



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Autoevaluación del sistema único de habilitación (SUH) de la resolución
3100 de 2019 en la Unidad de Salud Mental Sentirbien, Distracción, La
Guajira, 2023.**

Autor

German David Solano Camargo

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín, Colombia

2024



Autoevaluación del Sistema Único de Habilitación (SUH) de la resolución 3100 de 2019 en la Unidad de Salud Mental Sentirbien, Distracción, La Guajira, 2023.

German David Solano Camargo

Trabajo de grado para optar al título de Administrador en Salud:
Gestión de servicios de Salud

Asesor

Sebastián Vélez Casallas

Magister en Administración Hospitalaria

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Antioquia, Colombia
2024

Cita	Solano Camargo GD (1)
Referencia Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	(1) Solano Camargo GD. Autoevaluación del Sistema Único de Habilitación (SUH) de la resolución 3100 de 2019 en la Unidad de Salud Mental Sentirbien, Distracción, La Guajira, 2023. [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2024.



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/director: Edwin González Marulanda.

Jefe departamento: Luz Mary Mejía Ortega.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimientos

Con gran felicidad quiero expresar mi sentimiento de gratitud con todas aquellas personas que contribuyeron en la realización de este proyecto de grado.

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme finalizar este proceso con éxito, por brindarme la sabiduría en los momentos críticos y el aliento cuando las circunstancias parecían adversas. A mi familia, les estoy eternamente agradecido por su apoyo emocional y motivación constante. Su comprensión y aliento fueron el motor que me impulsó a superar cada desafío hasta cumplir el objetivo.

Mi gratitud también se extiende a mis profesores y profesoras, cuyas enseñanzas sentaron las bases para este trabajo. Agradezco la oportunidad de aprender de individuos tan dedicados y apasionados por la educación.

También agradezco a todas las personas que hacen parte de la Unidad de salud mental Sentirbien, por brindarme el acompañamiento que necesite para la ejecución de las actividades que culminaron en la finalización de este proyecto.

Dedicatoria

Quisiera dedicar la finalización de mi proceso formativo a mi padre José David Solano Camargo, mi madre Delis Otilia Camargo y a mi hermana Ly Anne Solano Camargo, también a la señora Juana María Cuello Escudero quien me extendió su mano en todo mi proceso como profesional.

Dedicatoria especial para mi asesor Sebastián Vélez Casallas, quien le dio madurez y firmeza a este trabajo y me guio en todo momento con mucha dedicación e interés.

Reconocimiento especial a mi amigo y Auditor de Calidad de la Unidad de Salud Mental Sentirbien Carlos Alberto Daza Mera. Su apoyo incondicional, conocimiento, esfuerzo y comprensión fueron fundamentales en todas las etapas de este trabajo. Su colaboración ha enriqueció en gran manera este proyecto, y estoy agradecido por su invaluable contribución.

Tabla de contenido

Lista de tablas	7
Lista de figuras	8
Lista de anexos	9
Siglas, acrónimos y abreviaturas.....	10
Glosario	11
Resumen	14
1. Presentación.....	15
2. Planteamiento del problema	17
3. Justificación	22
4. Objetivos.....	24
5. Marcos del proyecto	25
5.1 Marco teórico.....	25
5.1.1 Sistema obligatorio para la garantía de la calidad en salud en Colombia.....	27
5.1.2 Sistema Único de Habilitación (SUH).....	28
5.1.3 La 5W1H como herramienta de planificación y solución de problemas.....	30
5.3. Marco normativo	32
5.4 Marco contextual	36
5.4.1 Unidad De Salud Mental Sentirbien.....	36
5.4.2 Reseña histórica.....	37
5.4.3 Visión.....	38
5.4.4 Misión.....	38
5.4.5 Mapa de procesos.....	38
5.4.6 Ventajas competitivas.....	39

<i>5.4.7 Servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS</i>	40
6. Metodología.....	41
6.1 Identificar los criterios que aplican a la Unidad de salud mental Sentirbien según su nivel de complejidad.	41
6.2 Aplicar el instrumento de autoevaluación del componente tecnológico y científico de la resolución 3100 de 2019.....	42
6.3 Establecer un plan de mejoramiento de acuerdo a los criterios de los estándares que presenten incumplimiento.....	43
7. Resultados.....	45
7.1 Identificar los criterios que aplican a la Unidad de salud mental Sentirbien según su nivel de complejidad.	45
7.2 Aplicar el instrumento de autoevaluación del componente tecnológico y científico de la resolución 3100 de 2019.....	46
<i>7.2.1 Cumplimiento de los siete (7) estándares mínimos de habilitación obligatorios para todos los servicios.</i>	47
<i>7.2.2 Cumplimiento de los criterios aplicables por cada servicio.</i>	49
7.2.3 Estado de cumplimiento del Sistema Único de Habilidadación de la Resolución 3100 de 2019 en la Unidad de Salud Mental Sentirbien.....	52
7.3 Establecer un plan de mejoramiento de acuerdo a los criterios de los estándares que presenten incumplimiento.....	56
8. Discusión	62
9. Conclusiones	63
10. Recomendaciones	65
Referencias bibliográfias	66
Anexos	73

Lista de tablas

Tabla 1. Identificación de la aplicación de los estándares y criterios obligatorios para todos los servicios.	45
Tabla 2. Criterios aplicables a los estándares por servicios en Unidad de Salud Mental Sentirbien.	46
Tabla 3. Estado de cumplimiento de los (7) estándares obligatorios para todos los servicios.....	52
Tabla 4. Estado de cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación evaluados por servicios.	54

Lista de figuras

Figura 1. Unidad de Salud Mental Sentirbien.	37
Figura 2. Mapa de procesos de Unidad de Salud Mental Sentirbien.	39
Figura 3. Servicios habilitados en el REPS.....	40
Figura 4. Lista de chequeo Sistema Único de Habilitación (SUH).	42
Figura 5. Porcentaje de cumplimiento siete (7) estándares obligatorios para todos los servicios.....	53
Figura 6. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación evaluados en los servicios del grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	55
Figura 7. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación evaluados en los servicios del grupo de consulta externa.	55
Figura 8. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación evaluados en los servicios del grupo de internación.	56

Lista de anexos

Anexo 1. Anexo técnico del ministerio de salud y protección social (Archivo Excel)	73
Anexo 2. Primera autoevaluación de los servicios (Archivo Excel).....	73
Anexo 3. Plan de mejoramiento (Archivo Excel).....	73
Anexo 5. Autorización de la Unidad de Salud Mental Sentirbien	73
Anexo 4. Segunda autoevaluación de los servicios (Archivo Excel).....	73
Anexo 6. Evidencias fotográficas de socialización de protocolos	74
Anexo 7. Actas de asistencia a socialización de protocolos	77
Anexo 8. Otras evidencias fotográficas	82

Siglas, acrónimos y abreviaturas

SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
SUH	Sistema Único de Habilitación
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAMEC	Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad
SUA	Sistema Único de Acreditación
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
MinSalud	Ministerio de Salud y Protección Social
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
RIPS	Registros Individuales de prestación de servicios de salud
SGSST	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
PGIRASA	Plan de Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y Otras Actividades
SISPRO	Sistema Integrado de Información de la Protección Social
ETS	Entidades Territoriales en Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficio en Salud
S_CE_G	Servicio de Consulta Externa General
S_CE_E	Servicio de Consulta Externa Especializada
SF	Servicio Farmacéutico
HSM CSP	Servicio Hospitalización Salud Mental o Consumo de Sustancias Psicoactivas
S_CB_CSP	Servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas

Glosario

Ambiente. Lugar físico delimitado por barrera física fija, piso y techo.

Área. Lugar físico no necesariamente delimitado por barrera física.

Auditoria. La auditoría es una evaluación sistemática e independiente de una organización, proceso, sistema o producto para determinar si se ajusta a los criterios establecidos y para identificar oportunidades de mejora.

Autoevaluación. Mecanismo de verificación de las condiciones de habilitación establecidas en el presente manual, que efectúa periódicamente el prestador de servicios de salud y que propende por el autocontrol permanente, participativo y reflexivo sobre la prestación de los servicios de salud a ofertar.

Carro de paro. Conjunto de medicamentos, dispositivos médicos y equipos biomédicos utilizados en la reanimación cardio cerebro pulmonar.

Criterio. Precepto o indicador obligatorio que resume la calidad de una actividad que se pretende evaluar. Para efectos del presente manual, el criterio es la unidad básica del estándar sobre el cual se realiza la verificación orientada hacia el análisis de los riesgos y la seguridad en la atención de los pacientes.

Cuando se haga referencia a “disponibilidad en el servicio” de la infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se entienden que estos pueden ser compartidos dentro del servicio, asegurando que se encuentren en permanente disposición y fácil localización para brindar una atención oportuna sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

Cuenta con. Es la existencia obligatoria y permanente del talento humano, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos dentro de un servicio de salud.

Disponibilidad. Es la existencia obligatoria del talento humano, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos en el servicio en el momento en que se requieran y mientras se oferte y se preste; pueden estar ubicados fuera del servicio, asegurando que se encuentren en permanente disposición y fácil localización para brindar una atención oportuna sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

En el estándar de infraestructura, un área o ambiente puede estar localizado fuera del servicio o ambiente, pero dentro de la misma edificación donde se encuentre el servicio.

Estándar. Un estándar es una norma o criterio de referencia que se establece para garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los servicios de atención médica y de los productos y dispositivos médicos utilizados en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Garantía. La garantía se refiere a una promesa o compromiso que una persona o entidad realiza en relación a la calidad, funcionamiento o efectividad de un producto o servicio que ofrece. En otras palabras, es una forma de asegurar al consumidor que el producto o servicio adquirido cumplirá con ciertos estándares de calidad y funcionamiento, y que, en caso contrario, se ofrecerá algún tipo de solución o compensación para remediar la situación.

Habilitación. La habilitación en el ámbito de la salud se refiere al proceso mediante el cual se otorga a una institución, servicio o profesional de la salud la autorización para prestar servicios de salud.

Inscripción. Es el proceso que realizan las personas naturales o jurídicas ante la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, con el objeto de ser autorizados para funcionar como prestador de servicios de salud dentro de su jurisdicción.

Los servicios de salud y de apoyo interdependientes caracterizados como “cuenta con”, deben estar obligatoriamente dentro de la misma edificación o sede donde se encuentre ubicado el servicio que los requiere. Los servicios de salud y de apoyo interdependientes pueden ser propios o contratados.

Los servicios de salud y de apoyo interdependientes caracterizados como “disponibilidad”, pueden estar ubicados dentro o fuera de la edificación o sede donde se encuentra habilitado el servicio de salud que los requiere.

Para el estándar de infraestructura, es la existencia obligatoria de un recurso físico, área o ambiente de uso exclusivo del servicio, que está localizado al interior de un servicio o de un ambiente.

Procedimiento. Conjunto de acciones que se realizan de la misma forma, con una serie común de pasos definidos y una secuencia lógica realizada en cualquiera de las fases de atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación).

Sistema Único de Habilitación. Los Sistemas Únicos de Habilitación son sistemas que buscan regular y estandarizar los procesos de habilitación y acreditación de los servicios de salud en un determinado país o región. Estos sistemas buscan garantizar que los servicios de salud que se ofrecen cumplan con los estándares de calidad, seguridad y eficacia necesarios para brindar una atención adecuada a los pacientes.

Verificación. La verificación es el proceso de comprobar y confirmar que algo se ajusta a un conjunto de requisitos, normas o especificaciones establecidas previamente. En otras palabras, es una evaluación sistemática y objetiva que busca determinar si un producto, servicio o proceso cumple con los criterios establecidos.

Resumen

El presente proyecto tuvo como objetivo realizar una autoevaluación del Sistema Único de Habilitación según lo establecido en la resolución 3100 de 2019 en la Unidad de salud mental Sentirbien de Distracción La Guajira, para el año 2023.

