

**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE HABILITACIÓN
ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, CON RESPECTO A LAS
CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA
OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS
OFERTADOS POR CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES**

JAVIER FERNANDO GUERRERO DURAN

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2017**

**EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE HABILITACIÓN
ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014, CON RESPECTO A LAS
CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA
OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS
OFERTADOS POR CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES.**

JAVIER FERNANDO GUERRERO DURAN

**Trabajo de grado para optar al título de
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD**

Asesor

**Myriam Ruiz Rodríguez MSc, PhD
Coordinadora Posgrado Administración de Servicios de Salud
Departamento de Salud Pública
Escuela de Medicina
Universidad Industrial de Santander**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2017**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	18
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.4 OBJETIVOS.....	20
1.4.1 Objetivo general.....	20
1.4.2 Objetivos específicos.....	20
2. MARCO CONTEXTUAL	21
2.1 RESEÑA HISTÓRICA DE CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES.....	21
2.2 MARCO ESPACIAL	21
2.3 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	22
2.4 SERVICIOS OFERTADOS	24
2.5 CLIENTES	25
2.6 Mapa de procesos	26
2.7 Organigrama.....	27
3. MARCO DE REFERENCIA.....	28
3.1 MARCO CONCEPTUAL	28
3.1.1 Calidad de la atención en salud:	28
3.1.2 La calidad asistencial:.....	29
3.1.3 Costo de la calidad:	30
3.1.4 Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud:.....	30

3.1.5 Mejoramiento de procesos y servicios:	31
3.1.6 Indicadores de gestión:	33
3.1.7 Auditoria para el mejoramiento de la calidad:	33
3.2 MARCO NORMATIVO	34
3.2.1 Antecedentes del Sistema único de Habilitación vigente en Colombia.	34
3.2.2 Normatividad en Sistema de Seguridad Social Integral.	34
3.2.3 Sistema Único de Habilitación-SUH:.....	37
4. METODOLOGIA	46
5. RESULTADOS.....	49
5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	49
5.1.1 Análisis general:.....	50
5.1.2 Análisis por estandar.	50
6. PLAN DE ACCION – CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	62
6.1. MATRIZ DOFA.....	62
6.2 PLANTEAMIENTO DE ESTRATEGIAS.....	63
6.3 DISEÑO DEL PLAN DE ACCIÓN	63
6.4 DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN	63
6.4.1 Capacitación sistema único de habilitación:.....	63
6.4.2 Actualización y levantamiento de documentación general.....	64
6.4.3 Definición, ajuste e implementación de procesos asistenciales y administrativos:	66
6.4.4 Adecuación de instalaciones, adquisición de implementos y equipos:	66
6.5 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	67
6.5.1 Alcance del mejoramiento continuo de la calidad:	67

7. CONCLUSIÓN	71
BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Variables	46
Tabla 2. Modelo de lista de chequeo	47
Tabla 3. Grado de cumplimiento	48
Tabla 4. Resumen de la evaluación para el cumplimiento de los estándares de habilitación en CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES.....	49
Tabla 5. Mejoramiento continuo.....	69

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Mapa de procesos	26
Figura 2. Organigrama	27

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Talento Humano.....	74
Anexo B. Infraestructura	77
Anexo C. Dotación-Mantenimiento	82
Anexo D. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	86
Anexo E. Procesos Prioritarios	90
Anexo F. Historia Clínica y Registros.....	99
Anexo G. Interdependencia de Servicios	102
Anexo H. Todos los estándares	104
Anexo I. Por servicios (Protección específica y detección temprana).....	120
Anexo J. Por servicios (Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica) Servicio farmacéutico baja complejidad.....	123
Anexo K. Por Modalidades de prestación (Brigadas o jornadas modalidad extramural).....	125

RESUMEN

TITULO: Evaluación del cumplimiento de criterios de habilitación establecidos en la resolución 2003 de 2014, con respecto a las condiciones tecnológicas y científicas del sistema obligatorio de garantía de calidad en los servicios ofertados por CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES.*

AUTOR: GUERRERO DURAN, Javier Fernando.**

PALABRAS CLAVES: Habilitación, Mejoramiento, Vacunación, Servicios de salud, Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014

CONTENIDO: En este documento se muestran los resultados obtenidos en el proceso de verificación de cumplimiento de los estándares de habilitación los cuales hacen parte del Sistema Único de Habilitación, del servicio de vacunación ofertados por CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES. Dando cumplimiento a las exigencias establecidas por la Resolución 2003 de 2014, expedida por el gobierno nacional.

El 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 habilitación, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema de salud, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

Este está comprendido por la autoevaluación y el establecer desde la administración de servicios de salud, las recomendaciones que permitiera superar las inconsistencias detectadas frente a los estándares exigidos, el cual, al ser implementadas permitan el cumplimiento e implementación total del Sistema de Habilitación; estas incluyen actividades como el levantamiento y documentación de procesos asistenciales y administrativos, capacitación del personal, ajuste de los sistemas de información, adecuación de infraestructura y dotación de equipos.

Al finalizar la práctica fue validada la información obtenida y confirmando el cumplimiento de los estándares exigidos por el Sistema Único de Habilitación; así mismo, fueron obtenidos los certificados de habilitación de las Secretarías Departamentales del servicio de vacunación. Este trabajo contribuyó considerablemente a la organización interna de la institución, convirtiéndose en el punto de partida para el desarrollo de procesos de mejoramiento continuo.

* Proyecto de Grado.

** Especialista en administración de servicios de salud. facultad de salud. Escuela de Medicina. Universidad Industrial de Santander. Director: Myriam Ruiz Rodríguez MSc, PhD

SUMARY

TITLE: Evaluation of compliance with the qualification criteria established in resolution 2003 of 2014, regarding the technological and scientific conditions of the mandatory system of quality assurance in the services offered by CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES.*

AUTHOR: GUERRERO DURAN, Javier Fernando.**

KEY WORDS: Rating, Improvement, Vaccination, Services of health, Decree 1011 of 2006, Resolution 2003 de 2014

CONTENT: This document shows the results obtained in the process of verification of compliance with the standards of habilitation which are part of the Unique Habilitation System of the vaccination service offered by CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES. In compliance with the requirements established by Resolution 2003 of 2014, issued by the national government.

The Single Habilitation System is the set of rules, requirements and procedures by which the basic conditions of habilitation are established, registered, verified and controlled, indispensable for the entry and permanence in the health system, the Which are of mandatory compliance by the Health Service Providers.

This is comprised of self-assessment and the establishment of health services administration recommendations to overcome the inconsistencies detected against the required standards, which, when implemented, allow the full compliance and implementation of the Enabling System; These include activities such as the collection and documentation of care and administrative processes, staff training, adjustment of information systems, infrastructure adequacy and equipment endowments.

At the end of the practice was validated the information obtained and confirming compliance with the standards required by the Single Enabling System; Likewise, the certificates of habilitation of the Department Secretaries of the vaccination service were obtained. This work contributed considerably to the internal organization of the institution, becoming the starting point for the development of processes of continuous improvement.

* Proyecto de Grado.

** Specialist in administration of health services. Faculty of Health School of Medicine. Industrial University of Santander. Director: Myriam Ruiz Rodríguez Master, PhD

INTRODUCCIÓN

Siendo Colombia un país de tercer mundo y a pesar de no contar con la tecnología de punta de los grandes países industrializados, nuestra legislación en las últimas décadas se ha esforzado en garantizar un acceso a servicios y procedimientos de las más alta calidad los cuales sean realizados por personal competente y altamente calificado, que pueda satisfacer las necesidades que cada cliente requiera para garantizar la conservación y mantenimiento de su salud.

Creando mecanismos que garanticen una atención oportuna, confiable, personalizada e integral, no obstante se presentan falencias originadas en gran parte al incumplimiento de las condiciones mínimas requeridas para la prestación del mismo, por ello ha sido necesario legislar en los fundamentos básicos de la atención, para así orientar a las instituciones sobre los lineamientos y requerimientos de la prestación del servicio, apuntando la generación de mecanismos de calidad en las Entidades prestadoras de Salud.

La calidad se ha fortalecido en el campo de la salud, logrando grandes beneficios tanto para los usuarios como para las instituciones de salud, generando un alto impacto en la prestación de los servicios y en la creación de estrategias que garanticen un mejoramiento continuo de los procesos de las Instituciones.

Y con relación a garantizar la calidad contamos con no solo la buena voluntad de los participante, también con la reglamentación en la cual se establece que los hospitales, clínicas y todo participante del sistema de salud, tienen el compromiso y la responsabilidad de brindar al usuario, a su familia y a la población en general servicios de salud de óptima calidad en donde se incluyan: un recurso humano competente, calificado y éticamente comprometido con la salud de los usuarios y con el servicio que se presta, con la infraestructura adecuada, tecnología que

apoye el diagnóstico confiable del paciente y además permita brindar un tratamiento adecuado, entre otros criterios, garantizando un servicio eficiente, eficaz, seguro, oportuno y de Calidad.

El Sistema Único de Habilitación que estaba comprendido dentro de la Resolución 1043/2006, la cual dio la pauta para el funcionamiento y estableció las primeras condiciones mínimas que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios. Y su estado de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones pertinentes en la prestación de un servicio de salud.

Estableciendo las normas, lineamientos y procedimientos mediante los cuales se implementa, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de los requerimientos mínimos necesarios, tomando en cuenta no solo Capacidad Tecnológica y Científica en la prestación de la atención, incluyendo la Capacidad Técnico-Administrativa y Suficiencia Patrimonial y Financiera que garantice su permanencia en el mercado, evitando así tropiezos que puedan afectar al usuario y a su estado de salud.

Esta fue derogada por la Resolución 1441/2013 y está a su vez por la resolución 2003 de 2014, dando respuesta a las falencias e inconsistencias presentadas por su antecesor y en pro de facilitar el proceso para las instituciones como para el estado en general y con el único fin de establecer un proceso de calidad y como esta mismo no es estática y esta predispuesta al cambio en lo particular sin desviar el objetivo general.

El proceso de Habilitación le implica a una Institución Prestadora de Servicios de Salud la generación de estrategias de calidad y mejoramiento continuo en donde los procesos sean medibles, auditados y ajustables para cubrir todas las situaciones que puedan afectar de una manera u otra los servicios prestados al

usuario final, a fin de asegurar el cumplimiento de un servicio seguro, oportuno y accesible.

La Habilitación exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento de los procesos, ya que como el mismo sistema lo dice son condiciones mínimas de cumplimiento, lo cual hace suponer que situaciones por debajo de estas condiciones pueden poner en riesgo la salud no solo del usuario si no de la población en general.

Pero a su vez favorece el trabajo en equipo y obliga hacer una evaluación interna de cada Institución de manera objetiva, con el fin de establecer planes de acción que incluyan medición de procesos y seguimiento con el objeto de trabajar en pro del mejoramiento continuo. Haciendo el ejercicio de conocer sus fortalezas y debilidades en razón de reforzar y mejorar constantemente apuntando a políticas de calidad.

Es por ello y luego de 1 año de la entrada en vigencia de la resolución 1441/2013 y en menor medida de la resolución 2003 de 2014 y a más 8 años de la primera legislación hoy en día hay muchas empresas del sector salud que no han comenzado un proceso que garantizase su habilitación y por ende una permanencia en el mercado, tomando en cuenta el cambio de normatividad.

Y de acuerdo a lo anterior el presente documento muestra una serie de actividades que permiten realizar verificación y seguimiento a cada uno de los siete (7) estándares contemplados en el ajuste realizado a la resolución 1441/2013 y que mantiene la resolución 2003 de 2014, normatividad vigente que da los lineamientos para el cumplimiento de los requisitos de habilitación.

En esta monografía se realizó la verificación de los siete (7) estándares de la nueva propuesta de habilitación con el fin de verificar el cumplimiento de los mismos en los servicios ofertados por CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS

SPEICES institución que presta servicios de primer nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bucaramanga (Santander).

La evaluación de la calidad ha sido abordada desde diferentes enfoques en el área clínica, los mismos que han permitido perfeccionar los métodos y técnicas para conocer objetivamente la forma de validar este proceso.

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el sistema obligatorio de garantía de calidad en Colombia, evidencian el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud. Éste coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones, de la importancia que hoy tiene rendir cuentas ante el usuario y la sociedad sobre las condiciones internas de operación, con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los ajustes realizados por la resolución 2003 de 2014 la resolución 1441 de 2013, contiene un conjunto de requisitos que han sido diseñados por servicios, mediante la metodología de “estándares” que se definen como un conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente describe el nivel aceptable de rendimiento de una organización y determinan el nivel de exigencia para cada área a evaluar, garantizando así, la salud y seguridad pública. Los estándares planteados en la nueva propuesta de habilitación habla de siete (7) estándares, dos (2) menos con respecto a la Resolución 1043 de 2006.

El proceso de habilitación constituye un instrumento para evaluar los establecimientos de salud privados y públicos, bajo la perspectiva de ser requisitos “mínimos exigidos, alcanzables y de estricto cumplimiento” y poder operar como establecimiento de salud que garantice la continuidad de la calidad de la prestación del servicio.

Debido a que CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES no ha iniciado un proceso de verificación ante la nueva normatividad vigente, se hace necesario realizar una evaluación completa para determinar en qué medida la institución cumple con los nuevos requerimientos y de esta manera elaborar un diagnóstico de la situación actual.

A partir de esta problemática se formula la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuál es el nivel de cumplimiento; de los siete (7) estándares ante la nueva propuesta de habilitación en CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES quien presta un servicio de Primer Nivel en la ciudad de Bucaramanga?

Con el presente trabajo se busca dar continuidad al proceso de verificación de condiciones de habilitación y plantar la primera semilla para que la empresa pueda mantener la continuidad en el cumplimiento de los estándares de acuerdo a los ajustes realizados por la resolución 1441 de 2013 por la resolución 2003 de 2014, teniendo en cuenta los siete (7) estándares de la nueva propuesta, lo anterior realizando seguimiento a los procesos que se encuentran establecidos en CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES, con el fin de garantizar la calidad en la atención de forma eficiente, efectiva y eficaz; así mismo revisar los procesos detectando dificultades o incumplimientos para poder diseñar un plan de mejoramiento que permita lograr el cumplimiento de los requisitos mínimos exigidos por la normatividad.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En Colombia la Constitución en 1991, estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado”, aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

A partir de la Ley 100 de 1993, se produjeron cambios en la estructura administrativa y en la prestación de servicios de salud. Estos cambios dieron lugar a la creación del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció El Sistema Único de Habilidadación. Este sistema de habilitación reglamentado desde el 2006 ha venido transformándose y a la fecha éste propende por el mejoramiento continuo de la calidad de atención incluyendo aspectos de auditoria para la mejora de la calidad y las buenas prácticas de seguridad para el paciente.

