DE JUNIO DE 2019</p>
	<p>Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente...</p>	<p>Definir y socializar el procedimiento de remisión de pacientes.</p>	<p>Gerente de la Unidad</p>	<p>1 DE ABRIL DE 2019</p>	<p>15 DE MAYO DE 2019</p>	<p>30 DE JUNIO DE 2019</p>
	<p>Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:</p> <p>1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo...</p>	<p>Documentar el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.</p> <p>Capacitar a todo el personal con entidad que genere certificado, el cual debe reposar en el archivo de su hoja de vida.</p>	<p>Gerente de la Unidad</p>	<p>1 DE ABRIL DE 2019</p>	<p>15 DE MAYO DE 2019</p>	<p>30 DE JUNIO DE 2019</p>

Fuente: Elaboración propia