Para darle cumplimiento a dicho objetivo, se utilizó el anexo técnico validado por el ministerio de salud y protección social, el cual consiste en un conjunto de listas de chequeo que contienen los criterios exigibles por el sistema obligatorio para la garantía de la calidad en salud (SOGCS) en su componente de sistema único de habilitación (SUH).

Por medio de esa herramienta se logró identificar la aplicabilidad de los criterios según el nivel de complejidad de la Unidad de salud mental. Luego de esto, se realiza la autoevaluación de los servicios habilitados por la institución, en donde se identificaron oportunidades de mejora necesarias para garantizar el cumplimiento integral de la norma, por último, y se determinó el estado de cumplimiento. Esto sirvió como insumo para elaborar y ejecutar un plan de mejoramiento.

Gracias al plan de mejoramiento, la unidad pudo pasar de un porcentaje de cumplimiento del 94.5% al 99.7% en los estándares obligatorios para todos los servicios y del 79% al 95% en los criterios evaluables por cada servicio.

Palabras clave: Sistema Único de Habilitación, autoevaluación, criterio, estándar, normatividad, habilitación, calidad, salud mental.

1. Presentación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define un sistema de salud como la totalidad de entidades y recursos que buscan mejorar la salud de un grupo específico, teniendo en cuenta factores geográficos, sociales y culturales. La Declaración de Rio en 2011 destaca la necesidad de abordar las inequidades sanitarias, resaltando la importancia de una mejor gobernanza y participación en políticas. Para que los sistemas de salud funcionen eficazmente, se requiere personal, financiación, información, suministros, transporte y comunicaciones para ofrecer tratamientos y servicios de calidad.

En el contexto de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la promoción de sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS). La OPS enfatiza la importancia de desarrollar modelos eficientes y adaptables a las circunstancias específicas de cada país. Subraya que cada nación debe elaborar su estrategia considerando sus propios recursos y políticas, destacando la necesidad de personalizar las soluciones para abordar de manera efectiva los desafíos de salud en la región.

En este sentido, calidad en salud está vinculada al cumplimiento de estándares establecidos por normativas como el Decreto 1011 de 2006 por la cual se establece el sistema obligatorio para la garantía de la calidad en salud (SOGCS) en Colombia y su componente de sistema único de habilitación (SUH). A partir de lo anterior, las instituciones deben cumplir condiciones mínimas, como talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia para asegurar su permanencia en el sistema.

Los Incumplimientos pueden resultar en sanciones, como en el caso de cuatro (4) clínicas de la de la ciudad de Cali en 2018 y 2023, estas sanciones derivaron en el cierre parcial de algunos de sus servicios. En contraste en algunas partes del país como en el departamento de La Guajira, la supervisión insuficiente ha generado problemas en la

calidad de la atención. En consecuencia, la Unidad de Salud Mental Sentirbien muestra riesgo de incumplimiento tras cuatro años sin inspección de los entes territoriales.

Este proyecto propone una nueva autoevaluación enfocada en el cumplimiento de la resolución 3100 de 2019. La participación de un actor externo permitirá identificar deficiencias, facilitando la implementación de medidas correctivas para mejorar la calidad en la atención y servicios de salud ofrecidos por la Unidad de Salud Mental Sentirbien.

2. Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud comprende todas las entidades, instituciones y recursos cuya meta principal es mejorar la salud de un grupo específico de personas. Estas personas, en función de su ubicación geográfica, condición social y cultural, requieren una apropiada oferta de servicios de salud. Así mismo, se deben cumplir ciertos factores para que la percepción de estos servicios satisfaga las necesidades de los usuarios. Para esto es muy importante tener en cuenta los determinantes sociales de la salud pública, La Declaración de Rio en 2011 identificó cinco esferas de actividad esenciales para abordar las inequidades sanitarias, destacando la necesidad de una mejor gobernanza, participación en políticas y la reorientación del sector salud para reducir las inequidades.¹

Los sistemas de salud deben contar con personal, financiación, información, suministros, transporte y comunicaciones. Su objetivo es proporcionar tratamientos y servicios de calidad que se ajusten a las necesidades de la población, siendo justos y sostenibles desde una perspectiva financiera. Además, es crucial considerar los atributos esenciales de la calidad para lograr una coordinación efectiva y prevenir la fragmentación de los servicios de salud, asegurando así el acceso en todos los niveles de atención.²

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), como entidad líder en el ámbito de la salud en las Américas y parte del sistema de las Naciones Unidas, ha elaborado directrices y documentos sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud y la seguridad del paciente en durante todos los momentos de la atención en salud. Estas guías están orientadas a fomentar la construcción de sistemas de salud basados mejorar la calidad de los servicios sanitarios de las poblaciones, de esa forma promueve modelos de atención eficientes, técnicamente sólidos y que satisfagan las expectativas de los ciudadanos. La propuesta de la OPS implica implementar estrategias de calidad que abarca todo el espectro del sistema de salud que incluye sectores públicos, privados con y sin fines de lucro, lo cual es aplicable a todos los países. No obstante, se destaca la

necesidad de que cada nación desarrolle su propia normatividad y estrategia, adaptándola a sus recursos, políticas y capacidad administrativa.³

La calidad en la atención en salud en Colombia se encuentra directamente relacionada con el cumplimiento de los estándares establecidos por las normas de habilitación de servicios de salud. Cada proceso en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) debe ser evaluado para asegurar que se cumpla con los parámetros necesarios para brindar un servicio seguro a los usuarios. Es por esto que todas las entidades de salud deben prestar atención a su infraestructura, procesos y estructuras financieras para asegurar la calidad en la atención.⁴

Como contribución a la mejora continua de los servicios de salud, es creado El decreto 1011 de 2006 el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este sistema se estableció con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud para todos los colombianos, para garantizar que los servicios de salud sean seguros, efectivos y oportunos. La atención en salud en Colombia estaba fragmentada y no había una regulación clara sobre la calidad de los servicios que se ofrecían. Esto resultaba en una atención de salud deficiente para muchos ciudadanos y una falta de confianza en el sistema de salud en general. El Decreto 1011 de 2006 estableció dentro de este sistema cuatro componentes que son: Sistema Único de Habilidadación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad.⁵

Por consiguiente, el sistema de habilitación de los prestadores de salud en Colombia que hace parte de los componentes del SOGCS es reglamentado por medio del decreto 780 de 2016 en su capítulo 3, título V, por el que se define el SUH. Este Sistema Único de Habilidadación, establece las tres (3) condiciones que estas instituciones deben cumplir para habilitarse, las cuales son: Condiciones de capacidad tecnológica y científica, Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y condiciones de capacidad técnico administrativas.⁶

En el caso de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la resolución 3100 de 2019, en su artículo 8.3, especifica las acciones que deben cumplir todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. Este documento establece que dichas instituciones deben cumplir con requisitos tecnológicos y científicos basados en tres principios fundamentales. El primero de ellos es el principio de fiabilidad, que sostiene que la formulación de cada estándar debe ser clara y permitir una evaluación objetiva. El segundo principio es el de esencialidad, que indica que estas condiciones deben ser indispensables y necesarias para reducir los riesgos asociados a la atención en salud. Por último, se encuentra el principio de sencillez, que establece que los estándares formulados y los procesos utilizados para su verificación deben ser accesibles para la autoevaluación de los prestadores.⁷

Tal como lo indica la norma, los prestadores deben cumplir con las condiciones mínimas de habilitación establecidas en la resolución 3100 del 2019, en donde define siete (7) estándares obligatorios que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir, los cuales son: Estándar de talento humano, estándar de infraestructura, estándar de dotación, estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, estándar de procesos prioritarios, estándar de historia clínica y registros y el estándar de interdependencia.⁷

Los incumplimientos de las condiciones de habilitación en los servicios de salud y pueden causar el cierre temporal o permanente de un establecimiento en salud. Esto se ilustra con la intervención de algunos servicios de una clínica en el país en el año 2018, debido a incumplimientos de las normas de habilitación. Agregado a esto, es relevante mencionar que dicha clínica ya había sido clausurada previamente por incumplimientos de algunas condiciones con relación a la normatividad vigente.⁸

Así mismo, en el año 2023 se registró el cierre temporal de tres (3) clínicas en la ciudad de Cali. Esto, responde a múltiples quejas de los pacientes debido a la mala prestación de los servicios, hechos que derivaron en la visita por parte de la secretaria de salud y en el cierre temporal de algunos de sus servicios.⁹

La supervisión de las condiciones de habilitación de las entidades de salud en el departamento de La Guajira ha resultado insuficiente y, como consecuencia, ha generado una problemática que afecta directamente la calidad en la atención médica. Además, hasta el primer trimestre del año 2023, no se había establecido una oficina de la Supersalud en la región, lo cual ha provocado una respuesta inmediata de los usuarios, quienes han presentado más de 10.720 quejas por la deficiente atención en este departamento. El 38% de las denuncias instauradas corresponden a pacientes en situación de alto riesgo, lo que significa que sus necesidades de atención son urgentes e inmediatas.¹⁰

Con relación a lo anterior es importante resaltar que en el caso específico de la Unidad de salud mental Sentirbien han transcurrido cuatro años desde su última inspección por parte de entes territoriales, lo que implica que la institución puede incumplir actualmente alguno de estos criterios. Para prevenir las consecuencias derivadas del incumplimiento de los estándares mínimos de habilitación por parte de la Unidad de Salud Mental Sentirbien, es crucial llevar a cabo evaluaciones periódicas con el objetivo de mejorar los procesos relacionados con el sistema único de habilitación (SUH).

La Unidad de salud mental Sentirbien, realizó la autoevaluación del sistema único de habilitación en diciembre 2022, en donde no se dejan oportunidades de mejora los hallazgos como incumplimientos ni un plan de mejoramiento que permita medir y evaluar el cumplimiento de los criterios de los siete estándares del SUH. En este sentido, se debe realizar una nueva autoevaluación que permita identificar el incumplimiento a los criterios que actualmente tiene la institución con respecto a los servicios ofertados en el REPS.

La institución ha expresado su preocupación por la falta de capacitación en la nueva norma, esto debido a que desde el año 2019 la resolución 2003 de 2014 que incorporaba los lineamientos en materia de habilitación en el país fue derogada por la resolución 3100 de 2019. Por lo anterior, resulta fundamental llevar a cabo auditorías externas que permitan identificar posibles deficiencias y evaluar el cumplimiento o incumplimiento de los criterios de cada estándar normativo por parte de un profesional externo. De este

modo, se podrán implementar medidas correctivas orientadas a mejorar la calidad en la atención y la prestación de servicios.

3. Justificación

En el marco de la prestación de servicios de salud, se considera que la calidad no se limita únicamente a la pericia técnica de los profesionales de la salud; también abarca el acceso oportuno a los servicios, la seguridad del paciente, la satisfacción del usuario y una atención centrada en el mismo. En esta esfera, la provisión de servicios de salud debe asegurar no solo aspectos tangibles como la infraestructura y el equipamiento, sino también una atención correcta, segura y efectiva. El objetivo es mejorar la adherencia a los tratamientos, y para lograrlo, resulta crucial la implementación de estrategias tales como contar con profesionales de la salud capacitados y en constante formación, protocolos de atención adaptados a las características de la población, condiciones locativas e higiénico-sanitarias apropiadas, la promoción de una cultura de seguridad del paciente, la incentivación de la participación y retroalimentación de los usuarios, así como la utilización de tecnologías de la información para optimizar la gestión y coordinación de la atención.¹¹

El ministerio de salud y protección social en el país, ha dispuesto lineamientos y guías de práctica clínica en las que se encuentran un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objetivo de reducir la probabilidad de ocurrencia de eventos adversos durante la atención médica o de atenuar sus repercusiones. Este enfoque implica la continua evaluación de los riesgos relacionados con la prestación de atención médica, y pretende planificar e implementar las medidas de seguridad requeridas. En base a esto, los prestadores de servicios de salud han venido trabajando en pro de mejorar la seguridad en sus procesos y promover una cultura de seguridad.¹²

El presente proyecto busca brindar importantes mejoras relacionadas con las condiciones tecnológicas – científicas de la resolución 3100 de 2019. Este aporte directamente buscará brindar procesos fiables, claros en todo momento y permitirá la evaluación objetiva de cada uno de ellos, en segundo lugar, brindará procesos esenciales,

necesarios en cada etapa de la prestación de los servicios de salud. este proyecto también aportará a la institución procesos sencillos y fáciles de entender.