En consecuencia, es importante resaltar que los procesos de habilitación en salud se convierten entonces, en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

Por lo anteriormente expuesto, con el presente trabajo se busca evaluar, verificar y mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo a la Normatividad Vigente en CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES buscando el cumplimiento de la normatividad y así poder garantizar una adecuada atención y competitividad en el mercado actual y futuro.

Mediante esta monografía se pone a disposición de CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES herramientas que permitan la realización de auditorías internas que garanticen la calidad en la atención de forma eficiente, efectiva, eficaz y segura. De igual manera, esta monografía hace la revisión de los procesos de CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES, con el fin de detectar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, logrando diseñar e implementar un plan de mejoramiento que permita establecer acciones correctivas efectivas en pro de la calidad esperada y así lograr la satisfacción del cliente.

En este sentido, este trabajo logrará la verificación de la nueva propuesta de estándares de habilitación en salud, acorde a la normatividad vigente, la cual será fundamental en los procesos de CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES, para contribuir al mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de sus servicios teniendo en cuenta lo establecido por el ente regulador y responsable de la verificación de los estándares de habilitación que ha definido el Ministerio de la Protección Social.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES cumple con los estándares del sistema único de habilitación reglamentados en la Resolución 2003 de 2014?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general.

Verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación en el servicio ofertado por CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES reglamentado por la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social para Prestadores de Servicios de Salud.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Identificar la situación actual de CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES en cuanto a los servicios ofertados para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- Establecer un comparativo entre la situación propuesta para la Resolución 1043 de 2006 y las modificaciones propuestas por la Resolución 1441 de 2013 y la resolución 2003 de 2014 para el CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES.
- Documentar el nivel cumplimiento de los estándares de la propuesta de habilitación por parte CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES.
- Establecer un plan de mejora que contribuya al cumplimiento de los estándares que presenten alguna falencia en su cumplimiento por parte de CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES.

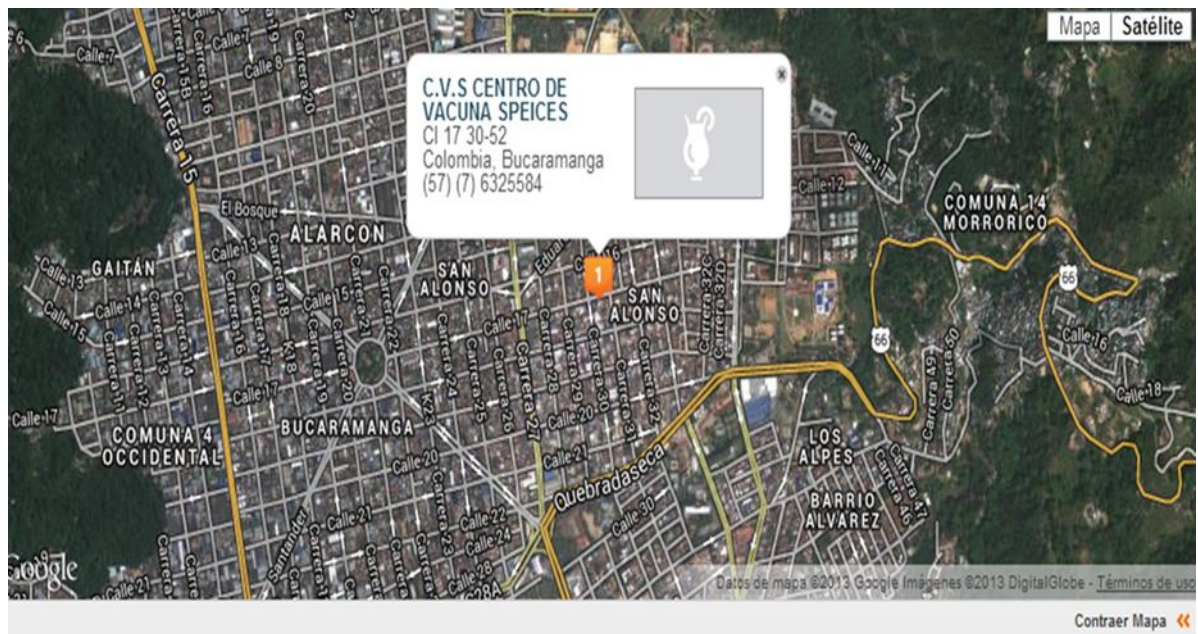
2. MARCO CONTEXTUAL

2.1 RESEÑA HISTÓRICA DE CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES

CENTRO DE VACUNACION “SPEICES”. Nace como una entidad de salud con el objeto social de brindar a los usuarios servicios de vacunación proporcionando la prevención de posibles enfermedades en la población reflejado en el mejoramiento de la calidad de vida personal, familiar y social, en el año 1998, como persona natural bajo el Nit: 5.745.785-9, Matricula No. 05-0067066-01 del 31/03/1998 a nombre de LEONIDAS URIBE PRADA como representante Legal,

2.2 MARCO ESPACIAL

Ubicada en la Dirección: Calle 17 N° 30-52 Interior 1; Teléfono: 6325584.



2.3 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Visión

En el 2020, ser líderes a nivel Nacional como Institución prestadora de servicios de salud en promoción y prevención y la prestación de servicios de vacunación, distribución de Biológicos, de alta calidad asistencial y tecnológica que se distinga por el servicio eficiente y humano a nuestros usuarios por profesionales altamente calificados.

Misión

Nuestra misión es ofrecer el más amplio portafolio de vacunas para atender integralmente a nuestros usuarios y clientes, cumpliendo a cabalidad como Institución Prestadora de Servicios de primer nivel en promoción y prevención de la salud y distribuidora de Biológicos; trabajando con criterios éticos morales, asistenciales y administrativos tecnológicos de excelente calidad en pro del mejoramiento, con énfasis en las actualizaciones que brinden una mejor calidad de vida a los usuarios y lograr una atención con excelencia.

Valores institucionales

Los siguientes son los valores éticos establecidos como guía para el actuar en nuestra IPS.

- Respeto a la persona y su dignidad humana.
- Empatía, afecto, para lograr un trato digno y respetuoso.
- Honestidad, compromiso con el cumplimiento de normas de conducta y actuación con transparencia en el servicio, llevando un sentido humano a nuestros clientes, usuarios y los distintos actores del mercado que interactuamos.

- Seguridad: Propiciar un ambiente cómodo, privado, seguro e íntimo.
- Competitividad: para lograr una adecuada atención.
- Servicio: Ofrecemos un servicio excelente y permanente para atender adecuada e integralmente las necesidades de nuestros usuarios y clientes.
- Responsabilidad: Nuestra prioridad es la atención personalizada y oportuna a cada uno de los usuarios y clientes.

Política de calidad

En CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES. Nuestra política de calidad se manifiesta mediante nuestro firme compromiso con los Usuarios y Clientes, de satisfacer plenamente sus requerimientos y necesidades en la prestación de servicios de vacunación y distribución de Biológicos, a través de procesos de mejoramiento continuo para mantener altos niveles de calidad, para ello garantizamos impulsar una cultura de calidad basada en los principios de honestidad, solidaridad y desarrollo del recurso humano competitivo.

Objetivos de calidad

Nuestro compromiso de EXCELENCIA EN LA RELACION CON LOS CLIENTES Y PRESTACION DE LOS SERVICIOS, se fundamenta en la práctica de los siguientes objetivos:

Evaluar y mejorar en forma permanente la efectividad de nuestros procesos para contribuir a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Desarrollar la competencia del talento humano para mantener una atención altamente calificada y comprometida.

Incrementar la satisfacción de los usuarios y clientes desarrollando e implementando acciones tendientes a mejorar día a día nuestros productos y

servicios con calidad y confianza permanente mediante procesos de mejoramiento continuo.

Fortalecer la prestación de los servicios de salud eficientes y efectivos cumpliendo con la normatividad reglamentaria legal vigente.

2.4 SERVICIOS OFERTADOS

- Vacunas no subsidiadas por el ministerio de protección social
Hepatitis A, Hepatitis B, Varicela, Influenza (antigripal), Neumococo, Meningococo, Tétano, Triple Viral (paperas + sarampión y rubéola), Fiebre Amarilla, Fiebre Tifoidea, Leptospirosis.

Planes especiales de educación y vacunación para empresas y en general para trabajadores que manipulan alimentos, jardines, escuelas, colegios y universidades, viajeros aspirantes a ingresar a la policía y el ejército.

- Vacunas subsidiadas por el ministerio de protección social
Gracias al buen manejo y la confianza depositada en nuestra organización existe un convenio desde el día 15 de enero de 1999 con la Secretaria de Salud de Santander, quienes nos suministran las vacunas requeridas para niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y posparto. Estas vacunas por ser subsidiadas por el estado son gratuitas.

Vacunas para niños menores de cinco años: BCG (Anti tuberculosis), Polio, Hepatitis B, Pentavalente (Hepatitis B, Difteria, Tos Ferina, Tétanos y Haemophilus Influenza tipo B), DPT (Tos Ferina, Tétano y Difteria), Triple Viral (Sarampión, Paperas y Rubéola) y Fiebre Amarilla. Para mujeres en edad fértil: Toxoide Diftérico y para mujeres en post-parto: Rubéola.

- Vacunación para la mujer y la familia:
Esquemas PAI y complementarios Niños, Adolescentes, Mujeres en general y en especial para la edad reproductiva y Adultos mayores
- Vacunación para el viajero:
Fiebre Amarilla.
- Vacunación para grupos de riesgo:

Cáncer, Diabetes, Sida etc.

- Vacunación institucional:

Jornadas de vacunación a empresas, personal de salud, colegios, universidades etc.

- Capacitación:

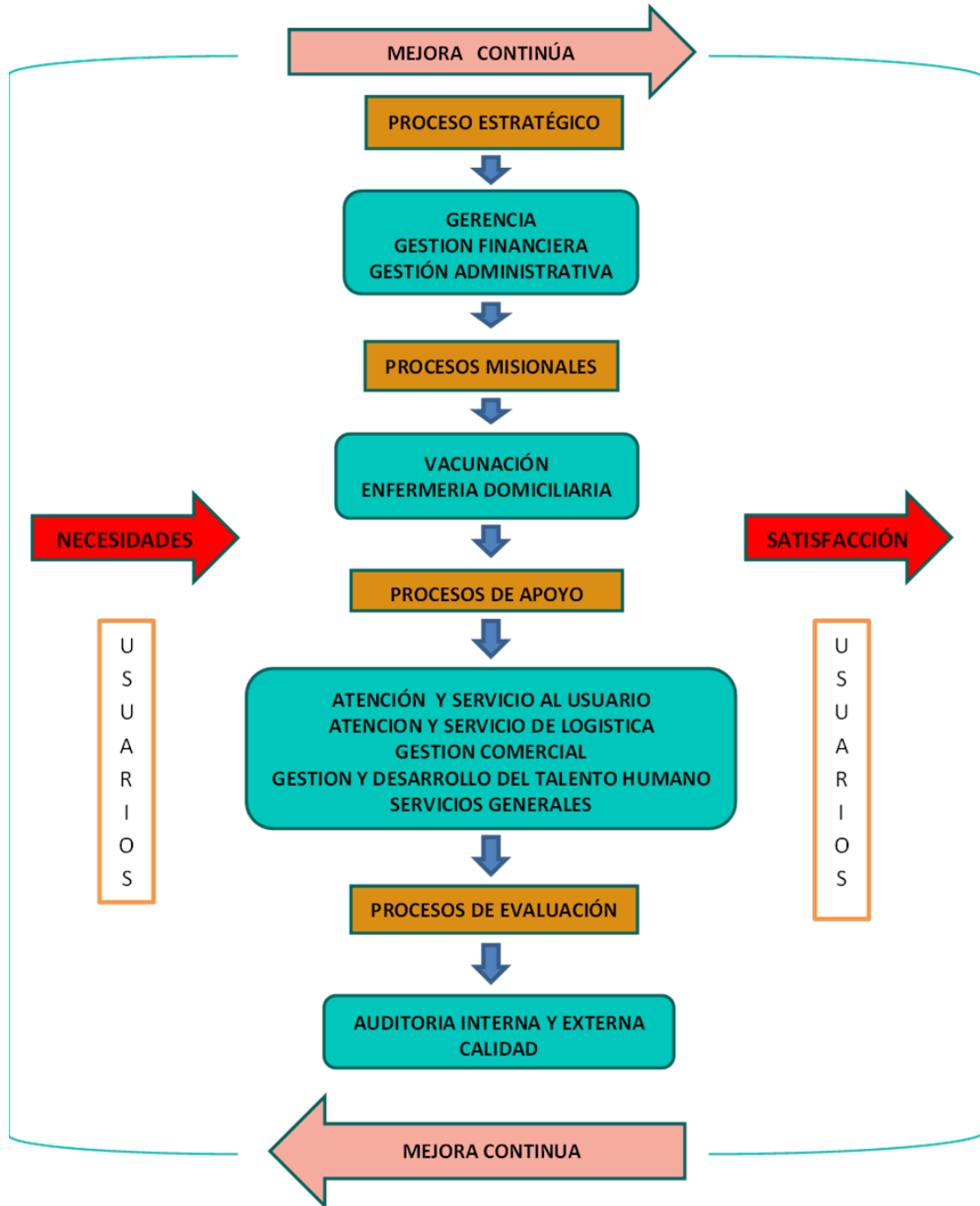
Capacitación a grupos de profesionales y personal de salud.

2.5 CLIENTES

Nuestra empresa cuenta con el respaldo de los principales laboratorios productores de vacunas a nivel mundial (Laboratorio GlaxoSmithKline, Laboratorio Delta, Laboratorio Pfizer, Laboratorio Finlay, Laboratorio Aventis Pasteur y Laboratorio Heber Biotec. Seguimos los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Protección Social y la Secretaria de Salud de Santander quienes nos brindan asistencia con profesionales especializados y la última tecnología en vacunas.

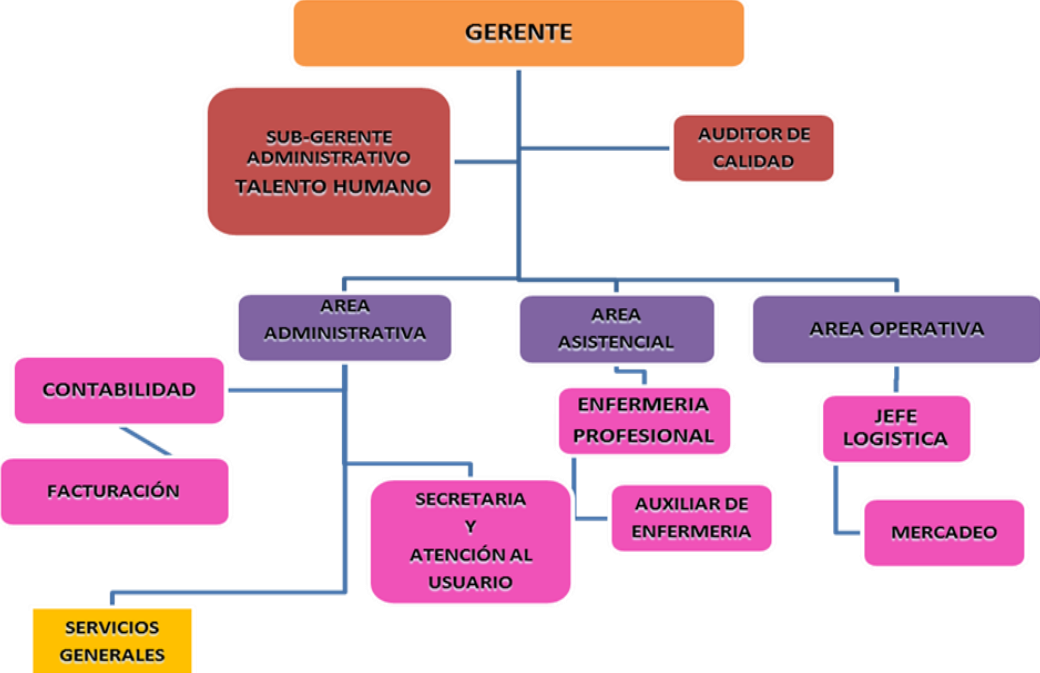
2.6 Mapa de procesos

Figura 1. Mapa de procesos



2.7 Organigrama

Figura 2. Organigrama



3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 MARCO CONCEPTUAL

La filosofía de la CALIDAD aporta una concepción global que fomenta la mejora continua en la organización e involucra a todos sus miembros, centrándose en la satisfacción del cliente.

3.1.1 Calidad de la atención en salud: En la década de los 80`s Abedis Donabedian, la persona más reconocida en el mundo en el tema, define "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado"

Y así podemos encontrar un sin número de definiciones las cuales en general apuntan a una prestación adecuada y racional de un servicio, satisfaciendo las necesidades de un usuario.

Claro que si hay un sector en el cual se daba incluir y aplicar los conceptos de calidad es salud por esto en 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

De acuerdo a lo anterior se deduce que la calidad implica varias dimensiones que merecen ser mencionadas:

La primera es la dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles en favor del paciente, la seguridad, la cual se mide según el riesgo implícito para el paciente, se debe enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos, el servicio. La relación interpersonal con el paciente tomando en cuenta que un servicio debe ser prestado en el lugar, momento y manera adecuados, lo cual abarca los conceptos de oportunidad y continuidad de la atención y por último el costo de la atención, el cual debe ser racional entendiendo relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello.

3.1.2 La calidad asistencial: La calidad requiere puntos de referencia que permitan la comparación (estándares), los cuales permitan reflejar un consenso, una valoración de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente o para toda la población, o para ambos.

Finalmente, cualquier juicio sobre calidad debe contemplar las diferentes dimensiones ya señaladas, dando prioridad a aquello que tenga mayor incidencia en el resultado de la atención.

Se requieren acciones sistemáticas y continuas para lograr calidad, y a ese conjunto de acciones se le denomina garantía de calidad.

Algunas de estas acciones son evaluaciones externas (como el cumplimiento de las condiciones de habilitación y la acreditación), pero al interior de las instituciones, los prestadores deben realizar el proceso de autoevaluación y de esta forma ingresar a un sistema de garantía de calidad, en la cual se toma el conjunto de acciones sistemáticas y continuas que realiza la entidad para lograr el

mejor beneficio para su usuario, con el mínimo riesgo y administrando los recursos de una forma eficiente y que le permite atender de manera confiable, accesible, segura y de forma oportuna sus necesidades.

3.1.3 Costo de la calidad: Implementar procesos de calidad demanda un aumento en los costos y con esto se refiere a todos los costos atribuibles a la producción de calidad los cuales generalmente se clasifican en, costos de evaluación que son los costos de inspección, los cuales aseguran que el producto o servicio sea aceptable, continuando en esa línea se encuentran los costos de prevención estos como su nombre lo indica nos ayuda a prevenir problemas al identificar riesgos en los procesos.

Estos costos en los que se incurre con el fin de garantizar la calidad de los productos y/o servicios siempre serán menores que los costos en los que se incurrirían por la mala calidad.

3.1.4 Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud: Hablamos del conjunto de las normas con las cuales propendemos el mejoramiento de la calidad de los servicio de salud en Colombia.

Los cuales ante el estado se entenderán como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Contando con unas características propias de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad.

En resumen es el conjunto de Instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del País.

Estos requisitos se establecen los estándares de habilitación los cuales son esenciales para el cumplimiento de las condiciones mínimas que debe tener un prestador de servicios de salud para garantizar la buena prestación de un servicio.

Los responsables tendrán a su cargo el desarrollo de instrumentos para garantizar el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación, la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y estarán encargados del desarrollo de su sistema de garantía de calidad a partir del cumplimiento de las condiciones de habilitación para la prestación de servicios de salud determinados por el Ministerio de Salud y las entidades normativas y coordinadoras.

También deberán elaborar planes de mejoramiento continuo como herramienta para detectar y corregir riesgos con respecto a los parámetros previamente establecidos como calidad.

3.1.5 Mejoramiento de procesos y servicios: Esta filosofía busca un mejoramiento continuo y asume el reto que nos dice que la búsqueda de la calidad es un proceso de nunca acabar, con el cual se busca perfeccionar cada día más la fuerza laboral y los métodos de producción o del servicio prestado mediante la aplicación de sugerencias e ideas aportadas por los miembros del equipo que conlleven a minimizar el error.

Etapas básicas para el mejoramiento de procesos.

Un programa de mejoramiento continuo comprende una serie de etapas básicas que deben ejecutarse en estricto orden como lo son el Planear, lo cual nos permite Identificar y seleccionar problemas.

Investigar las causas que originan los problemas y a su vez crear alternativas de solución. El Hacer infiere Implementar las soluciones planteadas anteriormente y este proceso no quedaría completo sin Verificar los resultados obtenidos y Actuar con un posteriormente retornar al inicio del ciclo de control.

Con estas herramientas podemos Identificar y seleccionar problemas, teniendo en cuenta que no todos son igualmente importantes y su impacto no es el mismo.

Después de establecer y priorizar los problemas se debe Investigar las causas que originan los problemas los cuales pueden ser generados por aspectos técnicos, humanos, administrativos, etc.

Es importante que el equipo cuente con la capacidad de crear alternativas de solución. Las cuales planteen, pueden involucrar una serie de acciones y actividades, las cuales pueden clasificarse en acciones de tipo correctivo, las cuales están enfocadas a eliminar el síntoma visible del problema más no la causa real, y de tipo preventivo, enfocadas a eliminar la raíz o causa real que origina el problema.

Con la idea clara se debe Implementar las soluciones establecidas y ponen en marcha las estrategias diseñadas, las cuales deben ejecutarse según lo planeado. Sin abandonar seguimiento para lo cual se toman mediciones, se verifica y hasta se toman decisiones inmediatas para corregir algún inconveniente que se presente y que posiblemente conllevaría a resultados no deseados.

Es de gran importancia evaluar los resultados y retornar al inicio del ciclo de control haciendo un análisis sobre la efectividad de cada una de las estrategias ejecutadas y Documentando los procesos con el fin de estandarizar por medio de manual de procedimientos, guías o protocolos.

3.1.6 Indicadores de gestión: Estos sirven como herramienta a los dueños de los procesos para hacer seguimiento durante el proceso y medir los resultados al final del mismo, esto ayuda al monitoreo la calidad esperada y aporta datos claves en la toma de decisiones, lo cual se traduce en una mejor calidad del producto o del servicio.

Estos pueden ser Indicadores de eficiencia y están relacionados con la utilización de los recursos o de efectividad los cuales se refieren a la satisfacción del receptor de los productos o servicios.

3.1.7 Auditoria para el mejoramiento de la calidad: Proveniente del verbo inglés to audit, que significa ‘revisar’ y del origen etimológico del verbo latino audire, que significa ‘oír’, La Auditoria es un proceso permanente de seguimiento a los procesos organizacionales que hayan sido definidos como prioritarios o los que sea de atención directa del usuario desde que entra hasta que sale del proceso o el servicio que le brindó la atención.

La Auditoria tiene como propósito convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr Calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, comparando la Calidad observada con la Calidad deseada, captando las diferencias que se presentan en esta comparación para emitir conclusiones y recomendaciones que impacten en el cumplimiento de los estándares para alcanzar niveles de Calidad que lleven a mejorar la Salud de los usuarios al menor costo posible, cumpliendo una serie de etapas como son la Planeación, la Ejecución, el Proponer Soluciones y hacer Seguimiento a la implementación de las acciones correctivas y preventivas para verificar su cumplimiento tomando en cuenta factores como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso o el efecto en el sentido de Mejoramiento de la Calidad. Aquí podemos identificar el ciclo PHVA que es fundamento básico de la Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

3.2 MARCO NORMATIVO

3.2.1 Antecedentes del Sistema único de Habilitación vigente en Colombia.

- Constitución Política 1991:

En el año 1991 se decreta, sanciona y promulga la nueva constitución política de Colombia en la cual se estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975.

Y estableció dentro de los derechos fundamentales, el derecho a la vida es inviolable (e inherente a él, el derecho a la salud) artículo 11

3.2.2 Normatividad en Sistema de Seguridad Social Integral.

- Ley 100 de 1993:

La Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, además enmarca el Sistema de Seguridad Social vigente en Colombia, está rige y controlado además el Sistema general de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema General de Riesgos Laborales y los servicios sociales complementarios. Estableciendo las políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

- Decreto 2174 de 1994 (derogado)

Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se establecen los conceptos de calidad y

se definen los objetivos del sistema de garantía de la calidad tanto para los EPS como para las IPS.

- Decreto 2309 de 2002 y Resolución 1439 de 2002: (derogados)

El decreto 2309 Organizaba del sistema obligatorio de garantía de Calidad de la atención de salud del sistema general de Seguridad social en salud y establece los componentes de El Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema Único de Acreditación y El Sistema de Información para la Calidad. Y en la resolución 1439 se establecían los referentes formularios que aplicaban a los procesos mencionados en la 2309 y determinaba las condiciones de suficiencia patrimonial para las empresas del sector salud.

- Resolución 1891 de 2003:

Modificó parcialmente las Resoluciones 001439 de 2002 y 486 de 2003 y se ajustan los estándares de recursos humanos y dotación -mantenimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Decreto 1011 de 2006

Por el cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, determinando sus características y componentes, establece responsabilidades, determina el sistema único de habilitación demarcando sus condiciones, así como su registro y programación de verificación del cumplimiento de las mismas, y asu vez enmarca las condiciones del sistema único de acreditación.

- Resolución 1043 de 2006 y anexos (derogada)

Estableció las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios, determina las condiciones que deben cumplir los prestadores en cuanto a capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa e implementa los distintivos de habilitación.

- Resolución 0077 de 2007

En esta se adoptan los lineamientos técnicos para el programa de verificadores de las condiciones para la habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se dan los lineamientos y condiciones que deben cumplir aquellos que cumplirán la función como verificadores de condiciones de habilitación y perfila las condiciones de las instituciones que ofrezcan la capacitación de estos y los contenidos curriculares que confieran sobre el tema.

- Resolución 2680 de 2007 (modificatoria) (derogada)

Modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006. Exactamente modifica parámetros del Anexo Técnico número 1 en puntos que se repiten y se hacen modificaciones en puntos en que se contradice la norma.

- Resolución 3763 de 2007 (modificatoria) (derogada)

Establece modificaciones a las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007, nuevamente modifica el anexo técnico número 1 y 2 modificando contenidos y ajustando contradicciones entre las mismas.

- Resolución 715 de 2010 (derogada)

Establece las condiciones en las cuales se establece el procedimiento de administración de los distintivos de habilitación contemplados en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006

- Resolución 1441 de 2013 (derogada)

Esta deroga las Resoluciones números 1043 y 1315 de 2006, 2680 y 3763 de 2007, 4796 <de 2008> y 1448 de 2008 <sic, de 2006>, 715 de 2010, replanteo las condiciones de habilitación, modifíco la presentación y cantidad de los estándares, modifica o cambia la forma de plantear la habilitación, cambia la forma de verificar de grupos de estándares a servicios, y estos a su vez los organiza en grupos de servicios, e incluye el programa de seguridad del paciente

- Resolución 2837 de 2014

Por el cual se modifica el artículo 3 de la Resolución 0077 de 2007 en la cual se establecen las condiciones de verificadores en cuanto a la obtención de títulos que certifiquen su condición de verificador.

- Resolución 2003 de 2014

Esta a su vez deroga la Resolución 1441 de 2013 y Aclara conceptos en temas como IPS, Profesional independiente, Transporte especial de pacientes, define y reglamenta las IOSD (Objeto social diferente), incluye algunos servicios como consulta especializada y enmarca las condiciones de los prestadores a consumidores de sustancias psicoactivas y refuerza el tema de seguridad del paciente, también cambia la forma de generación y manejo del distintivo de habilitación.

3.2.3 Sistema Único de Habilitación-SUH: Acorde a para Colombia, el SUH, es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB (1).

Principios que deben guiar el desarrollo de los estándares de Habilitación.

Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

Esencialidad: Todas las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación de servicios de salud.

Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, y su verificación por las autoridades competentes o por cualquier persona que esté interesada en conocerlos (4).

Y que en su artículo 1 dicta las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.

a. De capacidad tecnológica y científica:

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”, los cuales fueron establecidos en la resolución 1043 y modificados a lo largo del tiempo por la resolución 1441 y en la actualidad la resolución 2003 (2).

b. Suficiencia Patrimonial y Financiera:

En la cual se verifica cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo (2).

c. De capacidad técnico-administrativa:

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

Estos dos últimos permanecen sin modificar al entrar en vigencia la Resolución 1441 de 2013 y se mantiene en la resolución 2003 de 2014.

ORGANIZACIÓN PARA HABILITACIÓN

Responsabilidades en la habilitación de prestadores de servicios de salud.

Diseño, formulación y revisión de políticas y de estándares. Es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con su competencia, considerando su función fijada por la Ley 100 de 1993, expedir las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Direcciones Departamentales y Distritales de salud y demás actores cobijados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Entrenamiento y capacitación para la verificación.

Los profesionales encargados de la verificación deberán tener entrenamiento por parte del Ministerio de la Protección Social o la Entidad Territorial correspondiente en convenio con una Institución Educativa, conforme a los perfiles de verificadores de estándares de habilitación definidos en la presente resolución.

Monitorización, del cumplimiento, verificación e impacto de los estándares y del componente en su conjunto.

Según la Ley 100 de 1993, es una responsabilidad que en el nivel nacional comparten el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Esta ley les asigna la función de supervisión, inspección y vigilancia a las entidades integrantes del sistema, de formular y aplicar los criterios de evaluación de eficiencia en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de salud. De otra parte, en el nivel territorial corresponde ésta

responsabilidad a las direcciones Departamentales y Distritales de salud, en su jurisdicción.