La Resolución 2003 de 2014, la cual establecía normas para la habilitación de prestadores de servicios de salud en Colombia ha sido derogada, desde entonces en la Unidad de salud mental Sentirbien no ha recibido visitas de los entes territoriales que permitan la evaluación objetiva las condiciones de habilitación con respecto a la nueva norma (Resolución 3100 de 2019). Por consiguiente, es necesario que la institución lleve a cabo una evaluación de las condiciones de habilitación en conformidad con la normativa actual, con el propósito de prevenir posibles sanciones, cierres u observaciones por parte de los entes territoriales en salud en visitas futuras.

Al finalizar la ejecución de este proyecto, la institución tendrá la oportunidad de contar con una evaluación de sus servicios con respecto a la resolución 3100 de 2019 que le definir el cumplimiento o incumplimiento de cada estándar y criterio. También dispondrá de un plan de mejoramiento en el cual se evidenciarán las acciones que debe llevar a cabo para intervenir cada oportunidad de mejora. De esta forma la institución podrá tomar medidas preventivas y correctivas para garantizar la seguridad del paciente y el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Realizar autoevaluación del Sistema Único de Habilitación según lo establecido en la resolución 3100 de 2019 en la Unidad de salud mental Sentirbien de Distracción La Guajira, año 2023.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar los criterios que aplican a la Unidad de salud mental Sentirbien según su nivel de complejidad.
- Aplicar el instrumento de autoevaluación del componente tecnológico y científico de la resolución 3100 de 2019.
- Establecer un plan de mejoramiento de acuerdo a los criterios de los estándares que presenten incumplimiento.

5. Marcos del proyecto

5.1 Marco teórico

La calidad en el ámbito de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), implica garantizar que cada paciente reciba el conjunto más apropiado de servicios, diagnósticos y tratamientos para lograr una atención sanitaria óptima. Es esencial considerar tanto los factores como los conocimientos del paciente y del servicio médico, con el objetivo de obtener los resultados más favorables y minimizar los riesgos de efectos iatrogénicos, al mismo tiempo que se busca la máxima satisfacción del paciente durante todo el proceso.¹³

En línea con esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) complementa que la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud se caracteriza por un enfoque centrado en las personas, familias y comunidades, sustentado en atributos como seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo. Estos atributos, según la OPS, se logran a través de la disponibilidad de servicios adecuadamente organizados y gestionados. En consecuencia, para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud, es esencial emprender una transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud y de gestión de la calidad, integrando así ambas perspectivas en pro de un cuidado integral y efectivo para la población.¹⁴

En un ámbito más amplio, la calidad se define como una propiedad esencial que caracteriza un objeto o cosa, determinando su valor y la satisfacción que genera en quien lo utiliza. Sin embargo, esta definición de calidad puede ser variable y subjetiva, ya que está sujeta a las percepciones particulares. Cada persona forma una opinión personal sobre lo que considera que tiene calidad, lo cual puede generar diferencias de opiniones en función de la experiencia, necesidades y expectativas individuales. Por ejemplo, mientras para alguien un vehículo puede ser considerado como un objeto de calidad, para otro puede no cumplir con sus expectativas y preferir otro modelo o marca. Por lo tanto,

la calidad es un concepto complejo y multifacético que depende de múltiples factores y percepciones particulares. En el ámbito de la salud la calidad percibida juega un papel muy importante durante el proceso de prestación de servicio. Mientras para algunos usuarios recibir un servicio de salud con calidad signifique tener un buen descanso o una buena dieta, para otros se puede resumir en tener una buena atención del personal a su cargo.^{15 16}

Por lo anterior, en búsqueda de la satisfacción integral de los usuarios, se emplean sistemas de gestión de la calidad en salud. Estos sistemas, que incluyen elementos como políticas, objetivos, procesos, documentos y recursos, trabajan en conjunto para garantizar la calidad no solo de los servicios, sino de la organización en su totalidad. Constituyen una alternativa única para la apropiación e implementación de los lineamientos de los sistemas de salud. Su objetivo abarca no solo el cumplimiento de requisitos, sino también la obtención eficiente de información y la gestión efectiva de procesos.¹⁷

En Argentina se encuentra estructurado el Programa Nacional de Garantía de Calidad en la Atención Médica, el cual tiene como objetivo fomentar la implementación de procedimientos que garanticen la calidad de los servicios de salud para la totalidad de la población y asegurar la equidad en la atención médica. Este programa integra la coordinación de diversas iniciativas, que abarcan la creación de herramientas, la formación, concientización, investigación y la gestión de mejoras en los riesgos sanitarios presentes en los establecimientos de salud en todo el país. Fue creada por medio de la resolución 432/1992 y ratificada mediante el decreto 178/2017.¹⁸

En Ecuador existe el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAISFCI), el cual integra un conjunto de normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad. Así mismo, este modelo de atención define la forma en la que las empresas de salud

pública y privada interactúan para asegurar la atención de la población con respecto a los servicios de salud.¹⁹

Tanto en Argentina como en Ecuador existen modelos de gestión de la calidad salud que han permitido que las instituciones de salud puedan tener un equilibrio en la prestación de sus servicios, aumentar la calidad en salud y direccionar mejoras en aras de mejorar la atención de cada población. En Colombia, existe algo similar llamado “Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad” (SOGC) el cual tiene el objetivo de suministrar servicios de salud de forma accesible y justa tanto a usuarios individuales como colectivos, manteniendo un nivel profesional óptimo y considerando cuidadosamente el equilibrio entre beneficios, riesgos y costos. De esta forma se planea alcanzar la adhesión y satisfacción de estos usuarios.^{18 19 20}

5.1.1 Sistema obligatorio para la garantía de la calidad en salud en Colombia.

En Colombia, con el fin de aunar esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). El decreto 1918 de 1994 fue la primera regulación que estableció las pautas para este sistema de gestión de la calidad en salud. Posteriormente, el marco normativo se ajustó con la emisión del Decreto 2174 de 1996, el cual experimentó modificaciones a través de los Decretos 2309 del 2002 y el Decreto 780 de 2016 la parte V, título I, capítulo I “sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud” el cual representa la normatividad vigente en el país en materia de sistemas de gestión de la calidad.²¹

El ministerio de salud y protección social define sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud (SOGCS) como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país”.²²

Este sistema obligatorio tiene en cuenta a la hora de ejecutarse cuatro componentes, el primero es el Sistema Único de Habilitación (SUH), luego el Programa de Auditoría para

el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), seguido del Sistema Único de Acreditación (SUA) y por último tiene el Sistema de Información para la Calidad en Salud.²³

5.1.2 Sistema Único de Habilitación (SUH).

El Sistema Único de Habilitación (SUH) es un 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. Estas condiciones son indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).²³

5.1.2.1 Condiciones de habilitación

Las condiciones con las que deben cumplir los prestadores para poder habilitarse y garantizar la permanencia en el sistema son las siguientes:

Capacidad Técnico-Administrativa. Esta condición se refiere a los aspectos administrativos que respaldan los servicios y abarca todos los aspectos relacionados con la existencia y representación legal de la empresa, así como el sistema contable y los estados financieros que cumplen con las regulaciones legales en el ámbito de la salud.

²⁴

Suficiencia Patrimonial y Financiera. Esta condición se refiere al cumplimiento de los requisitos que aseguran la estabilidad financiera a mediano plazo de las instituciones de salud, así como su competitividad en su área de influencia y el cumplimiento de sus obligaciones a corto plazo. La suficiencia patrimonial y financiera asegura la estabilidad económica y el respaldo patrimonial de la institución al brindar sus servicios.²⁴

Capacidad Tecnológica y Científica. Su principal objetivo es salvaguardar y garantizar la seguridad de los usuarios al cumplir con todas las condiciones fundamentales. Esta capacidad abarca los estándares de calidad relacionados con los siguientes temas: ²⁴

5.1.2.2 Estándares de habilitación

Los prestadores de servicios de salud deben cumplir los criterios exigibles por cada estándar, esto con la finalidad de habilitar sus servicios. A continuación, se define cada uno de estos estándares:

Talento Humano. Son las condiciones de talento humano requeridas para la prestación de los servicios de salud. El estándar de talento humano define el perfil o los perfiles mínimos, según aplique, que se deben garantizar para la habilitación y prestación del respectivo servicio de salud.²⁵

Infraestructura. Son las condiciones mínimas e indispensables de las áreas y ambientes de una edificación y su mantenimiento, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.²⁵

Dotación. Son las condiciones mínimas e indispensables que garantizan los equipos biomédicos necesarios, así como sus mantenimientos, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.²⁵

Medicamentos, dispositivos médicos e insumos. Son las condiciones mínimas e indispensables de procesos que garantizan las condiciones de almacenamiento, trazabilidad, y seguimiento al uso de medicamentos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que utilice el prestador para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.²⁵

Procesos prioritarios. Es la existencia obligatoria y socialización de los principales procesos asistenciales que condicionan directamente la prestación con el menor riesgo posible en los servicios de salud.²⁵

Historia clínica y registros. Son las condiciones mínimas e indispensables que debe cumplir la historia clínica y los registros asistenciales, con el fin de garantizar la trazabilidad de la atención en salud.²⁵

Interdependencia. En este estándar se definen los servicios de salud y de apoyo los cuales son indispensables para prestar en forma oportuna y segura el servicio de salud que los requiere. Los servicios definidos en la interdependencia de cada servicio pueden ser propios o contratados, en cualquier caso, cuando se trate de servicios de salud deben estar habilitados por una de las partes, no se permite la doble habilitación de un servicio.
25

Existe un modelo principal de ejecución de un sistema de gestión calidad, este se basa en un proceso de mejora continua de la calidad en cuatro pasos. Este modelo fue creado por Walter A. Shewhart Deming, se llama el ciclo de Deming o ciclo PHVA y sus cuatro pasos son:²⁶

- **Planificar:** se alinea con el planeamiento de la calidad.
- **Hacer:** describe las políticas, los procedimientos y los procesos.
- **Verificar:** involucra el control de la calidad de los procesos.
- **Actuar:** se relaciona con las acciones basadas en los resultados obtenidos, tales como decisiones acerca de la aceptabilidad de la producción, la identificación de la causa raíz y la mejora de la calidad.²⁶

5.1.3 La 5W1H como herramienta de planificación y solución de problemas.

La herramienta 5W1H es un recurso valioso para las instituciones que buscan detectar y solucionar problemas que pueden afectar el funcionamiento adecuado de los procesos misionales en una empresa. Esta herramienta es conocida como 5W, debido a que se

compone de cinco preguntas fundamentales que deben ser respondidas: Who (Quién), What (Qué), Where (Dónde), When (Cuándo) y Why (Por qué). La letra “H” en inglés representa la pregunta “How” (Como) y completa el conjunto de interrogantes que permiten abordar de manera detallada cualquier situación que se presente. En este sentido, el uso de la herramienta 5W1H es de gran ayuda para identificar con precisión las causas raíz de los problemas, lo que facilita la toma de decisiones y la implementación de soluciones efectivas en las instituciones.²⁷

¿Cómo aplicar el 5W1H?