Verificación de estándares, adopción de conductas en caso de incumplimiento y Registro de entidades.

Dadas las funciones de inspección, vigilancia y control en el nivel territorial, corresponde a las direcciones Departamentales y Distritales de salud, la verificación del cumplimiento de los requisitos de habilitación en las instituciones de su jurisdicción; lo anterior implica que en caso de incumplimiento, dichas direcciones impongan las sanciones correspondientes. Además, les corresponde a las mismas direcciones de salud, la recepción de la declaración de estándares de habilitación y el registro de prestadores de servicios de salud de su jurisdicción. Las Entidades Promotoras de Salud, de acuerdo con el Sistema de Garantía de Calidad, podrán verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación a las IPS que tenga contratadas. En caso de encontrar alguna falla en el cumplimiento de los estándares, deberán avisar a la Dirección territorial correspondiente, quienes tendrán sesenta (60) días calendario para emitir su concepto y adoptar las medidas correspondientes. En caso de que no se pueda mantener la habilitación, la Entidad Territorial de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios a través de prestadores no habilitados.

Información a usuarios.

Corresponde informar a los usuarios sobre el proceso y los resultados del sistema de habilitación, al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud en el nivel Nacional y a las direcciones territoriales de salud en su jurisdicción, en atención a sus funciones de vigilancia y control fijadas por la Ley 100 de 1993.

Autoevaluación y cumplimiento de estándares.

La verificación interna, la presentación de la declaración y el cumplimiento de los estándares, corresponde a los prestadores de servicios de salud.

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud - PAMEC.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente (5).

LOS ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS.

Tipo, Rango y Contenido.

Tipo de Estándares.

Son estándares principalmente de estructura.

Rango que Abarcan.

Los estándares permitirán la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud. Abarcan la organización que preste directamente uno o más servicios de salud. Ello implica, que los estándares de habilitación no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud, independientemente de que lo haga de manera propia o contratada.

Contenido de los estándares.

Los estándares están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud, en los cuales el riesgo potencial supere los beneficios esperados. El siguiente listado, en el marco de los riesgos contra la vida y la salud, es un referente para la definición de estándares que relaciona los riesgos identificados como prioritarios:

- Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias.
- Infecciones intrahospitalarias incluyendo, infecciones quirúrgicas.
- Complicaciones quirúrgicas inmediatas.
- Complicaciones anestésicas.
- Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales.

Estructura.

Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar en el cual para su evaluación se estableció un comparativo de los estándares que hasta el 2014 con la resolución 1441 la cual a partir de este año fue derogada por la resolución 2003 en la cual se modificaron el número de estándares y algunos ítems de los mismos.

Estos cambios se relacionan en el anexo 8 al 11 y se resaltan las modificaciones en amarillo.

Explicación del orden de los estándares. Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios que ofrece en las siguientes áreas temáticas:

La cual constaba de nueve (9) estándares de verificación

1. Recurso Humano
2. Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento
3. Dotación-mantenimiento
4. Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión
5. Procesos Prioritarios Asistenciales
6. Historia Clínica y Registros Asistenciales
7. Interdependencia de Servicios
8. Referencia de Pacientes
9. Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud.

En la última revisión desaparece el estándar N°9 (seguimiento a riesgos en la prestación del servicio), quedando inmerso en el estándar N°5 Procesos prioritarios asistenciales (3).

Con la entrada en vigencia de la Resolución 1441 el 6 de mayo de 2013 la cual deroga la Resolución 1043 se crea una nueva modificación a los estándares quedando el estándar N°8 Referencia de Pacientes incluido en el estándar N°5 Procesos Prioritarios Asistenciales. Dejando como resultado siete (7) estándares a verificar lo cual se mantiene en la resolución 2003 de 2014 (4).

Actualmente consta de siete (7) estándares de verificación y el alcance de cada uno de los estándares es:

Talento Humano.

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

Infraestructura.

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

Dotación.

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

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos.

Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, 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 o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Procesos Prioritarios.

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

Historia Clínica y Registros.

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

Interdependencia.

Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será responsable del cumplimiento del estándar, independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar (4).

4. METODOLOGIA

Este es un trabajo de tipo descriptivo-cualitativo que se guio por el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y el reporte del resultado de la misma, en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Se tomó de la aplicación de la guía para la verificación de estándares del Sistema Único de Habilitación según la Resolución 2003/14, 2680 y las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, aplicando también lo definido en el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007, donde se verificarán los estándares del sistema único de habilitación para determinar si cumple o no con las condiciones mínimas para prestar el servicio de vacunación, a este proceso se le denomina autoevaluación.

El desarrollo de la monografía siguió las fases que se describen a continuación:

1. Se realizó una revisión de la normatividad actual que hace referencia al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el cual se profundizo en los estándares de la resolución 1441 de 2013 y los criterios modificados en las resolución 2003 de 2014.
2. Se identificaron los estándares (o variables) a evaluar. En el cuadro 1 se aprecian dichos estándares.

Tabla 1. Variables


VARIABLE/ESTANDARD	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Talento Humano	Acorde a las definiciones estipuladas en la Resolución 2003 de 2014	Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple
Infraestructura.		Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple
Dotación.		Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos.		Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple
Procesos Prioritarios.		Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple
Historia Clínica y Registros.		Cualitativas	Nominal	Cumple No cumple
Interdependencia.		Cualitativas	Nominal	Cumple

				No cumple
--	--	--	--	-----------

3. Con los parámetros identificados en la revisión normativa se diseñó una lista de chequeo para la evaluación de cumplimiento a los estándares de habilitación. Se complementó con las condiciones exigidas según la las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, aplicando también lo definido en el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007

A continuación se puede observar el instrumento citado.

Tabla 2. Modelo de lista de chequeo

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES			
ESTÁNDAR			
SERVICIO	Todos los servicios		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO			
SERVICIO	Protección específica y detección temprana		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO			
SERVICIO	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica Servicio farmacéutico baja complejidad		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO			
SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad extramural		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO			
EVALUACIÓN			

RECOMENDACIONES	
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	$\frac{\text{Numero de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$

4. Para la evaluación de los estándares se concertó una cita con representante legal de la IPS, en la que se aclaró el proceso a realiza. Posteriormente se realizó la verificación en presencia del personal del área.

5. A cada criterio de la lista de chequeo se le clasificó de la siguiente manera:

Tabla 3. Grado de cumplimiento

EVALUACION	INDICADOR	CALIFICACION
C	Cumple	1
NC	No cumple	0

La opción de NA (No aplica) fue eliminada ya que las listas de chequeo se basa únicamente en las condiciones que debe cumplir la institución.

6. Al aplicar el instrumento, se diseñó un sistema de calificación que permitió clasificar y priorizar los criterios críticos, que al plasmarlo en el plan de acción, se identificaran puntos de referencia para la ejecución. De tal forma que todo criterio que aplicara al servicio de vacunación y fuera evaluado por el indicador:

Indicador de cumplimiento: $\frac{\text{Numero de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$

Finalmente, el presente estudio se hizo con el debido consentimiento informado de la institución, respetando éticamente la confidencialidad de la información de la institución (se anexa carta de autorización del representante legal)

5. RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con el fin de obtener una panorámica de la situación actual en cuanto al proceso de autoevaluación de CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES se establece el cumplimiento se detalla para su mejor comprensión.

Tabla 4. Resumen de la evaluación para el cumplimiento de los estándares de habilitación en CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES

ESTÁNDAR	RECURSO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	DOTACIÓN- MANTENIMIENTO	MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	PROCESOS PRIORITARIOS	HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	TOTAL
Total Ítems evaluados	13	30	27	10	50	15	5	150
Total que cumple	12	25	20	8	37	15	4	121
Total que no cumple	1	5	7	2	13	0	1	29
% DE CUMPLIMIENTO POR ESTANDAR	92,31%	83,33%	74,07%	80,00%	74,00%	100,00%	80,00%	80,67%
VALOR DEL ESTANDAR CON RESPECTO A LA META	8,67%	20,00%	18,00%	6,67%	33,33%	10,00%	3,33%	100,00%
APORTE DEL ESTANDAR AL CUMPLIMIENTO DE LA META	8,00%	16,67%	13,33%	5,33%	24,67%	10,00%	2,67%	80,67%

Se anexan formatos de evaluación utilizados para el proceso de evaluación (ver anexos del 1 al 7)

5.1.1 Análisis general: La IPS CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES en comparación con los estándares de habilitación reglamentados en la resolución 2003 del 2014 y en el desarrollo de la autoevaluación propuesta, se clasificaron los siete estándares en 150 ítems, distribuidos según se muestra en el cuadro 3 y en este se muestra el porcentaje de cumplimiento de cada estándar y el aporte que este a su vez hace al cumplimiento de la meta de habilitación.

Al momento de la evaluación se encontró con el cumplimiento de 121 y el no cumplimiento de 29. Se obtuvo un porcentaje de cumplimiento del 80,66%.

Podemos observar que aunque el único estándar que cumple con el 100% es el de HISTORIAS CLINICAS, solo aporta el 10% a la meta, mientras que PROCESOS PRIORITARIOS con un cumplimiento del 74% aporta un 24,67% al cumplimiento de la meta.

Con los anteriores resultados se deben establecer los respectivos planes de mejora para cada uno de los estándares, ya que se establece en la norma “condiciones mínimas de habilitación” y en consecuencia para dar cumplimiento a la norma ningún estándar puede estar por debajo del 100% de cumplimiento.

5.1.2 Análisis por estandar.

5.2.2.1 Recurso humano: Con una calificación de 92,30% y de un total de 13 criterios evaluados, se cumplen 12 sin embargo queda uno sin cumplir, este estándar aporta un 8,00% de un 8,67% al cumplimiento de la meta.

Este hace referencia a haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, y cito.

ITEM 3. Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.

Estrategia. Para el cumplimiento de este ítem es necesario revisar el estándar de PROCESOS PRIORITARIOS en donde se identifiquen los procesos prioritarios ofertados y con estos se establezca un cronograma de actividades y revisión de actualizaciones en cuanto a los servicios ofertados.

Aunque hay cumplimiento en cuanto a la certificación del personal se recomienda realizar la verificación y organizar las hojas de vida del personal.

5.2.2.2 Infraestructura: Con una calificación de 83,33% y un cumplimiento de 25 de 30 ítems evaluados, este estándar aporta un 16,67% de un 20,00% al cumplimiento de la meta.

Estos hacen referencia a las condiciones locativas y características que deben tener como institución de servicio público de carácter privado.

ITEM 8. En instituciones prestadoras de servicios de salud, se deberán disponer unidades sanitarias para personas con condición de discapacidad o movilidad reducida.

Estrategia. Debido a la falta de espacio y que se cuenta con dos baños divididos por género, se da indicación de crear un único baño de uso mixto que cumpla con condiciones de acceso para personas con discapacidad o movilidad reducida.

ITEM 9. La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

Estrategia. Se cuenta con indicaciones de orden y aseo empíricas, pero No se cuenta con un Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS) debido a que no se había planteado una necesidad sentida, se recomienda plantear en los términos de función de la empresa, organizar y documentar el mismo.

ITEM 11. 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 frío 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.

Estrategia. No se cuenta con fuente de energía de emergencia, solo se depende de la red eléctrica para la satisfacción de energía eléctrica, se recomienda la presupuestar la consecución de una planta eléctrica de emergencia de encendido automático y con sistema de alarma sobre la activación. Esta con el fin de suplir y proteger la red de frío, ya que si se cuenta con sistema de luces de emergencia ante cortes de energía.

ITEM 16. 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.

Estrategia. Este ítem se debe aterrizar a la documentación del Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS).

ITEM 30. Se cuenta con Áreas definidas como:

- Recepción
- Oficina de despacho

- Área de refrigeradores y congeladores
- Área de empaque
- Área de papelería
- Área de almacenamiento de jeringas y termos
- Servicio sanitario
- Área de planta eléctrica y tanque de combustible
- Área de parqueo.

Estrategia. No se encuentran definidas las áreas debido al poco espacio, por consiguiente la definición de las áreas no se realizara por delimitación física, se utilizara rotulación de las mismas para definir los espacios.

Se encontraron falencias en la disponibilidad de unidad sanitaria para personas en discapacidad, falta de planta de eléctrica de emergencia, establecer un programa de residuos sólidos en el cual se definan áreas de almacenaje temporal de residuos y falta la separación de áreas estas situaciones se identificaron y se plantearon las estrategias para su cumplimiento.

5.2.2.3 Dotación y mantenimiento: Con una calificación de 74,07% es el segundo más bajo, tomando en cuenta que se cumplen con 20 de los 27 ítems evaluados, este estándar aporta un 13,33% de un 18,00% al cumplimiento de la meta.

El siguiente estándar define las condiciones para garantizar el buen funcionamiento de los equipos en relación al tiempo de uso.

ITEM 8. Cuenta con planta eléctrica la cual tendrá su respectiva transferencia automática y, una vez se restablezca el fluido eléctrico, permanecerá funcionando mínimo cinco minutos. Su capacidad en KVA será la suficiente para suministrar

energía a los equipos del cuarto frío, aires acondicionados e iluminación en zona de embalaje previendo una futura ampliación de carga y considerando efectos de temperatura y altura sobre el nivel del mar.

Estrategia. Debido a la relación del Ítem 11 del estándar de INFRAESTRUCTURA en el cual se manifestó que no se contaba con planta eléctrica, se tomaran en cuenta estas condiciones para el momento de la consecución de la misma.

ITEM 9. La planta eléctrica cuenta con un tanque de combustible para reserva del motor diésel y con capacidad en trabajo continuo para tres días y mantenerlo con un nivel mínimo de 95% de su capacidad volumétrica total para evitar oxidación interna del tanque.

Estrategia. Para der cumplimiento del Ítem 11 del estándar de INFRAESTRUCTURA se tomara en cuenta esta condición.

ITEM 10. El arranque de la planta será una vez por semana con registro de las variables de funcionamiento (voltaje de línea y de fase, amperaje por línea, estado de carga de la batería, niveles de agua, aceite, combustible, horas de funcionamiento, temperatura motor, etcétera).

Estrategia. Para der cumplimiento del Ítem 11 del estándar de INFRAESTRUCTURA se tomara en cuenta esta condición.

ITEM 16. Sistema de alarma con marcador telefónico

Se cuenta con un sistema de las mismas características que el anterior pero tiene un sistema de llamador telefónico que puede ser preprogramado con tres teléfonos y en el momento de recibir la alarma por temperatura llama

secuencialmente a estos tres teléfonos hasta que uno de ellos conteste, el mensaje es de voz y también es preprogramado.

Estrategia. Para dar cumplimiento del Ítem 11 del estándar de INFRAESTRUCTURA se tomara en cuenta esta condición.

ITEM 21. Cuenta con equipo de reanimación cuyo contenido será definido por cada prestador de servicios de salud.