Par aplicar con éxito esta herramienta se deben responder con éxito a las cinco (5) preguntas que se plantean.²⁷

En el “¿Qué?” (¿Qué?), se detallarán las acciones específicas que se pretenden implementar con el fin de brindar una solución oportuna a los problemas identificados durante el diagnóstico anterior, el cual ha sido desarrollado con la participación tanto del personal directivo como operativo.²⁷

Luego en el ¿Quién? (¿Who?) En la sección “¿Quién?” (¿Quién?), se procederá a asignar el personal que será responsable de llevar a cabo las acciones definidas en la sección anterior. El equipo encargado de la ejecución de las acciones puede estar conformado por directivos, administrativos u operativos, en función de las necesidades específicas del proyecto de intervención. Asimismo, se designará una persona responsable de supervisar y monitorear el progreso del equipo encargado de la ejecución de las acciones. Esta persona tendrá la tarea de solicitar informes periódicos sobre el avance de las tareas y acciones definidas en el proyecto, a fin de asegurar que se cumplan en tiempo y forma.²⁷

En el ¿Dónde? (¿Where?) el responsable del proyecto de intervención seleccionará el área o lugar específico donde se llevarán a cabo las acciones definidas en la sección anterior. Es importante destacar que la elección del lugar/área debe ser muy específica, ya que de ello surgió en gran medida el éxito del proyecto.²⁷

Después del paso anterior viene el ¿Cuándo? (¿When?). En este paso se delimitará temporalmente la ejecución de las acciones a realizar en el proyecto, en el que se determinará la fecha probable de inicio, revisión y finalización de cada una de las actividades propuestas.²⁷

El penúltimo paso es responder el ¿Por qué? (¿Why?), para esto se debe tener en cuenta las causas de no tratar los problemas que se identificaron, esto ayudara a generar conciencia del trabajo que se realiza.²⁷

Por último, es importante abordar la pregunta del “cómo” (How) registrar adecuadamente el proceso detallado de los procedimientos y actividades, desde su diagnóstico hasta su conclusión. Es fundamental documentar de manera clara y precisa cada paso realizado en el desarrollo de estas acciones, con el objetivo de garantizar la trazabilidad y la transparencia en el proceso.²⁷

5.3. Marco normativo

En un inicio, por medio de la Ley 9 de 1979 se establecieron algunas normas básicas de seguridad en el trabajo. Esta ley buscaba promover la prevención de accidentes y enfermedades laborales. Esta ley abordó diversos aspectos relacionados con la seguridad y salud en el trabajo en Colombia.²⁸

Resolución 14861 de 1985 Por medio de esta resolución se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos.²⁹

Por medio de la Ley 10 de 1990 se regula la profesión de la salud y la creación del Sistema de Seguridad Social en Salud en el país. Esta ley establece las bases para la organización y funcionamiento de la prestación de servicios de salud en Colombia, así como la creación de entidades y mecanismos para garantizar el acceso equitativo a la atención médica y la protección de la salud de los ciudadanos.³⁰

Constitución política de Colombia del año 1991 (Art 48 – 49). En el artículo 48 se sientan las bases para el sistema de seguridad social en Colombia, hace especial énfasis en que es un servicio público obligatorio. También establece los principios rectores del sistema: eficiencia, universalidad y solidaridad. La ley reglamentaria detalla cómo se deben implementar estos principios en el sistema de seguridad social del país. Por otro lado, en el artículo 49 se reconoce la salud como un derecho fundamental y se establece que el Estado es el responsable de garantizar la atención de la salud y el saneamiento ambiental. Asegura que todas las personas tienen acceso a los servicios que promueven, protegen y recuperan la salud.³¹

Para el año 1993 nace ley 100 de 1993, significo el inicio de las EPS y el fin del seguro social. Se creó el país en base a cinco libros; a.) Sistema general de pensiones b.) Sistema general de seguridad social en salud c.) Sistema general de riesgos profesionales, servicios sociales complementarios, disposiciones finales. Este sistema es creado con el objetivo de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.³²

Para conceptos de investigación en el ámbito de la salud se crea la resolución 8430 de 1993. por medio de estas se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Además, establece las normas y regulaciones para la organización, funcionamiento y manejo de los establecimientos que prestan servicios de salud, así como para la implementación de los programas de salud pública en el país. Esta resolución es fundamental para la regulación y control de la prestación de servicios de salud y la protección de la salud pública en Colombia.³³

Aunque la resolución 4445 de 1996 no ha sido derogada, se debe tener en cuenta que la resolución 3100 de 2019 determina los requisitos mínimos de obligatorio cumplimiento, dentro de los que se encuentran los criterios del estándar de infraestructura. por medio de la resolución 4445 de 1996 normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los

establecimientos hospitalarios y similares. Actualmente, esta es la norma referente para el diseño y construcción de la infraestructura de salud.³⁴

La resolución 1995 de 1999 es una norma que fue modificada por la resolución 839 del 2017, dicta disposiciones que se deben tener en cuenta en la administración de la historia clínica, el método para su apertura y la ubicación, el orden de los números, los componentes mínimos, cómo se identifica el usuario. Indica también los registros específicos y los anexos. Regulaciones para la estructura y gestión de los archivos de historias clínicas tratan asuntos tales como su obligatoriedad, custodia, acceso al archivo, plazos de retención o duración, métodos para conservar la historia clínica, condiciones de seguridad y aspectos físicos que deben tener en cuenta para su almacenamiento. Además, el Comité de Historias Clínicas deberá ser establecido en la institución prestadora de servicios de salud, al que corresponderá la responsabilidad de garantizar su existencia y operar su custodia, inspeccionando anualmente los archivos para ver si cumplen. A esto se suman delimitaciones respecto a su composición y las funciones que debe cumplir.³⁵

Decreto 4725 de 2005 por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.³⁶

El Decreto 1011 de 2006 es de gran importancia en este proyecto ya que establece actualmente el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS) en Colombia. Este sistema busca garantizar la calidad de los servicios de salud y establece la obligatoriedad de la habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta resolución también estableció dentro de este sistema cuatro componentes que son: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad.³⁷

La Resolución 1043 de 2006 fue derogada por el art. 19 de la Resolución Min. Salud 1441 de 2013. Y en su momento establecía las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.³⁸

Ley 1122 de 2007 Habla de la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud del país. Esta ley introdujo modificaciones significativas en la organización y funcionamiento de la seguridad social en salud, con el objetivo de mejorar la prestación de servicios médicos y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema. Por medio de esta ley se creó la Comisión de Regulación en Salud -CRES- y el sistema de inspección, vigilancia y control y se adoptó una nueva jurisdicción en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud

39

Ley 1164 de 2007 que se refiere a la regulación de la educación superior en el ámbito de la salud. Esta ley introduce cambios significativos en la formación de profesionales de la salud y busca garantizar la calidad de la educación en estas áreas, con la finalidad de mejorar la atención médica y la salud pública en el país.⁴⁰

La Resolución 2003 de 2014 fue derogada para el año 2019, pero en su momento estableció las condiciones para la implementación de los programas de seguridad del paciente en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Entre sus principales objetivos estuvo la promoción de una cultura de seguridad en salud, la identificación de los riesgos asociados a la atención en salud y la implementación de medidas preventivas para minimizar estos riesgos. La resolución estableció los lineamientos para la estructuración y ejecución de los programas de seguridad del paciente, la capacitación del personal de salud y la notificación y análisis de los eventos adversos.⁴¹

Conocida como la Ley Estatutaria en Salud, la cual reafirma la salud como un derecho fundamental, su nombre es la Ley 1751 de 2015, la cual establece los principios, derechos y deberes que rigen el sistema de salud en el país. Esta ley es fundamental en

la regulación de la prestación de servicios de salud, la protección de los derechos de los pacientes y la garantía de una atención médica de calidad en Colombia.⁴²

Decreto 780 de 2016 que contiene y resume todas las normas preexistentes en el sector salud y establece las disposiciones para la implementación de un sistema de información de habilitación de prestadores de servicios de salud en Colombia, con el fin de garantizar la calidad de la atención en salud. Define los criterios, procedimientos y requisitos para la habilitación y supervisión de dichos prestadores, así como las sanciones y medidas de control en caso de incumplimiento.⁴³

Uno de los estándares mínimos de habilitación es el estándar de historia clínica, el cual es reglamentado por medio de la resolución 839 de 2017 cuyo objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas, así como reglamentar el procedimiento que deben adelantar las entidades del SGSSS, para el manejo de estas en caso de liquidación.⁴⁴

Por último, la resolución que sirve como soporte principal del proyecto, la resolución 3100 del 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.⁴⁵

5.4 Marco contextual

5.4.1 Unidad De Salud Mental Sentirbien.

La Unidad de Salud Mental Sentirbien es una IPS privada de mediana complejidad que presta servicios de hospitalización y cuidado básico de pacientes con enfermedad mental y consumo de sustancias psicoactivas, esta institución cuenta con veintiséis (26) empleados y maneja dos (2) áreas que son: área administrativa y área asistencial, Esta institución se encuentra ubicada en la carretera nacional vía Fonseca en el municipio de Distracción La Guajira.

5.4.2 Reseña histórica.

El proyecto de crear Sentirbien nació en el año 2016, inicialmente el enfoque estaba dirigido hacia la población con problemas de salud mental y sustancias psicoactivas en los municipios de Fonseca, Barrancas y Distracción en el departamento de La Guajira, los cuales presentaban un alto porcentaje de personas con estas enfermedades, las cuales se trasladaban hacia otros departamentos, pero no fue sino hasta el 1 de enero de 2017 que se inauguró y posteriormente, se amplía la cobertura en todo el departamento, convirtiéndose de esta manera, en un centro de referencia regional con servicios de mediana complejidad.

Figura 1. Unidad de Salud Mental Sentirbien.



Debido a la buena aceptación en el mercado por brindar un excelente servicio y el crecimiento de la demanda, se realiza una ampliación de infraestructura con el propósito de mejorar la eficiencia y tener mayor capacidad. Estas mejoras se realizan para aumentar la disponibilidad de camas y brindar una atención más oportuna, y generar así los componentes de equidad e inclusión enunciados en la misión institucional. Para el año 2018, ya se tenían contrato con las tres EPS más importantes del departamento (CAJACOPI, CONFAGUAJIRA y ANASWAYUU), y se dio inicio a un proceso con una

posibilidad real de mejorar las condiciones de vida de todos los usuarios inscritos a estas entidades y la población en general.

De esta forma en 2019 la institución se ubicó a la altura de las mejores clínicas del departamento en tratamiento de enfermedades de salud mental y sustancias psicoactivas, y se convertía en una clínica de primera elección de los usuarios en el sector salud. asimismo, ha sido pionera en el tratamiento de estas enfermedades en el departamento durante 4 años al realizar diagnósticos, tratamientos y procedimientos, con el mejor personal humano, integrado por especialistas y profesionales capacitados.

5.4.3 Visión

La Unidad de Salud Mental Sentirbien, se proyecta para el año 2023 como una institución líder en el departamento de La Guajira, con reconocimiento por su compromiso, profesionalismo, experiencia, contribución del incremento del desarrollo y en la transformación de la realidad social de sus usuarios y sus familias.