Estrategia. No se cuenta con equipo de reanimación, se recomienda contar con un Desfibrilador Autónomo Externo DEA así como botiquín y tablas de transporte de heridos.

ITEM 25. Cuenta con equipo de reanimación, cuyo contenido será definido por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca.

Estrategia. Se recomienda documentar procedimientos de emergencia en el cual se establezcan equipos y contenidos para la atención de emergencias.

ITEM 26. Cuenta con la dotación para la gestión integral de los residuos generados en la atención de salud.

Estrategia. Para dar cumplimiento del Ítem 9 del estándar de INFRAESTRUCTURA se planteó documentar el Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS) en la cual se deberá incluir la dotación para la gestión del mismo.

Encontrando falencias en puntos discutidos en el estándar de infraestructura los cuales tienen relación a la planta eléctrica y el programa de gestión de residuos sólidos, se establecen también falencias en un sistema de marcación telefónica en

caso de falla de energía y establecer herramientas que permitan la atención en caso de evento en salud que amerite soporte vital básico “equipo de reanimación”

5.2.2.4 Medicamentos, dispositivos médicos e insumos: Con una calificación de 80% y un cumplimiento de 8 sobre 10, este estándar aporta un 5,33% de un 6,67% al cumplimiento de la meta.

ITEM 4. 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 reactivovigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.

Estrategia. Aunque se cuenta con un sistema de seguimiento y control de las vacunas y se acatan las recomendaciones emitidas por el INVIMA, no está establecido como tal un programa, para dar cumplimiento a este ítem se recomienda documentar y formalizar la información con la cual cuenta la institución en un programa el cual contenga las características propias del mismo y se incluyan objetivos, metas, plan de acción, programación de actividades, etc.

ITEM 7. Se cuenta con un manual de precauciones con las vacunas al calor y a la luz.

Estrategia. Se recomienda adoptar el del ministerio, hacer revisión del mismo e integrarlo al proceso.

En general se encontró la falta la documentación referente a programas de farmacovigilancia y un manual de precauciones con las vacunas al calor y a la luz este último se encuentra en construcción por parte de la institución pero se sugirió adoptar el del ministerio de salud.

5.2.2.5 Procesos prioritarios: En este estándar, encontramos la calificación más baja en cuanto a cumplimiento de solo el 74%, con un cumplimiento de 37 puntos de cumplimiento sobre 50. Este estándar aporta un 33,33% de un 24,47% al cumplimiento de la meta.

b. FORTALECIMIENTO DE LA CULTURA INSTITUCIONAL

ITEM 3. 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.

Estrategia. En el tema se establecen de forma empírica las condiciones y parámetros de calidad a seguir, pero no se encuentra documentados, se recomienda establecer un programa de calidad bajo los parámetros de seguridad del paciente en el cual se documenten las actividades realizadas en cuanto a capacitación y entrenamiento.

ITEM 4. 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.

Estrategia. Se debe establecer el indicador de acuerdo al ítem anterior.

c. MEDICIÓN, ANÁLISIS, REPORTE Y GESTIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS:

ITEM 5. 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.

Estrategia. No existe un procedimiento para reporte seguimiento y control de eventos adversos, se recomienda la revisión de los últimos 10 eventos con el fin de tener las bases para la creación de un sistema de consecución y tramite a las mismas.

d. PROCESOS SEGUROS

ITEM 6. 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.

Estrategia. Debe crearse y documentarse un proceso de calidad (PAMEC)

ITEM 7. Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.

Estrategia. Deben hacer parte del sistema de calidad. (PAMEC)

ITEM 8. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.

Estrategia. Hace parte del PAMEC

ITEM 15. 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.

Estrategia. Se recomienda adoptar los lineamientos de las GUÍAS DE LA AHA 2015 PARA RCP Y ACE.

ITEM 18. Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.

Estrategia. Hace parte del PAMEC

ITEM 27. La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para: 5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.

Estrategia. Debe integrarse al Planes de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS)

ITEM 29. 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.

Estrategia. Se realiza procesos de esterilización de algunos elementos no propios de la prestación del servicio, para lo cual se recomienda eliminar el proceso y el uso de material estéril por proveedor o subcontratar el proceso con una institución quien cuente con habilitación e este proceso.

ITEM 32. 5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES:

Respeto a la diversidad cultural: En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concreta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.

Estrategia. Se recomienda aplicar al ITEM 30. Se cuenta con Áreas definidas como: aplicar los idiomas de influencia de la región.

ITEM 36. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.

Estrategia. Se atenderá y asignaran responsabilidades a cada proceso de calidad.

ITEM 43. Quienes realicen brigadas o jornadas de salud en la modalidad extramural, cuentan con los protocolos para el seguimiento a pacientes, asegurando proceso de referencia en caso de ser necesario y mecanismos que garanticen comunicación adecuada para el seguimiento, cuando el caso lo requiera.

Estrategia. Se deben ajustar y aplicar lo de todos los servicios.

ITEM 44. Cuenta con un proceso para el seguimiento de pacientes, cuando se prestan servicios de brigadas o jornadas de salud en la modalidad institucional.

Estrategia. Se deben ajustar y aplicar lo de todos los servicios.

Ítems evaluados, básicamente la institución tiene una gran falencia en documentación de procesos, los cuales en ocasiones a pesar de desarrollarse de manera habitual no se encuentran documentados y por consiguiente no se tienen herramientas de medición de indicadores de calidad, falta establecer y documentar un programa de seguridad del paciente en el cual se pueda establecer parámetros e indicadores que permitan medir, detectar, prevenir y reducir el riesgo.

5.2.2.6 Historia clínica y registros: En este indicador se obtuvo con una calificación de cumplimiento de 100% de los 15 ítems evaluados se cumple con la totalidad de ellos. Este estándar aporta un 10,00% al cumplimiento de la meta.

5.2.2.7 Interdependencia de servicios: Con una calificación del 80% y un cumplimiento de 4 sobre 5 ítems evaluados. Este estándar aporta un 2,67% de un 3,33% al cumplimiento de la meta.

ITEM 4. Adicional a lo exigido en servicios de cirugía de baja y mediana complejidad, cuenta con procedimiento que permita el seguimiento a los pacientes atendidos.

Estrategia. Se recomienda anexar la base de datos de los pacientes un sistema de seguimiento, se está dando de forma verbal pero no se está documentando en los procesos de la institución.

En el cual a pesar de contar con una base de datos de pacientes y realizar el seguimiento no se documenta por lo cual no se da cumplimiento.

6. PLAN DE ACCION – CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

6.1. MATRIZ DOFA

Realizar diagnósticos en las organizaciones laborales es una condición para intervenir profesionalmente en la formulación e implantación de estrategias y su seguimiento para efectos de evaluación y control.

Proviene del acrónimo en inglés SWOT, en español las siglas son FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).

Fortalezas	Debilidades
<ol style="list-style-type: none"> 1. Compromiso del recurso humano para el desarrollo de a cada una de las actividades institucionales. 2. Personal idóneo para la función de la empresa. 3. interés en la actualización del conocimiento. 4. Alta capacidad de cobertura de atención en primer nivel. 5. Sistematización de la información de la Institución. 6. Suficiente espacio para ampliación o estructuración del servicio. 7. Capacidad financiera para ejecutar posibles mejoras 8. Buen flujo de caja. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se cuenta con la estandarización de procesos internos institucionales. 2. No se cuenta con guías y/o protocolos institucionales. 3. No se cuenta con comités administrativos y asistenciales. 4. No se cuenta con documentación de procesos. 5. Cumplimiento parcial de requisitos de habilitación de algunas áreas. 6. Capacidad instalada limitada para la demanda de servicios. 7. No se cuenta con un PAMEC. 8. Obsolescencia de la Infraestructura. 9. Inseguridad. 10. Cumplimiento parcial de la ley de archivo
Oportunidades	Amenazas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fácil acceso por las diferentes vías. 2. Trabajo articulado entre las diferentes áreas para procesos de habilitación. 3. Contratación con instituciones del sector público y privado. 4. Demanda de sus servicios por pequeñas empresas medianas empresas. 5. Accesibilidad a créditos. 6. atención de necesidades del área de la salud ocupacional 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normatividad cambiante en las políticas de salud del país. 2. Incremento en la oferta del sector. 3. Centralización del mercado por parte de las EPS. 4. Competencia desleal de IPS. 5. Poco crecimiento en la economía. 6. Aumento de precio de insumos

6.2 PLANTEAMIENTO DE ESTRATEGIAS

Planteamiento de estrategias

ESTATEGIAS	Fortalezas	Debilidades
Oportunidades	Formación continuada en temas de Calidad (F1, F2, F3, O2, O6) Remodelación institucional (F6, F7, vfgr43F8, O5)	Certificación de normas ISO (D1, D2, O2, O4)
Amenazas	Actualizar la capacidad informática de la empresa (F1, F2, F3, A1,)	Documentación de procesos (D1, D2, D4, D5, A1)

Dentro del análisis que se puede realizar dentro de la matriz DOFA encontramos que la capacitación, formación y actualización es el pilar fundamental dentro de un alcanzar la calidad ya que el conocimiento es el eje fundamental del mismo, por esta razón se plantea en el diseño del plan de acción.

6.3 DISEÑO DEL PLAN DE ACCIÓN

Tomando en cuenta la información registrada en la evaluación del cumplimiento de criterios de habilitación para CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES, en el cual se definieron las acciones a realizar y los respectivos responsables; de tal forma que se plantea un esquema de trabajo, definiendo el cronograma de actividades, la metodología, y el personal involucrado,

6.4 DESARROLLO DEL PLAN DE ACCIÓN

6.4.1 Capacitación sistema único de habilitación: En el proceso de implementación del Sistema Único de Habilitación, en los meses de junio, julio y agosto del 2016, se realizó una jornada de capacitación y sensibilización con el

personal de CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES en el cual se incluyó al personal asistencial, y administrativo.

Con el fin de brindar el conocimiento respecto a la legislación y cumplimiento de los estándares exigidos a las diferentes instituciones que prestan servicios de salud.

Una vez finalizada esta actividad, el personal comprendió la importancia de este proyecto y el objetivo que persigue el gobierno nacional con el cumplimiento de estos estándares en la prestación de los servicios de salud; adicionalmente, esta jornada permitió que los funcionarios de la institución se comprometieran con el desarrollo de las diferentes etapas del proceso de implementación del sistema.

6.4.2 Actualización y levantamiento de documentación general.

Actualización de documentación legal.

Se realizó la actualización de los siguientes documentos: cámara de comercio de la empresa, fotocopia de cédula de representante legal, Registro único tributario, licencia de sistema contable, certificado de suficiencia patrimonial y financiera, fotocopia de tarjeta profesional de contador y revisor fiscal; lo cual permitía el total cumplimiento de las condiciones Técnico-Administrativas y de Suficiencia Patrimonial.

Con el fin de mantener en perfectas condiciones de archivo y actualización esta documentación, se determinó que la información debería estar archivada en una carpeta AZ blanca de 2 pulgadas, rotulada con el nombre de Sistema Único de habilitación, junto con los demás soportes de cumplimiento de los estándares exigidos por el Sistema. Adicionalmente, se definieron las listas de chequeo, las

cuales identificaban la documentación requerida como evidencia del cumplimiento de las condiciones de Capacidad Técnico-Administrativa y Suficiencia patrimonial y financiera, respectivamente.

Levantamiento de documentación general

En el proceso de autoevaluación se detectaron diversas falencias que correspondían a ausencia de documentación informativa, y fue generada la siguiente documentación:

Listas de chequeo de documentación para el cumplimiento de la capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación; las cuales se convirtieron en el método más adecuado para verificar la existencia de la documentación requerida.

Se estableció la necesidad de crear una lista de chequeo para definir las condiciones o exigencias que deben tener las hojas de vida del personal en donde sean enumerados los diferentes documentos que deban soportar el personal activo en la institución y a su vez la forma de verificación de esta información suministrada por el empleado.

Otra documentación en la cual se encontraron falencias fue en la organización de las hojas de vida de los equipos biomédicos y plan de mantenimiento preventivo y correctivo, para lo cual se debe realizar actualización de los inventarios, los cuales deben incluir nombre del equipo, marca, serial y modelo. Una vez completada esta información, se pueda elaborar las respectivas hojas de vida para cada uno de los equipos existentes y aquellos que se habían adquirido recientemente. En las hojas de vida de los equipos fue registrada la información de los mantenimientos preventivos y correctivos que se habían realizado anteriormente.

La información sobre medicamentos (vacunas) y dispositivos médicos. Después de realizar diferentes consultas a la legislación del Ministerio de la Protección Social y del Invima, serán diseñados los listados de los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en los centros de atención, identificando su clasificación según el riesgo, principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, presentación comercial, entre otros aspectos fundamentales para la identificación de los productos.

6.4.3 Definición, ajuste e implementación de procesos asistenciales y administrativos: Una vez se programe y concluya el proceso educativo y teniendo una visión general de las actividades que se debían realizar, se deben programar la creación de los grupos primarios necesarios para cubrir las necesidades institucionales.

Para esta fase, se debe diseñar un taller de inducción y nivelación de conocimientos con temas básicos para iniciar el trabajo con los grupos primarios. Se debe tomar en cuenta recalcar la definición de procesos con el fin de dejar claro este concepto ya que es el punto de partida para definir calidad.

El grupo primario se describirán los pasos que se deben desarrollar o que se deben ejecutar, ajustar o definir en los procesos, así como la priorización según la necesidad, importancia o riesgo, respectivamente, con previo conocimiento de los estándares exigidos en el Sistema Único de Habilitación.

6.4.4 Adecuación de instalaciones, adquisición de implementos y equipos: Como se mencionó en el punto anterior con la conformación de los grupos primarios estos deben establecer, la programación de las actividades necesarias para la adecuación de las instalaciones físicas, la adquisición de implementos y equipos biomédicos que garantizarán el cumplimiento de los estándares exigidos por el sistema único de habilitación. La programación de estas actividades debe

quedar plasmada en un plan debido que para su ejecución no solo hace falta de la voluntad, también se necesita la proyección de recursos económicos.

Se deberán ejecutar las actividades mencionadas con anterioridad en el punto 5 de este documento (5.1.2 ANALISIS POR ESTANDAR), esta actividad representan la modificación de la infraestructura y la programación de compra de estos elementos de acuerdo a la disponibilidad del presupuesto.

Este tipo de actividades representaron importantes inversiones por parte de la empresa; sin embargo, no se presentó mayor oposición por parte de la gerencia general y gerencia financiera, debido a que se dio a conocer toda la información necesaria para representar la obligatoriedad del cumplimiento de estos estándares, y las posibles consecuencias del incumplimiento de esta exigencia.

6.5 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

El programa de auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, está enfocado a: La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual se encuentra previamente definida mediante guías, procedimientos y normas técnicas, científicas y administrativas La adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

6.5.1 Alcance del mejoramiento continuo de la calidad: El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas:

1. Sistema Único de Habilitación.
2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad.
3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales.
4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente.