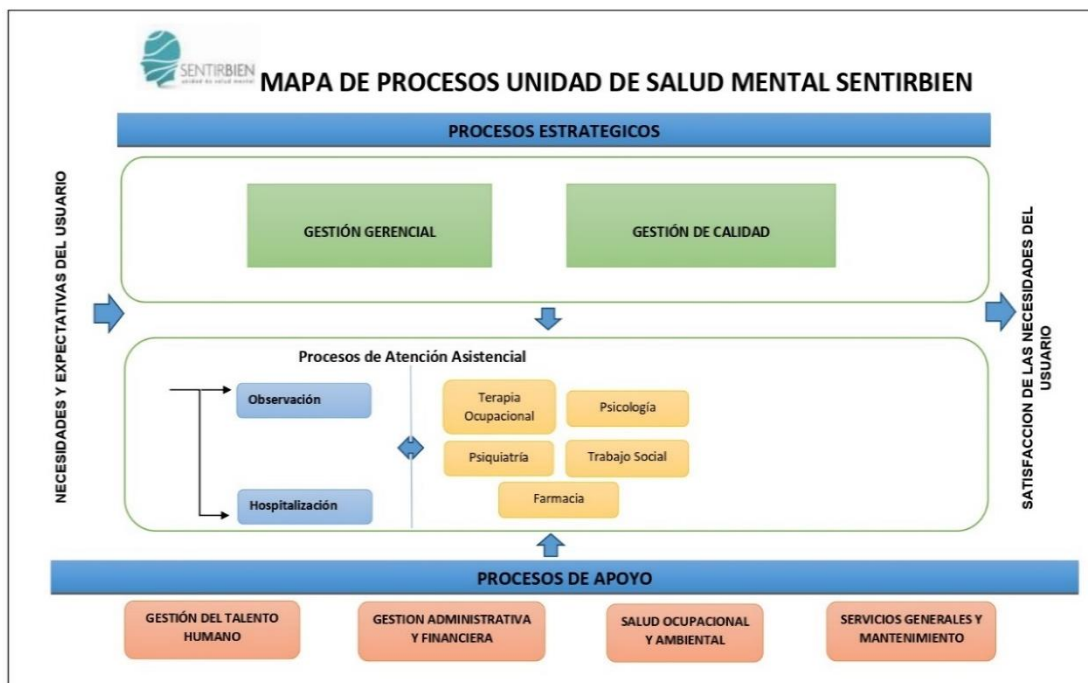
5.4.4 Misión.

La Unidad de Salud Mental Sentirbien, es una institución encargada de tratar y rehabilitar personas con problemas de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, se brinda a estos y a sus familias confianza, seguridad, atención humana y ética; se tiene como prioridad ayudar con la inclusión de los usuarios a la sociedad; de esta forma se contribuye con el desarrollo de la región, el mejoramiento de la calidad de vida de sus colaboradores y la conservación del medio ambiente.

5.4.5 Mapa de procesos.

El siguiente mapa se encuentran los procesos de la organización que marcan su funcionamiento:

Figura 2. Mapa de procesos de Unidad de Salud Mental Sentirbien.



5.4.6 Ventajas competitivas.

En la actualidad la Unidad de salud mental Sentirbien tiene convenio con las EPS Anaswayuu y Cajacopi que le permiten ofrecer diversas ventajas en la prestación de sus servicios de salud. Una de ellas es la disponibilidad las 24 horas del día de agentes certificados, auxiliares, enfermeras y médicos, lo cual genera confianza al usuario y crea un ambiente seguro para el paciente. Además, de lunes a viernes, la institución cuenta con profesionales de psiquiatría y de psicología de lunes a sábado. Otras de las ventajas competitivas con las que cuenta la Unidad son:

- Ofrecer servicios de alta calidad.
- Innovación en procedimientos y terapias, para obtener resultados positivos durante el manejo de la enfermedad.
- Trabajo en equipo con un personal altamente calificado, encargado de brindar todo el apoyo correspondiente durante el proceso de hospitalización.

5.4.7 Servicios habilitados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

A través de la plataforma REPS (Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud), es posible llevar a cabo la verificación del departamento en el que el prestador está habilitado, así como también determinar el municipio correspondiente y el código de identificación de su sede. Es importante señalar que un prestador puede disponer de una o varias sedes, y para este propósito, la plataforma REPS proporciona la capacidad de acceder al número específico de sede, el nombre de la institución, los servicios que se encuentran habilitados y el número distintivo de habilitación.

La Unidad de Salud Mental Sentirbien cuyo número de prestador es él 4409801011, cuenta en la actualidad con ocho (8) servicios habilitados, los cuales son: hospitalización en salud mental, hospitalización en consumo de sustancias psicoactivas, cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas, enfermería, psicología, psiquiatría, servicio farmacéutico y terapia ocupacional, esto se puede evidenciar en la figura 3.

Figura 3. Servicios habilitados en el REPS

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: sábado 24 de febrero de 2024 (2:47 p.m.)

Excel Word Texto

(8) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
La Guajira	DISTRACCIÓN	4409801011	01	UNIDAD DE SALUD MENTAL SENTIRBIEN S.A.S	131 -HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	DHSS0173083
La Guajira	DISTRACCIÓN	4409801011	01	UNIDAD DE SALUD MENTAL SENTIRBIEN S.A.S	135 -HOSPITALIZACIÓN EN CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	DHSS0173084
La Guajira	DISTRACCIÓN	4409801011	01	UNIDAD DE SALUD MENTAL SENTIRBIEN S.A.S	138 -CUIDADO BÁSICO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	DHSS0173085
La Guajira	DISTRACCIÓN	4409801011	01	UNIDAD DE SALUD MENTAL SENTIRBIEN S.A.S	312 -ENFERMERÍA	DHSS0173086
La Guajira	DISTRACCIÓN	4409801011	01	UNIDAD DE SALUD MENTAL SENTIRBIEN S.A.S	344 -PSICOLOGÍA	DHSS0173087
La Guajira	DISTRACCIÓN	4409801011	01	UNIDAD DE SALUD MENTAL SENTIRBIEN S.A.S	345 -PSIQUIATRÍA	DHSS0173088
La Guajira	DISTRACCIÓN	4409801011	01	UNIDAD DE SALUD MENTAL SENTIRBIEN S.A.S	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHSS0173089
La Guajira	DISTRACCIÓN	4409801011	01	UNIDAD DE SALUD MENTAL SENTIRBIEN S.A.S	728 -TERAPIA OCUPACIONAL	DHSS0173090

6. Metodología

La ejecución del presente proyecto permitió la realización de una autoevaluación de las condiciones mínimas de habilitación en la Unidad de Salud Mental Sentirbien, se utilizó como eje referencial el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC) en su componente de Sistema Único de Habilitación (SUH) y de acuerdo a lo definido en las condiciones de capacidad tecnológicas y científicas. En primer lugar, se identificaron los criterios que aplican a los servicios de la Unidad de salud mental Sentirbien, luego se aplicó el instrumento de autoevaluación de los criterios de los siete (7) estándares mínimos obligatorios para todos los servicios y los que aplican a cada servicio. Lo anterior, sirvió como base para proponer y ejecutar un plan de mejoramiento en la institución.

A continuación, se describen los resultados que se obtuvieron como producto de la finalización del proyecto y de acuerdo a lo establecido en cada objetivo específico.

6.1 Identificar los criterios que aplican a la Unidad de salud mental Sentirbien según su nivel de complejidad.

Para la ejecución del presente objetivo se tomó como referencia los siete (7) estándares obligatorios establecidos por el Sistema Único de Habilitación (SUH). Estos estándares son los siguientes: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia. Además, se consideraron los criterios aplicables a cada servicio habilitado.

Una tarea importante para alcanzar el logro de este objetivo consistió en identificar los servicios habilitados por la institución evaluables por medio de la norma. Este paso se ejecutó gracias a la verificación que se efectuó a través de la plataforma REPS.

La identificación de los servicios habilitados se complementó con la información que suministro la institución acerca del estado actual de sus servicios, gracias a la ejecución de entrevistas no estructuradas.

6.2 Aplicar el instrumento de autoevaluación del componente tecnológico y científico de la resolución 3100 de 2019.

Una vez realizada la identificación de los criterios, se procedió a aplicar el instrumento de autoevaluación a los siete (7) estándares mínimos aplicables a todos los servicios, así como los específicos aplicables a cada servicio en particular. Para la aplicación de este instrumento, se utilizó la herramienta que hace parte del anexo técnico del ministerio de salud y protección social, el cual permitió establecer individualmente el cumplimiento o incumplimiento de cada criterio.

En la Figura 4 se puede ver las distintas categorías que contiene la el instrumento de autoevaluación. En la parte superior va incluido el nombre de cada estándar, los cuales están separados uno por cada hoja. Debajo se pueden ver otras categorías como el código del estándar y el criterio que se evaluó, así como su estado.

Figura 4. Lista de chequeo Sistema Único de Habilitación (SUH).

VOLVER A TABLA DE CONTENIDO			
Estandar de Talento Humano			
Criterios	Estado	Comentarios	Instrumento de recoleccion
1. El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.	NC	Se realiza revision detallada de la hoja de vida de los empleados de la institucion y se evidencia registro de títulos y certificados de estudio de todo el personal de salud y otros profesionales. Pero se establece que la institucion incumple este criterio debido a que no cuentan con un profesional de la nutricion y dietetica.	Documental, entrevista.
2. El talento humano en salud cuenta con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción e en el ReTHUS	C	Por medio de una investigacion en la pagina web del Ministerio de salud y Protección Social se evidencia que cada profesional del area asistencial se encuentra inscrito en el ReTHUS.	Documental
3. El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre la oferta y demanda, la oportunidad en la	C	La institucion maneja el talento humano de acuerdo a su capacidad instalada	Documental

◀ ▶ ... Tabla de contenido **Talento Humano** Infraestructura Dotacion Medicamentos... Procesos prioritarios Historia clinica Interdependencia ▶

Para complementar este proceso, se tuvo en cuenta las opciones de la lista desplegable que se encuentra disponible en la columna estado; a) cumple: C, b) no cumple: NC c) no aplica: NA.

Por medio de la columna "instrumentos de recolección" se definió el instrumento que sirvió para obtener dicha información. Los instrumentos definidos en dicha columna son; a) entrevista, b) documental, c) observación.

Finalmente, se integraron las tablas y las gráficas que se muestran en la hoja "consolidado", por las que se definió el nivel de cumplimiento de la institución con respecto a estos criterios.

6.3 Establecer un plan de mejoramiento de acuerdo a los criterios de los estándares que presenten incumplimiento.

Luego de identificar los criterios que aplican a los servicios de la Unidad de salud mental Sentirbien según su nivel de complejidad, se propuso un plan de mejoramiento a la institución que finalmente se ejecutó.

Para la ejecución del plan de mejoramiento se utilizó una matriz de Excel que contiene categorías que facilitaron el abordaje de cada una de las oportunidades de mejoras. La información de esta matriz esta soportada en la herramienta 5W1H en la que se les dio respuesta a cinco preguntas fundamentales, en el (¿Qué?), se detalló el abordaje las oportunidades de mejoras que se intervinieron a través del plan de mejoramiento. En cuanto al apartado "¿Cómo?", se detalla las actividades que se desarrollaron durante la intervención.

La sección "¿Quién?" identifica a las personas responsables de ejecutar dichas actividades. Posteriormente, se estableció un calendario que comprende las fechas de inicio y finalización de cada actividad, esto da respuesta a la pregunta "¿cuándo?". Finalmente, se definieron las áreas que se impactan al concluir cada oportunidad de

mejora, se examinaron los motivos de incumplimiento de los criterios establecidos y se proporcionó una justificación detallada para la ejecución de las acciones planificadas lo cual da respuesta al "¿Por qué?".

Adicionalmente, se utilizaron unas columnas que permitieron identificar las barreras que dificultaban la ejecución exitosa de las actividades del plan de mejoramiento, se detallaron las acciones que se consideraron para superar dichas barreras y se incluyó información relativa a la normativa relacionada con cada una de las oportunidades de mejora.

Por último, se realizaron dos seguimientos, el primero se efectuó durante la oportunidad de mejora con la finalidad de registrar el grado de avance de cada una de ellas y el segundo se ejecutó en la fecha de finalización de las oportunidades de mejora.

7. Resultados

A continuación, se presentan y analizan los resultados obtenidos a través de la autoevaluación del Sistema Único de Habilitación (SUH) de la Resolución 3100 de 2019 en la Unidad de Salud Mental Sentirbien, la segmentación de esta información permite conocer detalladamente los resultados obtenidos por cada objetivo específico.

7.1 Identificar los criterios que aplican a la Unidad de salud mental Sentirbien según su nivel de complejidad.

Para esto se utilizó una tabla de Excel que ilustra la cantidad de criterios que cumplen, los que no cumplen y aquellos que no aplican.

Como se puede evidenciar en la tabla 1, con respecto a los siete (7) estándares obligatorios para todos los servicios, se logró identificar que 158 resultan pertinentes en el contexto de la Unidad de Salud Mental Sentirbien. Esto quiere decir que solo aproximadamente el 36% de ellos son aplicables a ella.

Tabla 1. Identificación de la aplicación de los estándares y criterios obligatorios para todos los servicios.

Estándares y criterios aplicables a todos los servicios	Criterios totales	Aplican	No aplican
TS – Talento Humano	21	5	16
TS – Infraestructura	166	52	114
TS – Dotación	52	20	33
TS – Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	51	38	13
TS – Procesos prioritarios	91	26	65
TS – Historia clínica y registros	50	10	40
TS – Interdependencia	5	4	1
TOTAL	436	155	278

De esta misma forma se pudo identificar la aplicabilidad de los criterios de acuerdo al nivel de complejidad de la Unidad de Salud Mental Sentirbien.

En la tabla 2 se categorizan los servicios habilitados por la institución, así como el grupo al que pertenecen, se pudo identificar 364 criterios, de los cuales 201 fueron de obligatorio cumplimiento en la institución, esto quiere decir que el porcentaje de aplicación de estos criterios corresponde al 55%. Lo anterior, se puede evidenciar mejor por medio del anexo 2.

Tabla 2. Criterios aplicables a los estándares por servicios en Unidad de Salud Mental Sentirbien.

Grupo consulta externa	Criterios totales	Aplican	No aplican
Servicio de consulta externa general	97	26	71
Servicio de consulta externa especializada	39	9	30
Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Criterios totales	Aplican	No aplican
Servicio farmacéutico	38	20	18
Grupo de internación	Criterios totales	Aplican	No aplican
Servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas	104	74	30
Servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas	86	72	14
TOTAL	364	201	163

7.2 Aplicar el instrumento de autoevaluación del componente tecnológico y científico de la resolución 3100 de 2019.

Durante la aplicación del instrumento de autoevaluación, se pudo constatar que algunos criterios que no alcanzaron el nivel de cumplimiento requerido. Al mismo tiempo, se evidencio el cumplimiento satisfactorio de otros criterios tanto en los estándares generales como en los específicos.

Para mayor detalle de los resultados obtenidos con relación a este objetivo mirar el anexo 2 “primera autoevaluación de los servicios”.

La presentación de estos resultados se estructuró de la siguiente forma: En primer lugar, se detallan los resultados de la autoevaluación de los siete (7) estándares mínimos de habilitación obligatorios para todos los servicios y posteriormente, se presentan los

resultados correspondientes a los criterios aplicables a cada servicio, según lo establecido en el Sistema Único de Habilitación de la Resolución 3100 de 2019.

7.2.1 Cumplimiento de los siete (7) estándares mínimos de habilitación obligatorios para todos los servicios.

Luego de la realización de la autoevaluación se exponen los resultados derivados de los siete (7) estándares mínimos de habilitación obligatorios para todos los servicios:

7.2.1.1 Estándar de talento humano.

En el estándar de talento humano se presenta un incumplimiento causado por los criterios 2.3 del estándar de talento humano del servicio de hospitalización en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y por el criterio número 3.3 del estándar de talento humano del servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas.

Estos criterios no hacen posible que se evidencie certificados del profesional en nutrición y dietética tal y como se exige en el criterio número uno (1) del presente estándar.

7.2.1.2 Estándar de infraestructura.

El estándar de infraestructura cumplió con todos los criterios exigibles a excepción del criterio 4 “Las edificaciones donde se presten servicios de salud de urgencias y del grupo de internación, cuentan con tanque de almacenamiento de agua para el consumo humano que garantice como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, calculando con base en el consumo de 600 lt por cama/camilla al día.” Luego de realizarle la observación a la institución, esta pudo cumplir en poco tiempo con este criterio.

7.2.1.3 Estándar de dotación.

En el estándar de dotación se evidencio el incumplimiento de un importante estándar. A pesar de observarse el plan de mantenimiento de equipos biomédicos en donde se registra el cronograma de mantenimiento preventivo definido para cada equipo

biomédico, este cronograma nos permite establecer que desde hace un año no se les realiza calibración a estos equipos.

7.2.1.4 Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.

La institución pudo cumplir a cabalidad con todos los requerimientos contenidos dentro de los criterios del estándar de medicamentos, no se presentaron incumplimientos ni observaciones importantes.

7.2.1.5 Estándar de Procesos prioritarios.

Se revisan todos los procesos prioritarios establecidos en la institución y que exige la norma, y se establece que el estándar de procesos prioritarios incumple tres (3) de los veintiséis (26) criterios que se evaluaron.

El protocolo de higiene de manos esta desorganizado, con tablas y graficas desajustadas, diferentes tipos de letra en el mismo documento y con información correspondiente a otros tipos de servicios. No existe un protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y tampoco el documento que da cuenta de la conformación del equipo institucional para la atención de este tipo de población.

7.2.1.6 Estándar de historias clínicas.

Luego de la revisión de las historias clínicas en el software institucional ATENTO de la Unidad de Salud Mental Sentirbien, se pudo evidenciar que la institución no presenta incumplimientos ni observaciones adicionales sobre mejoras en dicho estándar. El manejo de historias clínicas se realiza conforme a lo establecido en la resolución 1995 de 1999.

7.2.1.7 Estándar de Interdependencia.

No se encontraron hallazgos en el estándar de interdependencia, se pudo verificar que la institución cumple con todos los criterios.

7.2.2 Cumplimiento de los criterios aplicables por cada servicio.

Como resultado de la autoevaluación de los criterios aplicables a cada servicio en específico se pudieron obtener los siguientes resultados:

7.2.2.1 Servicio de consulta externa general.

El servicio de consulta externa general cumple satisfactoriamente con la mayoría de sus estándares. Se establece que los incumplimientos que se encontraron en el servicio de consulta externa, fueron producto de algunos criterios que no se pudieron cumplir en los siete (7) estándares obligatorios.

7.2.2.2 Servicio de consulta externa especializada.

El servicio de consulta externa especializada cumple con todos los criterios exigibles, cumple los requerimientos al tener disponibilidad de profesional de la medicina, enfermería, y auxiliar de enfermería las 24 horas del día. Adicionalmente el especialista en psiquiatría se encuentra disponible cinco (5) días a la semana. Aunque se observaron incumplimientos, estos surgieron debido al no cumplimiento de algunos criterios incluidos en los estándares obligatorios para todos los servicios.

7.2.2.3 Servicio farmacéutico.

En el contexto del servicio farmacéutico, se ha identificado un punto de incumplimiento, concretamente en relación a la ausencia de información visible para el usuario que prohíba la asesoría farmacológica de personal externo al personal médico o químico farmacéutico tratante, por esta razón se determina que el criterio 15.2 del estándar de procesos prioritarios del servicio farmacéutico, se incumple y es necesario intervenirlo lo antes posible.

7.2.2.4 Servicio hospitalización salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Este servicio ha sido identificado como uno de los estándares con un mayor número de incumplimientos. En total, se han registrado cuatro (4) incumplimientos con respecto al Sistema Único de Habilitación (SHU) de la resolución 3100 de 2019. A continuación, se detallan estos incumplimientos:

En primer lugar, se ha constatado la ausencia de un/a profesional de nutrición y dietética, específicamente en el criterio 2.3 del estándar de talento humano del servicio de hospitalización salud mental o consumo de sustancias psicoactivas “Profesional en nutrición y dietética” se exige disponibilidad de este profesional, esto se le informa a la institución para que se le pueda dar solución lo antes posible.

En segundo lugar, se observó que la institución no contaba con muebles de seguridad para el almacenamiento de las pertenencias de los usuarios, La justificación proporcionada por la institución indica que no se permite el ingreso de los elementos anteriormente mencionados en las habitaciones, ya que consideran que representan un riesgo para la seguridad de este tipo de pacientes

En tercer lugar, se ha observado que, aunque existe una minuta de alimentos, no disponen de protocolo de valoración y seguimiento por nutrición, lo cual representa un incumplimiento del criterio 22.10 del estándar de procesos prioritarios del servicio de hospitalización salud mental o consumo de sustancias psicoactivas

Por último, se evidenció la no existencia de un protocolo de Realización de pruebas POCT - rápidas para la detección de sustancias psicoactivas, VIH, hepatitis virales y sífilis, lo cual representa un riesgo para los pacientes y para el personal que las realiza, así como para la institución, el criterio que se incumple es el 22.21 del estándar de procesos prioritarios del servicio de hospitalización salud mental o consumo de sustancias psicoactivas.

7.2.2.5 Servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas.

Este servicio cumple con gran parte de los criterios definidos en este estándar, los consultorios están bien dotados, se dispone de profesionales y auxiliares con una disponibilidad que supera ampliamente las exigencias de la resolución 3100 de 2019. Tanto los consultorios como las habitaciones están apropiadamente equipados y preparados para llevar a cabo las tareas inherentes a los procesos priorizados.

No obstante, al igual que en el servicio de hospitalización salud mental o consumo de sustancias psicoactivas, se incumple el criterio 3.3 que exige la disponibilidad de un profesional de la nutrición y dietética, así como clóset o armarios o casilleros u otros similares, provistos de mecanismos de seguridad que le permita al usuario guardar sus pertenencias.

Resulta pertinente destacar que, en relación al criterio 19.7, referente a los “Elementos de separación entre camas”, la Unidad de salud mental Sentirbien tomo una decisión particular en la institución. Dicha decisión deriva del tipo de paciente que es atendido en las instalaciones. Esta elección se fundamenta en la consideración de que dichos elementos podrían presentar riesgos potenciales, como la posibilidad de autolesiones por parte de los pacientes o incluso poner en peligro a terceros, incluido al personal a cargo.

En conclusión, la autoevaluación que se llevó a cabo en la Unidad de Salud Mental Sentirbien permito constatar que algunos criterios presentaban incumplimientos y a los que cumplían se les agregaron comentarios constructivos con el fin de mejorar sus procesos.

Se comprobó que, en conjunto, se presentaron un total de diecisiete (17) incumplimientos de los 356 criterios evaluados en la Unidad de salud mental Sentirbien. Estos incumplimientos de criterios se manifestaron en los servicios de consulta externa general, el servicio farmacéutico y el Servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas. Específicamente, los mencionados servicios presentaron uno (1), uno (1) y cuatro (4) criterios no cumplidos, respectivamente.

7.2.3 Estado de cumplimiento del Sistema Único de Habilitación de la Resolución 3100 de 2019 en la Unidad de Salud Mental Sentirbien.