Tabla 5. Mejoramiento continuo

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO		POR QUÉ	DÓNDE	CÓMO
		INICIO	FIN			
Corresponde a cada uno de los nueve pasos de la ruta crítica que determinan las actividades a realizar	Cargo de la persona responsable de la ejecución de la actividad	Indique la fecha de inicio de la actividad (DD/MM/AA)	Indique la fecha del programa para cumplir con la actividad (DD/MM/AA)	Escriba el o los propósitos de la actividad	Coloque el área, servicio, proceso o ubicación donde se realizará la actividad	Describa los métodos medios y estrategias para la realización de la actividad, acorde con las pautas indicativas del MPS*
1. AUTOEVALUACION	Estudiante Especialización UIS	12/04/2016	19/09/2016	Instructivo para la preparación para la verificación de condiciones de habilitación. Realizar evaluación del proceso de habilitación.	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES,	Aplicación de las listas de chequeo elaboradas por el estudiante de especialización
-La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares -La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA. -Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación						
2. SELECCION DE PROCESOS A MEJORAR	Estudiante Especialización UIS	12/07/2016	16/09/2016	Evidencia del análisis de la gestión de los comités institucionales Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES,	Capacitar al personal sobre que es, la importancia y las exigencias del proceso de habilitación
Se debe evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación.						
3. PRIORIZACION DE PROCESOS.	Gerente.	16/09/2016	20/10/2016	Metodología validada y aplicada para la priorización de procesos	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES,	Tomando en cuenta la evaluación se define la documentación requerido en los procesos de habilitación.
Se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito						
4. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA.	Gerente.	20/10/2016	20/10/2016	Definición explícita del nivel al que se espera alcanzar en cada uno de los alcances definidos del PAMEC	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES,	Cumplir con el 100% de los estándares del SUH
El alcance es el Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de único de habilitación.	Coordinador Asistencial.					
5. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS.	Gerente. Coordinador Asistencial.	17/01/2017	11/03/2017	Informe de las auditorías realizadas frente a las planeadas	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS	Realización de auditorías internas.
Listado de las auditorías						

planeadas en la vigencia del PAMEC, para evidenciar los avances logrados en su implementación.					SPEICES	
6. PLAN DE ACCION Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS.	Gerente. Coordinador Asistencial.	11/03/2017	08/05/2017	Planes de mejoramiento formulados	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES	Evaluación de los planes de mejoras establecidas por los grupos primarios.
Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada en SUH.						
7. EJECUCION DEL PLAN DE ACCION.	Gerente. Coordinador Asistencial.	08/05/2017	14/07/2017	Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES	Creación del registro documental de los planes de mejoras establecidas por los grupos primarios.
Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada						
8. EVALUACION DEL MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON COMITES	Gerente. Coordinador Asistencial.	14/07/2017	18/07/2017	Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimiento desde el autocontrol y de la auditoría interna	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES	Documentación del resultado de las auditorías de los planes de mejoras establecidas por los grupos primarios.
Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimiento desde el autocontrol y de la auditoría interna						
9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.	Gerente. Coordinador Asistencial.	18/07/2017	14/11/2017	Documento de análisis de las acciones que deben estandarizarse en la entidad	Sede CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES	Socialización del documento de análisis de las acciones que deben estandarizarse en la entidad
Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad						

*Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007

7. CONCLUSIÓN

En el trabajo realizado en CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES se cumplieron cabalmente los objetivos propuestos, que nos permitió identificar las falencias en el cumplimiento de estándares mínimos del Sistema Único de Habilitación y con esto se establecen las recomendaciones que lleven a emprender acciones de mejoramiento a través de la consecución de un plan de acción.

CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES actualmente se encuentra en proceso de ser certificada bajo la norma ISO 9001, lo cual no quiere decir que por esta razón quede habilitada. Sin embargo este proceso da aportes que conllevan a mejorar el proceso de calidad. Lo cual puede aportar al estándar de procesos prioritarios, ya que este no fue uno de los mejores calificados.

En este punto es necesario y urgente que la parte administrativa de la institución invierta en el área de calidad y le realice seguimiento a todos los procesos de calidad, en especial a los que no cumplen, por lo tanto se debe contar un profesional encargado de todos los procesos de calidad o iniciar un proceso de capacitación con el personal actual, el cual llevaría a la institución a mejorar sus procesos de calidad, seguridad y así mejorar la satisfacción de sus usuarios.

Nuevamente se recuerda que aunque se obtuvieron calificaciones del 80% y superiores en algunos estándares, la norma nos habla de condiciones mínimas, por tanto los planes de mejora deben ser encaminados al cumplimiento total de cada uno de los estándares.

BIBLIOGRAFIA

AMARILLA, Analía del Carmen; WILLIAMS, Guillermo; INTERLANDI, Carolina y GIBOIN MAZZOLA, María Aurelia. Curso regional de evaluación y mejora de la calidad; Módulo 1 Conceptos generales de calidad, Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nacional, Argentina, 2012

BACCA, José Rafael; CORREA DÍAZ, Ramiro Manuel y JIMÉNEZ PAYARES, Giovanni. Diseño de un sistema obligatorio de garantía de calidad para el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón – Putumayo. 2008; 11-25

Coordinadoraprofunds.org. La calidad de la atención, Fundación Avedis Donabedian. [En línea] Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

GALÁN, Ricardo. Garantía de la Calidad en Salud. Sistema de Garantía en Salud. Sistema de garantía en Salud. Segunda edición, Editorial Médica Panamericana. Bogotá D.C. 2006.

GARCÍA, Evaristo. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios. ISBN, Hospital Universitario del Valle, HUV, ESE Cali, Valle, Colombia 2010

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. ICONTEC. Tesis y otros trabajos de grado. Compendio. Sexta actualización. Bogotá D.C., Impelibros S.A., 2008.

MALAGÓN, Gustavo; LONDOÑO, Ricardo y Pontón Laverde, Gabriel. Garantía de la calidad en Salud. 2 ed., Bogotá D.C. Editorial Médica Panamericana; 2006.

MALAGONLONDOÑO, Gustavo. GALAN MORENA, Ricardo. PONTON LAVERDE, Gabriel. “Auditoria en salud para una gestión eficiente”: Editorial Panamericana. Bogotá 1998.

Mineduccion.gov.co. Contrato interadministrativo 236 - del 2010, Bogotá, marzo 2011 [En línea] Disponible en: http://www.mineduccion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-282097_archivo_pdf_convenio212.pdf

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. ABC habilitación de prestadores de servicios de salud., Colombia, mayo de 2014

_____. Decreto 1011 de 2006. Colombia: Ministerio de la Protección Social 2006.

_____. Decreto 1043 de 2006. Colombia: Ministerio de la Protección Social 2006.

_____. Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud sogcs, Universidad Nacional de Colombia

_____. Resolución 1441 de 2013. Colombia: Ministerio de la Protección Social 2013.

_____. Resolución 2003 de 2014. Colombia: Ministerio de la Protección Social 2014.

_____. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud; Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D. C., 2007


MUÑOZ MUÑOZ, Diana Victoria. Análisis del cumplimiento de estándares de habilitación actuales y requerimientos a cumplir para lograr un tercer nivel - Pitalito, 25 de agosto de 2014

OTERO M., Jaime. ¿Qué es la calidad en salud? (Documento en Word publicado en Noviembre de 2002), [En línea] Disponible en: http://www.sld.cu/galerías/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc

ANEXOS

Se anexan formatos de evaluación utilizados para el proceso de evaluación


Anexo A. Talento Humano

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES			
ESTÁNDAR	Talento Humano		
SERVICIO	Todos los servicios		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.	X	
	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 oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	X	
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.		X
	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.	X	
SERVICIO	Protección específica y detección temprana		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	De acuerdo con la oferta en salud: Contar con las profesiones u oficios que se requieran para la prestación del servicio. De acuerdo con el programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las	X	

	que las modifiquen, adicionen o sustituyan.		
	Según lo ofertado, el talento humano cuenta con certificado de formación de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana.	X	
	Si oferta el servicio de vacunación, los auxiliares de enfermería y de salud pública, cuentan con certificado de formación para administrar inmunobiológicos, según delegación y normativa vigente, o con certificado de formación en administración de inmunobiológicos según lineamientos y normativa vigente.	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Figura del responsable de vacunas, La persona designada están formada en todos los aspectos relativos a la cadena de frío, a la logística y a la termoestabilidad de las vacunas.	X	
SERVICIO Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
Servicio farmacéutico baja complejidad			
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Aplica lo definido en el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	
SERVICIO Brigadas o jornadas Modalidad Intramural			
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones o especialidades formalmente reconocidas en el Estado, en el ámbito de los servicios a ofertar en las brigadas o jornadas de salud, cumplen con lo definido en el ámbito intramural que se esté ofertando.	X	
SERVICIO Brigadas o jornadas modalidad extramural			
		CUMPLE	NO CUMPLE

CRITERIO	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, deberán contar con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito Intramural	X	
	Adicional a lo exigido en todos los servicios de atención en salud, los profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares que participen en las brigadas o jornadas de salud de tipo extramural, serán responsables de las actuaciones, decisiones y recomendaciones entregadas al paciente, de acuerdo con los protocolos establecidos y a las competencias del ejercicio profesional	X	
EVALUACIÓN			
RECOMENDACIONES	<p>Con una calificación de 92,30% y de un total de trece criterios evaluados, se cumplen 12 sin embargo queda uno sin cumplir, esta hace referencia a haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, para lo que se recomienda establecer un cronograma de actividades y revisión de actualizaciones en cuanto a los servicios ofertados.</p> <p>Aunque hay cumplimiento en cuanto a la certificación del personal se recomienda realizar la verificación y organizar la hojas de vida del personal.</p>		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	92.30%	$\frac{\text{Numero de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$	

Anexo B. Infraestructura

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES			
ESTÁNDAR	Infraestructura		
SERVICIO	Todos los servicios		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	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.	X	
	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.	X	
	Las instalaciones eléctricas (tomas, Interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X	
	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.	X	
	Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.	X	
	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.	X	
	En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son	X	

	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, se deberán disponer unidades sanitarias para personas con condición de discapacidad o movilidad reducida.		X
	La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.		X
	La institución garantiza el suministro de agua, energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.	X	
	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 frío 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.		X
	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X	
	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.	X	
	Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.	X	
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.	X	
	Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y		X

	similares cumple con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las norma 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.	X	
SERVICIO Protección específica y detección temprana			
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Aplica lo exigido para consulta externa de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Cuenta con una Zona de embalaje la cual cuenta con guarda escoba en media caña, sifón para desalojo de aguas empleadas en el lavado del cuarto frío, lavaplatos de doble cisterna en acero inoxidable, mesa de embalaje de dos niveles en acero inoxidable calidad AISI 304, aire acondicionado para mantener esta zona a 21°C y paredes estucadas y recubiertas con pintura lavable preferiblemente la epóxica poliamida de dos componentes aplicada en tres capas.	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Cuenta con una bodega con seguridad para diluyentes, jeringas, termos, cajas frías y archivo.	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Adicionalmente, si no se dispone de una placa en concreto, se debe utilizar teja para recubrir el cuarto frío y zona de embalaje del tipo metálico con lámina galvanizada, pintada al horno en sus dos caras y dos pulgadas de poliuretano inyectado de densidad 35 kg/m ³ en su lecho intermedio, para evitar de la mejor manera posible la transferencia de calor al interior de estas zonas	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Central de red de frío Básicamente, es un edificio o parte de un edificio que nos permite almacenar todos los insumos del programa ampliado de inmunizaciones (inmunobiológicos, refrigeradores, congeladores, termos, jeringas y material	X	

CRITERIO RESOLUCI ON 412	Se cuenta con Áreas definidas como: <ul style="list-style-type: none"> • Recepción • Oficina de despacho • Área de refrigeradores y congeladores • Área de empaque • Área de papelería • Área de almacenamiento de jeringas y termos • Servicio sanitario • Área de planta eléctrica y tanque de combustible • Área de parqueo. 		X
SERVICIO			
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica			
Servicio farmacéutico baja complejidad			
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Las condiciones de temperatura y humedad relativa, son acordes a las recomendaciones dadas por los fabricantes de medicamentos y dispositivos médicos.	X	
	En caso que se realice reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación de soluciones inyectables en dosis unitarias, nutrición parenteral o medicamentos citostáticos; las áreas y/o ambientes cuentan con lo exigido para las buenas prácticas de elaboración, previstas en la normatividad vigente.	X	
	Dispone de ambientes necesarios para los procedimientos que se realicen, de conformidad con la normatividad aplicable a cada uno de ellos.	X	
	Si se trata de servicios ambulatorios pueden ser independientes o pertenecer a una IPS.	X	
SERVICIO			
Brigadas o jornadas modalidad intramural			
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	La institución donde se realicen los procedimientos en la modalidad intramural, cuenta con habilitación y mantiene las condiciones informadas en la autoevaluación del servicio.	X	
SERVICIO			
Brigadas o jornadas modalidad extramural			
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	El sitio para la realización de las diferentes actividades, garantiza que los potenciales riesgos no superarán los posibles beneficios para el paciente	X	

	La sede de la IPS o el área donde se prestará el o los servicios de salud en la modalidad extramural cuenta con un área y ambientes para el almacenamiento de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades	X	
EVALUACIÓN			
RECOMENDACIONES	Con una calificación de 83,33% y un cumplimiento de 25 de 30 ítems evaluados, se encontraron falencias en la disponibilidad de unidad sanitaria para personas en discapacidad, falta de planta de eléctrica de emergencia, establecer un programa de residuos sólidos en el cual se definan áreas de almacenaje temporal de residuos y falta la separación de áreas.		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	83,33%	$\frac{\text{Numero de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$	

Anexo C. Dotación-Mantenimiento


 <p style="text-align: center;">LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES</p>				
ESTÁNDAR	Dotación-Mantenimiento			
SERVICIO	Todos los servicios			
			CUMPL E	NO CUMPL E
CRITERIO	Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.		X	
	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.		X	
	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.		X	
	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.		X	
	Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.		X	
SERVICIO	Protección específica y detección temprana			
			CUMPL E	NO CUMPL E

CRITERIO	Adicional de lo exigido en consulta externa, contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas, conforme a lo previsto en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	
CRITERIO RESOLUCIO N 412	El prestador cuenta con los elementos y recursos materiales necesarios para el almacenamiento y distribución de las vacunas.	X	
CRITERIO RESOLUCIO N 412	Cuenta con planta eléctrica la cual tendrá su respectiva transferencia automática y, una vez se restablezca el fluido eléctrico, permanecerá funcionando mínimo cinco minutos. Su capacidad en KVA será la suficiente para suministrar energía a los equipos del cuarto frío, aires acondicionados e iluminación en zona de embalaje previendo una futura ampliación de carga y considerando efectos de temperatura y altura sobre el nivel del mar.		X
CRITERIO RESOLUCIO N 412	La planta eléctrica cuenta con un tanque de combustible para reserva del motor diesel y con capacidad en trabajo continuo para tres días y mantenerlo con un nivel mínimo de 95% de su capacidad volumétrica total para evitar oxidación interna del tanque.		X
CRITERIO RESOLUCIO N 412	El arranque de la planta será una vez por semana con registro de las variables de funcionamiento(voltaje de línea y de fase, amperaje por línea, estado de carga de la batería, niveles de agua, aceite, combustible, horas de funcionamiento, temperatura motor, etcétera).		X
CRITERIO RESOLUCIO N 412	Cuenta con un programa de mantenimiento preventivo o correctivo para todos los equipos de cadena de frío aquí mencionados.	X	
CRITERIO RESOLUCIO N 412	su equipamiento debe estar constituido por refrigeradores certificados por la OMS.	X	
CRITERIO RESOLUCIO N 412	La institución cuenta con un sistema de caculos del espacio necesario para almacenar las vacunas	X	
CRITERIO RESOLUCIO N 412	El funcionamiento eficiente de la nevera se asegura si se instala en un ambiente fresco y bien ventilado, a la sombra y alejado de toda fuente de calor, separada a 15 cm de distancia de la pared y sobre una base debidamente nivelada.	X	

CRITERIO RESOLUCIO N 412	Las neveras cuentan con termómetro de máxima y mínima digital electrónico: Recomendado actualmente ya que permiten la medición de la temperatura sin abrir la nevera. Además, mide la temperatura del ambiente y registra la temperatura máxima y mínima a que han estado los inmunobiológicos.	X	
CRITERIO RESOLUCIO N 412	Sistema de alarma con marcador telefónico Se cuenta con un sistema de las mismas características que el anterior pero tiene un sistema de llamador telefónico que puede ser preprogramado con tres teléfonos y en el momento de recibir la alarma por temperatura llama secuencialmente a estos tres teléfonos hasta que uno de ellos conteste, el mensaje es de voz y también es preprogramado.		X
SERVICIO	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica		
	Servicio farmacéutico baja complejidad		
		CUMPL E	NO CUMPL E
CRITERIO	Cuenta con la dotación y muebles exclusivos y necesarios para la selección, adquisición, recepción, almacenamiento, conservación (como manejo de cadena de frío, medicamentos fotosensibles, higroscópicos entre otros) y dispensación de los medicamentos y dispositivos médicos para la realización de los procesos que ofrezcan, de acuerdo con las recomendaciones dadas por los fabricantes.	X	
	Cuenta con los equipos necesarios para cumplir con el plan de contingencia, en caso de falla eléctrica para mantener la cadena de frío.	X	
	Cuenta con termómetros y termohigrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado y gestionado.	X	
SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad intramural		
		CUMPL E	NO CUMPL E
CRITERIO	Adicional a lo exigido en todos los servicios:		
	Garantizar el adecuado mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos que se utilizarán durante las respectivas jornadas o brigadas de salud.	X	
	Cuenta con equipo de reanimación cuyo contenido será definido por cada prestador de servicios de		X

	salud.		
SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad extramural		
		CUMPL E	NO CUMPL E
CRITERIO	Adicional a lo exigido en todos los servicios de atención en salud	X	
	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico	X	
	Garantizar el adecuado mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos que se utilizarán durante las respectivas jornadas o brigadas de salud	X	
	Cuenta con equipo de reanimación, cuyo contenido será definido por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca.		X
	Cuenta con la dotación para la gestión integral de los residuos generados en la atención de salud..		X
	En la modalidad extramural no se podrán elaborar ni adaptar dispositivos médicos sobre medida, dichos dispositivos deben cumplir con la normatividad específica de Buenas prácticas de manufactura	X	
EVALUACIÓN			
RECOMENDACIONES	Con una calificación de 74,07% es el segundo más bajo, tomando en cuenta que se cumplen con 20 de los 27 ítems evaluados, encontrando falencias en puntos discutidos en el estándar de infraestructura los cuales tienen relación a la planta eléctrica y el programa de gestión de residuos sólidos, se establecen también falencias en un sistema de marcación telefónica en caso de falla de energía y establecer herramientas que permitan la atención en caso de evento en salud que amerite soporte vital básico "equipo de reanimación"		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	74,07%	$\frac{\text{Número de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$	


Anexo D. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos

 <p style="text-align: center;">LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES</p>				
ESTÁNDAR	Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos			
SERVICIO	Todos los servicios			
			CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	<p>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.</p>	X		
	<p>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.</p>	X		
	<p>Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro,</p>	X		

	<p>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, atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.</p>		
	<p>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.</p>		X
	<p>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.</p>	X	

SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad extramural		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Aplica lo de todos los servicios	X	
EVALUACIÓN			
RECOMENDACIONES	Con una calificación de 80% y un cumplimiento de 8 sobre 10, en donde falta la documentación referente a programas de farmacovigilancia y un manual de precauciones con las vacunas al calor y a la luz este último se encuentra en construcción por parte de la institución.		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	80%	$\frac{\text{Numero de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$	

Anexo E. Procesos Prioritarios

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES			
ESTÁNDAR	Procesos Prioritarios		
SERVICIO	Todos los servicios		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.		
	1. CONTAR 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	X	
	Existe un referente y/o un equipo para la gestión de la seguridad de pacientes institucional asignado por el representante legal	X	
	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.		X
	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.		X
	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.		X
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.		X
	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.		X
	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.		X
	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.	X	
	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.	X	
	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.	X	
	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.	X	
	Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia. 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.	X	

	Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.	X	
	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.		X
	2. MONITORIZACIÓN DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:		
	El prestador cuenta con guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico	X	
	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:		
	1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.	X	
	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 tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.		X
	La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.	X	
	Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica	X	
	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.	X	

	3. DETECTAR, PREVENIR Y REDUCIR EL 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: 1. Antes del contacto directo con el paciente. 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas. 4. Después de contacto con el paciente. 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).	X	
	La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:		
	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.	X	
	2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales	X	
	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.	X	
	4. Uso y reúso de dispositivos médicos	X	
	5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.		X
	6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos. Cuenta con protocolo de: 1. Limpieza y desinfección de áreas, 2. Superficies, 3. Manejo de ropa hospitalaria y 4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.	X	

	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.		X
	4. MEJORAR LA SEGURIDAD EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS:		
	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: 1. Usuario correcto 2. Medicamento correcto 3. Dosis correcta 4. Hora correcta 5. Vía correcta	X	
	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.	X	
	5. ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES:		
	El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.	X	
	El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.	X	
	Respeto a la diversidad cultural: 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.		X
	OTROS PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES		
	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de	X	


	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.		
	Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple: 1. Estabilización del paciente antes del traslado. 2. Medidas para el traslado	X	
	Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: 1. Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia, 2. Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. 3. Resumen de historia clínica. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correos etc)	X	
	Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.	X	
SERVICIO			
Protección específica y detección temprana			
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Si la institución ofrece actividades de Protección Específica y Detección Temprana, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional y cuenta con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública definidas en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	

CRITERIO RESOLUCION 412	El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar La cadena de frío la cual es la suma de eslabones de tipo logístico que intervienen en la manipulación, transporte, almacenamiento y distribución de los productos biológicos. Recorre todos los puntos críticos que existen desde la producción hasta llegar a su destino final o lugar de aplicación de las vacunas al usuario	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Se cuenta con manual de procedimientos para el manejo de la vacuna en caso de emergencias o cortes de energía, el cual debe mantener actualizada la cadena de llamadas de los funcionarios responsables. Este se debe ubicar en un lugar de fácil acceso y consulta	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Se cuenta con un protocolo de aseo a los equipos de cadena de frío, desinfección permanente, según las normas de cadena de frío y después de cada utilización de los termos, cajas frías y paquetes fríos	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Para ejercer control se debe realizar el registro diario de forma gráfica de las temperaturas instantáneas, máximas y mínimas para todos los días en que se almacene vacuna y al final de mes, si no ha habido alguna anomalía, archivar junto con la hoja de vida de este equipo en particular. La base de la adecuada manipulación del biológico es evitar variaciones sucesivas de temperatura por fuera del margen establecido, con base en esto se debe en la medida de lo posible evitar la excesiva manipulación del biológico a costa de un mal interpretado plan de contingencia.	X	
SERVICIO	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica		
	Servicio farmacéutico baja complejidad		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	El servicio farmacéutico ambulatorio cuenta con: 1. Manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada selección, adquisición recepción, almacenamiento, conservación, distribución, dispensación, transporte, control y manejo de residuos de los medicamentos y dispositivos	X	

	<p>médicos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el fabricante, diseñados por químico farmacéutico según los requerimientos establecidos para tal fin.</p> <p>2. Normas explícitas sobre restricciones, a personal diferente al químico farmacéutico, para formulación, realización de actividades de asesoría farmacológica y de farmacovigilancia.</p> <p>3. Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica, por parte de personal diferente al químico farmacéutico.</p> <p>4. Procedimiento para el manejo de medicamentos de control especial.</p> <p>5. Procedimientos para el control de fechas de vencimiento y mecanismos para la disposición final y destrucción de medicamentos y dispositivos médicos.</p>		
SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad intramural		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Adicional a lo exigido en todos los servicios y servicios quirúrgicos.		
	Quienes realicen brigadas o jornadas de salud en la modalidad extramural, cuentan con los protocolos para el seguimiento a pacientes, asegurando proceso de referencia en caso de ser necesario y mecanismos que garanticen comunicación adecuada para el seguimiento, cuando el caso lo requiera.		X
	Cuenta con un proceso para el seguimiento de pacientes, cuando se prestan servicios de brigadas o jornadas de salud en la modalidad institucional.		X
	En caso de realizarse procedimientos ambulatorios, cuenta con los procedimientos para la información al paciente sobre preparación, consentimiento informado y recomendaciones postoperatorias, controles, complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos quirúrgicos sin hospitalización.	X	
	Cuenta con definición y aplicación de guías y mecanismos para la referencia de pacientes,	X	

	cuando el caso así lo requiera.		
	Cuenta con protocolos para limpieza, desinfección y/o esterilización, de acuerdo con los equipos e instrumental que utilice.	X	
SERVICIO			
	Brigadas o jornadas modalidad extramural		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Adicional a lo exigido en todos los servicios de atención en salud:		
	6. Quienes realicen brigadas o jornadas de salud en la modalidad extramural, deberán incluir dentro de sus procesos prioritarios, los protocolos para el seguimiento a pacientes, asegurando proceso de referencia en caso de ser necesario y mecanismos que garanticen comunicación adecuada para el seguimiento cuando el caso lo requiera.	X	
	El prestador cuenta procedimientos para la gestión integral de los residuos generados en la atención de salud.		
EVALUACIÓN			
RECOMENDACIONES	En este estándar, encontramos la calificación más baja en cuanto a cumplimiento de solo el 74%, con un cumplimiento de 37 puntos de cumplimiento sobre 50 ítems evaluados, básicamente la institución tiene una gran falencia en documentación de procesos, los cuales en ocasiones a pesar de desarrollarse de manera habitual no se encuentran documentados y por consiguiente no se tienen herramientas de medición de indicadores de calidad, falta establecer y documentar un programa de seguridad del paciente en el cual se pueda establecer parámetros e indicadores que permitan medir, detectar, prevenir y reducir el riesgo		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	74%	$\frac{\text{Numero de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$	


Anexo F. Historia Clínica y Registros

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES				
ESTÁNDAR	Historia Clínica y Registros			
SERVICIO	Todos los servicios			
			CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	X		
	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 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.	X		
	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.	X		
	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.	X		
	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.	X			

	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.	X	
	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.	X	
	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	X	
SERVICIO	Protección específica y detección temprana		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Aplica lo de todos los servicios, adicionalmente, cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas que se ofrecen según lo establecido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	El carné permite el registro de las vacunas aplicadas según el esquema de vacunación establecido para el grupo determinado, además de los lotes de cada vacuna y la persona que realizó la vacunación.	X	
CRITERIO RESOLUCION 412	Se cuenta con un kárdex, en el cual se encuentra anotando las entradas, las salidas y las descargas por vencimiento o pérdidas del biológico, presentándolas mensualmente al coordinador del programa de vacunación y al encargado de realizar los informes estadísticos	X	
SERVICIO	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica		
	Servicio farmacéutico baja complejidad		
		CUMPLE	NO

			CUMPLE
CRITERIO	Aplica lo de todos los servicios.	X	
SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad intramural		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Adicional a lo exigido en todos los servicios, la historia clínica utilizada en la modalidad extramural en institución, deberá ser archivada y custodiada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud donde se realiza la actividad.	X	
SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad extramural		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	La Historia Clínica utilizada en la modalidad extramural deberá ser custodiada por el prestador que realiza la brigada	X	
EVALUACIÓN			
RECOMENDACIONES	En este indicador contamos con una calificación de cumplimiento de 100% de los 15 ítems evaluados se cumple con la totalidad de ellos.		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	100%	$\frac{\text{Numero de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$	

Anexo G. Interdependencia de Servicios

 LISTA DE CHEQUEO VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION CVS S.A.S CENTRO DE VACUNAS SPEICES			
ESTÁNDAR	Interdependencia de Servicios		
SERVICIO	Todos los servicios		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	No aplica	X	
SERVICIO	Protección específica y detección temprana		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	No aplica		
CRITERIO RESOLUCION 412	Transporte de biológicos El transporte debe contar con los equipos certificados por la OMS y manipulados por personal capacitado que asegure la continuidad en la cadena de frío, es importante registrar que mantener el rango permisible de temperatura no es la única variable a considerar en el uso de elementos de transporte, se debe asegurar el hermetismo y resistencia mecánica teniendo en cuenta la frecuencia de uso de este elemento de transporte.	X	
SERVICIO	Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica		
	Servicio farmacéutico baja complejidad		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	No aplica.	X	
SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad intramural		
		CUMPLE	NO CUMPLE
CRITERIO	Adicional a lo exigido en servicios de cirugía de baja y mediana complejidad, cuenta con procedimiento que permita el seguimiento a los pacientes atendidos.		X
SERVICIO	Brigadas o jornadas modalidad extramural		
		CUMPLE	NO CUMPLE

CRITERIO	De acuerdo a lo ofertado, se deberá contar con los servicios interdependientes para garantizar seguridad en la atención	X	
EVALUACIÓN			
RECOMENDACIONES	Con una calificación del 80% y un cumplimiento de 4 sobre 5 ítems evaluados en el cual a pesar de contar con una base de datos de pacientes y realizar el seguimiento no se documenta por lo cual no se da cumplimiento.		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	80%	$\frac{\text{Número de criterios que cumplen}}{\text{Número total de criterios}} \times 100$	

Anexo H. Todos los estándares

Se realizó el comparativo entre la resolución 1441 del 2013 y la 2003 del 2014 en la cual se resaltaron en amarillo los principales cambios o modificaciones.