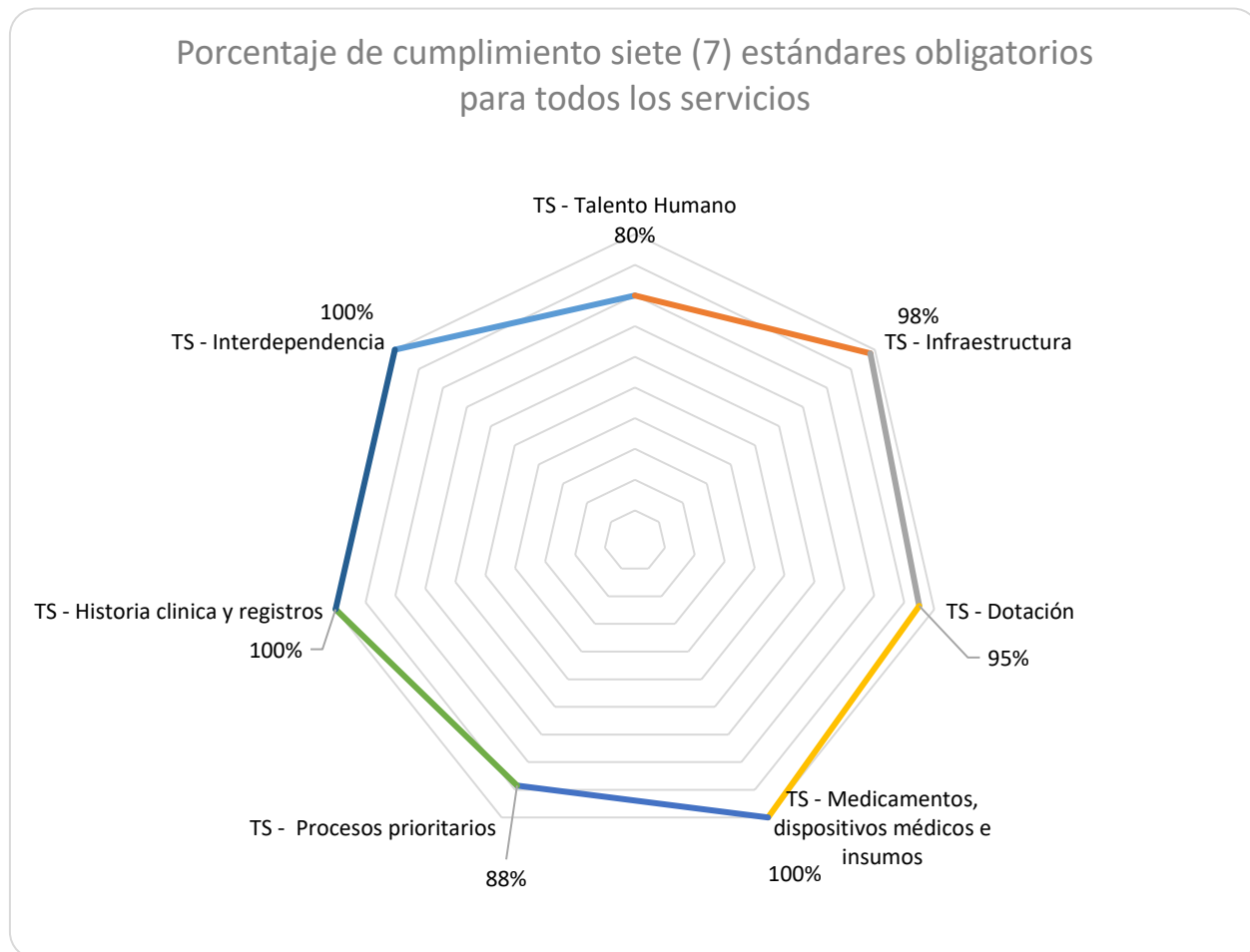
7.2.3.1 Estado de cumplimiento de los (7) estándares obligatorios para todos los servicios.

En virtud de lo expuesto, se ha logrado establecer el nivel de conformidad alcanzado en relación al Sistema Único de Habilitación, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 3100 de 2019, en el entorno de la Unidad de Salud Mental Sentirbien. Los resultados obtenidos se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Estado de cumplimiento de los (7) estándares obligatorios para todos los servicios.

Estándares y criterios aplicables a todos los servicios	Criterios totales	C	NC	NA	Cumplimiento
TS - Talento Humano	21	4	1	16	80%
TS - Infraestructura	166	51	1	114	98%
TS - Dotación	53	19	1	33	95%
TS - Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	51	38	0	13	100%
TS - Procesos prioritarios	91	23	3	65	88%
TS - Historia clínica y registros	50	10	0	40	100%
TS - Interdependencia	5	4	0	1	100%
TOTAL	437	149	6	278	94.5%

Figura 5. Porcentaje de cumplimiento siete (7) estándares obligatorios para todos los servicios



Para el caso de los siete (7) criterios aplicables a todos los servicios, se evaluaron 155 criterios de los 437 que establece la norma, de estos 155 cumplieron todos en su totalidad, aunque cabe resaltar que de estos no aplicaron al contexto de la Unidad de Salud Mental Sentirbien 278.

Se logró determinar que el grado de cumplimiento de estos siete (7) servicios fue de un 94.5%.

7.2.3.1 Estado de cumplimiento de los estándares de habilitación evaluados por servicios.

Por otro lado, gracias a la autoevaluación realizada antes del plan de mejoramiento en la institución, se pudo determinar que algunos de los estándares evaluados por servicios presentaron incumplimientos como lo muestra la tabla 4.

Tabla 4. Estado de cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación evaluados por servicios.

Grupo consulta externa	Criterios totales	C	NC	NA	Cumplimiento
Servicio de consulta externa general	97	23	3	71	88.46%
Servicio de consulta externa especializada	39	6	3	30	66.67%
Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Criterios totales	C	NC	NA	Cumplimiento
Servicio farmacéutico	38	16	4	18	80.00%
Grupo de internación	Criterios totales	C	NC	NA	Cumplimiento
Servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas	104	61	14	29	81.33%
Servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas	86	56	15	14	77.78%
Servicios totales	Criterios totales	C	NC	NA	Cumplimiento
5	364	162	39	162	79%

Las siguientes graficas nos permiten determinar que la Unidad de salud mental Sentirbien no cumple con el 100% de las exigencias de los estándares en los servicios de consulta externa general, el servicio farmacéutico y el Servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas ya que estos presentaron fallas en los criterios.

Figura 6. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación evaluados en los servicios del grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

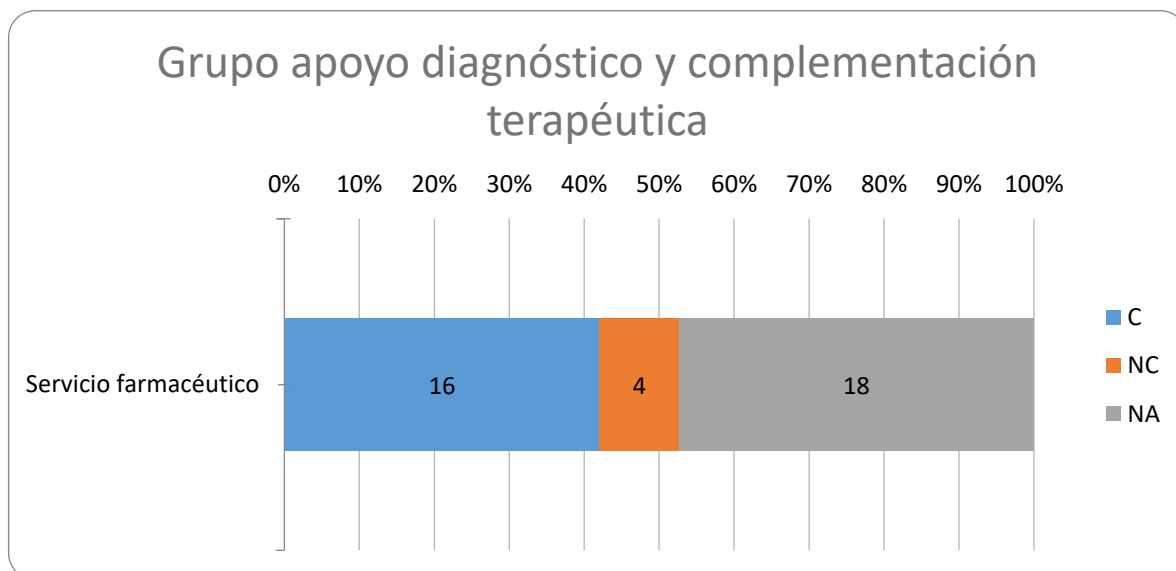


Figura 7. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación evaluados en los servicios del grupo de consulta externa.

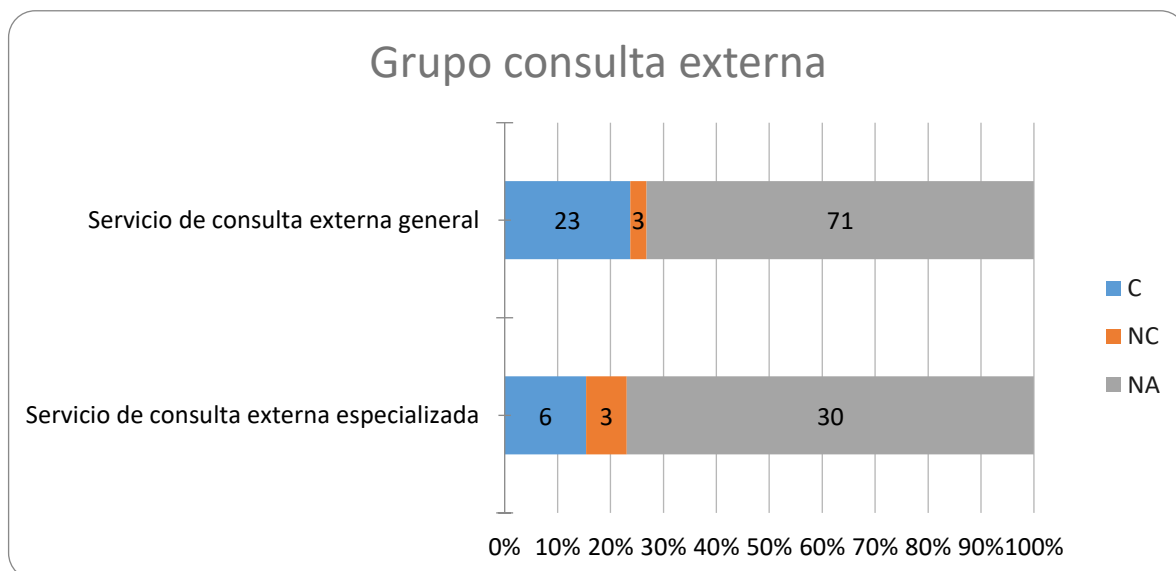
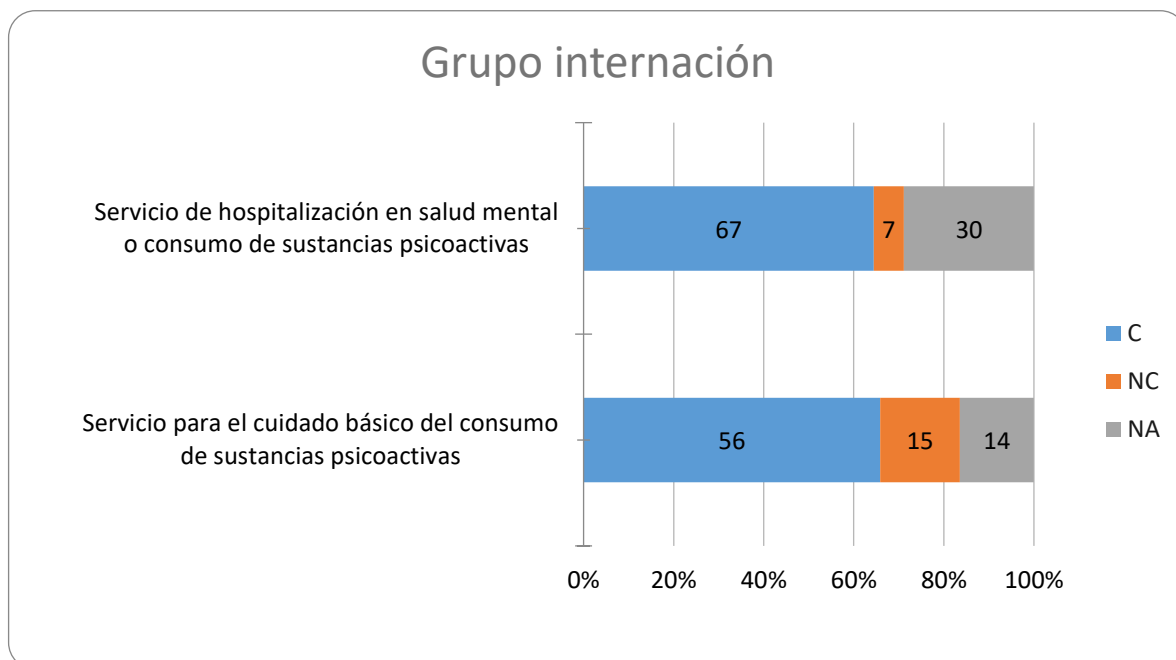


Figura 8. Porcentaje de cumplimiento de los estándares de habilitación evaluados en los servicios del grupo de internación.