TODOS LOS SERVICIOS	2003 de 2014	1441 de 2013
Estándar	Criterio	Criterio
Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.	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 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 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.	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.
	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.	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, deberán contar con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.
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.	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.
	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	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.	independiente para el área asistencial.
Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	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.	En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de tres o más pisos contarán con ascensor o rampa.
Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.	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.	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.
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 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 su empaque y transporte, debidamente cerrados: 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.	En instituciones prestadoras de servicios de salud, se deberán disponer unidades sanitarias para personas con condición de discapacidad o movilidad reducida.

<p>La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.</p>	<p>La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.</p>
<p>La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.</p>	<p>La institución garantiza el suministro de agua, energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.</p>
<p>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 frío 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.</p>	<p>En edificaciones donde se preste cualquiera de los siguientes servicios: quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, servicios hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, servicios que requieran cadena de frío y 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.</p>
<p>Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.</p>	<p>Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>

	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.	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.	Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.	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.	Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares cumple con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las norma 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.	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.
Dotación	Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	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.	En las unidades sanitarias, se garantiza jabón líquido de manos y toallas 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	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.	correctivo.
	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.	Cuenta con profesional en áreas relacionadas o técnicos con certificación de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.
	Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.	Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.
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.	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.	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.

	<p>Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.</p>	<p>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, atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.</p>
	<p>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.</p>	<p>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, que incluyan además la verificación permanente de las alertas emitidas por el INVIMA</p>
	<p>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</p>	<p>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</p>

<p>almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.</p>	<p>almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.</p>
<p>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.</p>	<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.</p>
<p>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.</p>	<p>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.</p>

	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados para:
	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:	1. CONTAR 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.	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 para la gestión de la seguridad de pacientes institucional asignado por el representante legal
Procesos Prioritarios[1]	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.	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. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos:	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.	La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos adversos.
	d. Procesos Seguros: Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los	d. Procesos Seguros Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los

<p>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>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>Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos de enfermería, 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>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>Las guías a adoptar serán en primera medida las que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en caso de no estar disponible, la entidad deberá desarrollar o adoptar alguna otra guía basada en la evidencia. Se recomienda que se use la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como herramienta para la evaluación de la calidad de las guías que se considere adoptar.</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</p>	<p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal</p>

<p>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> <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>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> <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>2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente:</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 	<p>El prestador cuenta con guías para las principales patologías que atiende en cada servicio clínico</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

	<p>dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</p> <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.</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>dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</p> <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.</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>3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención:</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. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas. 4. Después de contacto con el paciente. 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente). <p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y</p>	<p>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. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas. 4. Después de contacto con el paciente. 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente). <p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y</p>

<p>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>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 y 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 por su actividad requieran material estéril, deberán contar 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>4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos:</p>
<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</p>	<p>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la</p>

administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:	administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:
<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>	<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>
	5. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales:
El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia. El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.	El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia. El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.
	Otros procesos prioritarios asistenciales
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.	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.
Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:	Se cuenta con protocolo ó manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente cuando éste requiera otro grado de complejidad que contemple :
1. Estabilización del paciente antes	1. Estabilización del paciente antes

	<p>del traslado.</p> <p>2. Medidas para el traslado.</p> <p>3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:</p> <p>a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.</p> <p>b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.</p> <p>c) Resumen de historia clínica.</p> <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>del traslado.</p> <p>2. Medidas para el traslado</p> <p>Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:</p> <p>1. Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia,</p> <p>2. Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.</p> <p>3. Resumen de historia clínica.</p> <p>Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (Software, correos etc)</p> <p>Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.</p>
Historia Clínica y Registros	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.
	Todos los pacientes atendidos tienen 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 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.	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 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.	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo y diligenciamiento, aunque si es enfático en que debe garantizarse la confidencialidad y seguridad sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros, así

	como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.
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 se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos que incluya datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.
Las historias clínicas y/o registros asistenciales:	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.	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 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.	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.	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
	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados garantizando la custodia y

		confidencialidad en archivo único.
		<p>Se cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas de Protección Específica y Detección Temprana que se ofrecen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Carné materno en el control prenatal. 2. Para la valoración integral del recién nacido, historia del servicio y la historia clínica perinatal simplificada. 3. Si ofrece atención de bajo peso al nacer y programa canguro en la atención intrahospitalaria cuenta con historia clínica específica para los recién nacidos pretérmino y bajo peso al nacer 4. Si se ofrece asesoría de prueba voluntaria de VIH APV, contar con formato de consentimiento de realización de prueba voluntaria.
		Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para el ambiente de almacenamiento central de residuos, cuentan con sistema de pesaje y registros de control de la generación de residuos.

Anexo I. Por servicios (Protección específica y detección temprana)

Protección específica y detección temprana	2003 de 2014	1441 de 2013
Estándar	Criterio	Criterio
Talento Humano	De acuerdo con la oferta en salud: Contar con las profesiones u ocupaciones que se requieran para la prestación del servicio. De acuerdo con el programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	De acuerdo con la oferta en salud: Contar con las profesiones u oficios que se requieran para la prestación del servicio. De acuerdo con el programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
	Según lo ofertado, el talento humano cuenta con certificado de formación de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana.	El talento humano cuenta con certificación de formación en las estrategias clínicas comunitarias y locales de intervención social, así como los programas y lineamientos políticos y normativos vigentes de acuerdo con el perfil.
	Si oferta el servicio de vacunación, los auxiliares de enfermería y de salud pública, cuentan con certificado de formación para administrar inmunobiológicos, según delegación y normativa vigente, o con certificado de formación en administración de inmunobiológicos según lineamientos y normativa vigente.	Si oferta vacunación, los auxiliares de enfermería cuentan con la Norma de Competencia Laboral de Administración de inmunobiológicos según delegación y normativa vigente.
Infraestructura	Aplica lo exigido para consulta externa, de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	Aplica lo exigido para consulta externa de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Dotación	Adicional a lo exigido en consulta externa, contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas, conforme a lo previsto en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	Adicional de lo exigido en consulta externa, contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas, conforme a lo previsto en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	Aplica lo de todos los servicios.	Aplica lo de todos los servicios
Procesos Prioritarios	Si la institución ofrece actividades de Protección Específica y Detección Temprana, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional y cuenta con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, definidas en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	Si la institución ofrece actividades de Protección Específica y Detección Temprana, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional y cuenta con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública definidas en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios. Adicionalmente cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas que se ofrecen según lo establecido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	Aplica lo de todos los servicios, adicionalmente, cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas que se ofrecen según lo establecido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.
	Cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas de Protección Específica y Detección Temprana que se ofrecen: 1. Carné materno en el control	

	<p> prenatal.</p> <p>2. Para la valoración integral del recién nacido, historia del servicio y la historia clínica perinatal simplificada.</p> <p>3. Si ofrece atención de bajo peso al nacer y programa canguro en la atención intrahospitalaria, cuenta con historia clínica específica para los recién nacidos pretérmino y bajo peso al nacer.</p> <p>4. Si ofrece asesoría de prueba voluntaria de VIH (APV), cuenta con formato de consentimiento de realización de prueba voluntaria.</p>	
Interdependencia	No aplica.	No aplica

Anexo J. Por servicios (Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica)

Servicio farmacéutico baja complejidad

Servicio farmacéutico baja complejidad	2003 de 2014	1441 de 2013
Estándar	Criterio	Criterio
Talento Humano	Aplica lo definido en el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	Aplica lo definido en el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.
Infraestructura	Las condiciones de temperatura y humedad relativa, son acordes a las recomendaciones dadas por los fabricantes de medicamentos y dispositivos médicos.	Las condiciones de temperatura y humedad relativa, son acordes a las recomendaciones dadas por los fabricantes de medicamentos y dispositivos médicos.
	Dispone de ambientes necesarios para los procedimientos que se realicen, de conformidad con la normatividad aplicable a cada uno de ellos.	Dispone de ambientes necesarios para los procedimientos que se realicen, de conformidad con la normatividad aplicable a cada uno de ellos.
	Si se trata de servicios ambulatorios pueden ser independientes o pertenecer a una IPS.	Si se trata de servicios ambulatorios pueden ser independientes o pertenecer a una IPS.
Dotación	Cuenta con la dotación y muebles exclusivos y necesarios para la selección, adquisición, recepción, almacenamiento, conservación (como manejo de cadena de frío, medicamentos fotosensibles, higroscópicos entre otros) y dispensación de los medicamentos y dispositivos médicos para la realización de los procesos que ofrezcan, de acuerdo con las recomendaciones dadas por los fabricantes.	Cuenta con la dotación y muebles exclusivos y necesarios para la selección, adquisición, recepción, almacenamiento, conservación (como manejo de cadena de frío, medicamentos fotosensibles, higroscópicos entre otros) y dispensación de los medicamentos y dispositivos médicos para la realización de los procesos que ofrezcan, de acuerdo con las recomendaciones dadas por los fabricantes.
	Cuenta con los equipos necesarios para cumplir con el plan de contingencia, en caso de falla eléctrica para mantener la cadena de frío.	Cuenta con los equipos necesarios para cumplir con el plan de contingencia, en caso de falla eléctrica para mantener la cadena de frío.
	Cuenta con termómetros y termohigrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado y gestionado.	Cuenta con termómetros y termohigrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado y gestionado.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	Aplica lo de todos los servicios.	Aplica lo de todos los servicios.
Procesos Prioritarios	El servicio farmacéutico ambulatorio cuenta con:	El servicio farmacéutico ambulatorio cuenta con:
	1. Manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada selección, adquisición recepción, almacenamiento, conservación, distribución, dispensación, transporte, control y manejo de residuos de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el fabricante, diseñados por químico farmacéutico según los requerimientos establecidos para tal fin.	1. Manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada selección, adquisición recepción, almacenamiento, conservación, distribución, dispensación, transporte, control y manejo de residuos de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el fabricante, diseñados por químico farmacéutico según los requerimientos establecidos para tal fin.
	2. Normas explícitas sobre restricciones, a personal diferente al químico farmacéutico, para formulación, realización de actividades de asesoría farmacológica y de farmacovigilancia.	2. Normas explícitas sobre restricciones, a personal diferente al químico farmacéutico, para formulación, realización de actividades de asesoría farmacológica y de farmacovigilancia.
	3. Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica, por parte de personal diferente al químico farmacéutico.	3. Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica, por parte de personal diferente al químico farmacéutico.
	4. Procedimiento para el manejo de medicamentos de control especial.	4. Procedimiento para el manejo de medicamentos de control especial.
	5. Procedimientos para el control de fechas de vencimiento y mecanismos para la disposición final y destrucción de medicamentos y dispositivos médicos.	5, Procedimientos para el control de fechas de vencimiento y mecanismos para la disposición final y destrucción de medicamentos y dispositivos médicos.
Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios.	Aplica lo de todos los servicios.
Interdependencia	No aplica.	No aplica.

Anexo K. Por Modalidades de prestación (Brigadas o jornadas modalidad extramural)

Brigadas o jornadas (Modalidad Extramural)	2003 de 2014	1441 de 2013
Estándar	Criterio	Criterio
Talento Humano	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.	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, deberán contar con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural
	Adicional a lo exigido en todos los servicios, los profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares que participen en las brigadas o jornadas de salud de tipo extramural, serán responsables de las actuaciones, decisiones y recomendaciones entregadas al paciente, de acuerdo con los protocolos establecidos y las competencias del ejercicio profesional.	Adicional a lo exigido en todos los servicios de atención en salud, los profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares que participen en las brigadas o jornadas de salud de tipo extramural, serán responsables de las actuaciones, decisiones y recomendaciones entregadas al paciente, de acuerdo con los protocolos establecidos y a las competencias del ejercicio profesional
	Las actuaciones de los médicos en el ejercicio de la prestación de servicios, bajo la modalidad de brigadas o jornadas de salud, se sujetarán a las disposiciones que reglamentan la ética médica.	
Infraestructura	El sitio para la realización de las diferentes actividades, garantiza que los potenciales riesgos no superarán los posibles beneficios para el paciente.	El sitio para la realización de las diferentes actividades, garantiza que los potenciales riesgos no superarán los posibles beneficios para el paciente
	La sede de la IPS o el área donde se prestará el o los servicios de salud en la modalidad extramural, cuenta con un área y ambientes para el almacenamiento de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.	La sede de la IPS o el área donde se prestará el o los servicios de salud en la modalidad extramural cuenta con un área y ambientes para el almacenamiento de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades
Dotación	Adicional a lo exigido en todos los servicios:	Adicional a lo exigido en todos los servicios de atención en salud

	Garantizar el adecuado mantenimiento de los equipos biomédicos, eléctricos o mecánicos, que se utilizarán durante las respectivas jornadas o brigadas de salud.	Garantizar el adecuado mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos que se utilizarán durante las respectivas jornadas o brigadas de salud
	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico – científico.	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico
	Cuenta con equipo de reanimación, cuyo contenido será definido por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca.	Deberá contar con equipo de reanimación cuyo contenido será definido por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca
	En la modalidad extramural no se podrán elaborar ni adaptar dispositivos médicos sobre medida, dichos dispositivos deben cumplir con la normatividad específica de Buenas Prácticas de Manufactura.	En la modalidad extramural no se podrán elaborar ni adaptar dispositivos médicos sobre medida, dichos dispositivos deben cumplir con la normatividad específica de Buenas prácticas de manufactura
	Cuenta con la dotación para la gestión integral de los residuos generados en la atención de salud.	Dotación para la gestión integral de los residuos generados en la atención de salud.
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	Aplica lo de todos los servicios.	Aplica lo de todos los servicios.
Procesos Prioritarios	Adicional a lo exigido en todos los servicios:	Adicional a lo exigido en todos los servicios de atención en salud:
	Quienes realicen brigadas o jornadas de salud en la modalidad extramural, cuentan con los protocolos para el seguimiento a pacientes, asegurando proceso de referencia en caso de ser necesario y mecanismos que garanticen comunicación adecuada para el seguimiento, cuando el caso lo requiera.	Quienes realicen brigadas o jornadas de salud en la modalidad extramural, deberán incluir dentro de sus procesos prioritarios, los protocolos para el seguimiento a pacientes, asegurando proceso de referencia en caso de ser necesario y mecanismos que garanticen comunicación adecuada para el seguimiento cuando el caso lo requiera.
	El prestador cuenta con procedimientos para la gestión integral de los residuos generados en la atención de salud.	El prestador cuenta procedimientos para la gestión integral de los residuos generados en la atención de salud.

Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios. La historia clínica utilizada en la modalidad extramural deberá ser custodiada por el prestador que realiza la brigada	Aplica lo de todos los servicios. La Historia Clínica utilizada en la modalidad extramural deberá ser custodiada por el prestador que realiza la brigada
Interdependencia	De acuerdo con lo ofertado, cuenta con los servicios interdependientes para garantizar seguridad en la atención.	De acuerdo a lo ofertado, se deberá contar con los servicios interdependientes para garantizar seguridad en la atención