7.3 Establecer un plan de mejoramiento de acuerdo a los criterios de los estándares que presenten incumplimiento.

Durante el proceso de evaluación de los estándares mínimos de habilitación del Sistema Único de Habilitación (SUH) de la resolución 3100 de 2019 se diseñó e implementó un plan de mejoramiento con el objetivo de mejorar las falencias relacionadas con cada estándar y criterio. En este plan de mejoramiento se encontraron dieciséis (16) oportunidades de mejora, de las cuales catorce (14) se ejecutaron exitosamente, una (1) quedó en proceso de ejecución y la otra no se pudo ejecutar.

El detalle de la información que respalda al plan de mejoramiento se puede evidenciar en dos archivos Excel; el primero es “plan de mejoramiento” (anexo 3) el cual se diseñó y se ejecutó luego de los hallazgos encontrados en la primera autoevaluación, y la “segunda autoevaluación” (anexo 4) que se realizó luego de haber finalizado el plan de trabajo. Adicionalmente, se levantó un acta por cada socialización que se hizo, lo cual permitió tener un mayor control y organización de las capacitaciones que se llevaron a cabo.

7.3.1 Estándar de talento humano.

En lo que respecta al estándar de talento humano, se logró intervenir los criterios 2.3 del estándar de talento humano del servicio Hospitalización Salud Mental o Consumo de Sustancias Psicoactivas “Disponibilidad de: Profesional en nutrición y dietética.” y el criterio 3.3 del estándar de talento humano del servicio cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas “Disponibilidad de: Profesional de nutrición y dietética”, es decir, la institución no tenía disponibilidad de un profesional en nutrición y dietética, gracias al plan de mejoramiento se contrató a una profesional de esta área para que estuviera disponible cuando la institución la solicite.

El criterio que en efecto se le pudo dar cumplimiento fue el número uno (1) del estándar de talento humano, “El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.”

7.3.2 estándar de infraestructura.

Luego de finalizar el proceso de ejecución del plan de mejoramiento, no se le pudo dar cumplimiento finalmente al criterio número cuatro (4) “Las edificaciones donde se presten servicios de salud de urgencias y del grupo de internación, cuentan con tanque de almacenamiento de agua para el consumo humano que garantice como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, calculando con base en el consumo de 600 lt por cama/camilla al día”. Este criterio incumplía porque no garantizaba la cantidad de agua por día con relación a sus camas que exigía la norma. La institución no podía sobrepasar las barreras financieras que se le anteponían y por ende la compra e instalación de estos tanques no se pudo llevar a cabo.

7.3.3 Estándar de dotación.

El estándar de dotación incumplía el estándar 2.1 “Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, éste último cuando no esté definido por el fabricante.” Para darle cumplimiento a este requisito, se planteó en el plan de trabajo que debería hacerse calibración a todos los equipos biomédicos.

El plan de mejoramiento se ejecutó y se le realizó mantenimiento preventivo a todos los equipos por medio de la empresa Tecnovital, posteriormente se realiza registro en las hojas de vida de cada uno de ellos y se le da cumplimiento al criterio.

7.3.4 Estándar de procesos prioritarios.

Para intervenir las tres (3) deficiencias encontradas en el estándar de procesos prioritarios se creó el protocolo de higiene de manos, este protocolo se encontraba desorganizado, con información correspondiente a otros servicios, con gráficas y tablas desajustadas y se consiguió actualizarlo satisfactoriamente.

También se crea el protocolo de atención a víctimas de violencias sexuales el cual no estaba presente en la institución se encuentran establecidos los lineamientos que deben tener en cuenta los profesionales para brindar atención a cada caso en particular, específicamente este documento indica que acciones se deben desarrollar, el momento oportuno para llevarlas a cabo y el personal responsable de su ejecución.

Para darle finalidad a la gestión documental inherente al estándar de procesos prioritarios, se socializa cada documento con el personal de la institución con el objetivo de generar conocimiento acerca de los principios básicos de la higiene de manos que debe aplicar cada colaborador y las pautas básicas para la atención de pacientes víctimas de violencias sexuales.

La actualización del protocolo de higiene de manos, al igual que el protocolo de atención a víctimas de violencias sexuales, se socializó con todo el personal.

De las dieciséis (16) oportunidades de mejora que se pudieron identificar, seis (6) de ellas fueron a nivel de procesos prioritarios, de las cuales se ejecutaron en su totalidad. Como resultado, se crearon cinco (5) documentos nuevos que se socializaron con el personal correspondiente a cada proceso, de esta forma se facilitara la difusión de las mejoras implementadas y el aseguramiento de la calidad de los servicios.

7.3.5 Consulta externa general.

En este servicio, no se registraron incumplimientos significativos. Es importante destacar que, en su mayoría, se cumplió con los criterios que exigían el cumplimiento de los estándares obligatorios para todos los servicios, a excepción del criterio número ocho (8) de este estándar en particular.

7.3.6 Servicio de consulta externa especializada.

Para el servicio de consulta externa especializada, tampoco se evidenciaron incumplimientos importantes, pero gracias a la intervención de otros criterios, se logra intervenir a otros criterios que exigían el cumplimiento de todos los estándares obligatorios para cada servicio.

7.3.7 Servicio farmacéutico.

Gracias a la intervención en el servicio farmacéutico, Hemos proporcionado a la institución información que permite a los usuarios visualizar y comprender de forma fácil la política que prohíbe a personas ajenas al personal médico tratante ofrecer asesoramiento farmacológico. Como resultado de esta actividad, se han colocado dos (2) carteles informativos, uno en la sala de espera y otro en el consultorio de consulta externa. Solo se tuvieron en cuenta la creación de dos (2) carteles para no generar contaminación visual al usuario.

7.3.8 Servicio de hospitalización salud mental o consumo de sustancias Psicoactivas.

En este servicio se presentaron siete (7) incumplimientos, pero gracias a la ejecución del plan de mejoramiento se pudo contratar a una profesional de nutrición y dietética para estar disponible cuando la institución la necesite. Gracias a la colaboración de esta profesional se creó el protocolo de valoración y seguimiento por nutrición el cual era necesario, puesto que la norma en el criterio 22.10 del estándar de procesos prioritarios del presente servicio “Valoración y seguimiento por nutrición que incluya minuta de alimentos”. En el anexo 8 se puede evidenciar el certificado del ReTHUS de la profesional en nutrición y dietética que la institución contrató para darle cumplimiento a este criterio.

También, gracias a la colaboración del personal médico y de enfermería se crea el protocolo de Realización de pruebas POCT - rápidas para la detección de sustancias psicoactivas, VIH, hepatitis virales y sífilis. Al igual que todos los documentos, este protocolo ya fue socializado con el personal.

Por último, se asignaron algunos armarios para que los usuarios guarden sus pertenencias. Estos armarios solían utilizarse previamente para resguardar las pertenencias del personal de la institución y en pro del cumplimiento de este criterio se decidió destinarlo para el resguardo de las pertenencias de los usuarios.

7.3.9 servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas.

Al igual que el servicio de hospitalización en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, este servicio también exige la disponibilidad de un profesional en nutrición y dietética, como no había disponibilidad de este profesional en la institución, se decide contratar a una nutricionista con la finalidad de tener disponibilidad de ella cuando la institución la necesite.

Se creó el documento de evaluación multidimensional del consumo de sustancias psicoactivas en donde se evaluaron las condiciones médicas que exige la resolución 3100 de 2019 en el criterio 23.3 del estándar de procesos prioritarios en el servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas.

Después de la creación, revisión y aprobación de este documento, se procede a socializar la información con el personal pertinente y se le da cumplimiento a dicho criterio. En el anexo 6 se muestra claramente la capacitación dictada por el médico especialista en psiquiatría a los profesionales colaboradores de la institución con respecto al protocolo de evaluación multidimensional del consumo de sustancias psicoactivas.

Adicionalmente, en estándares anteriores se les pudo dar el debido cumplimiento a los criterios 19.6, 23.12 y 23.14 en donde, se adecuan lockers para el almacenamiento de las pertenencias de los usuarios por fuera de las habitaciones, se crea el protocolo de evaluación y seguimiento por nutrición y se crea el protocolo de Realización de pruebas POCT - rápidas para la detección de sustancias psicoactivas, VIH, hepatitis virales y sífilis.

Para este servicio específico, la institución no se logra el cumplimiento del criterio 19.7, que aborda los "Elementos de separación entre camas". La Unidad de Salud Mental Sentirbien justificó su decisión de no implementar estos elementos, argumentando que representa un riesgo para la seguridad del paciente. Según la institución, es probable que los pacientes puedan utilizar dichos elementos para autolesionarse, además de la posibilidad de que interfieran con la visión de los profesionales encargados de su atención.

8. Discusión

Afrontar las mejoras necesarias en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) plantea desafíos significativos en el marco de un proyecto como este. La limitación de recursos dificulta la intervención y obliga a los profesionales a ser recursivos para cumplir con sus objetivos. También, se debe tener en cuenta lo importante que es utilizar eficientemente el tiempo, por eso una buena planificación es crucial para resolver los problemas que se plantean. Además, es esencial considerar las restricciones en el uso de la información impuestas por los prestadores, que buscan preservar la privacidad e integridad de los datos.

9. Conclusiones

- La colaboración del personal de la Unidad en salud mental Sentirbien fue fundamental en el cumplimiento de cada uno de los objetivos formulados, además de facilitar el uso de la información institucional, siempre se mostraron prestos a colaborar en todas las etapas de este proyecto.
- Aunque se identificaron oportunidades de mejoras en el plan para alcanzar el pleno cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación establecidos por el Sistema Único de Habilitación (SUH) según la Resolución 3100 de 2019, algunas de estas no pudieron implementarse adecuadamente debido a limitaciones económicas de la institución. Sin embargo, se considera que estas herramientas servirán como materia prima para que la institución priorice futuras mejoras para su adecuado funcionamiento.
- En términos prácticos, el proyecto ha resultado ser una herramienta valiosa para la mejora sustancial de la Unidad de salud mental Sentirbien. La evaluación del Sistema Único de Habilitación (SUH) de la resolución 3100 de 2019 permitió la intervención en áreas específicas, para asegurar un nivel óptimo de cumplimiento. Los resultados obtenidos reflejan un impacto positivo en la calidad de la prestación de los servicios de salud. Esto se puede argumentar por el aumento en el porcentaje de cumplimiento que se consiguió luego de la implementación del plan de mejoramiento.
- Durante la autoevaluación de los siete (7) estándares mínimos de habilitación y los criterios aplicables a cada servicio según el Sistema Único de Habilitación de la Resolución 3100 de 2019 en la Unidad de Salud Mental Sentirbien, se evidenció un porcentaje de cumplimiento del 94.5% en los estandartes obligatorios para todos los servicios y del 79% para los estándares evaluados por cada servicio aplicable a la Unidad de salud mental Sentirbien.

- Luego de la implementación del plan de mejoramiento, se logra un cumplimiento del 99.7% en los estándares obligatorios para todos los servicios y del 95% en los estándares aplicables para cada servicio.

10. Recomendaciones

- Terminar el proceso de compra e instalación de los tanques para el almacenamiento de agua, esta mejora asegura el provisionamiento continuo de este recurso a la institución, lo que le permitirá atender situaciones de emergencia, mantener condiciones óptimas de higiene y saneamiento y cumplir con las exigencias normativas.
- Se recomienda a la Unidad de salud mental Sentirbien establecer un plan de auditoría que le permita evaluar la calidad de los servicios prestados por parte de las empresas que apoyan la interdependencia institucional con el fin para garantizar la calidad, la eficiencia y la gestión operacional.
- Se sugiere Implementar la adopción de elementos de separación entre camas en algunas habitaciones en donde solo pueden ingresar pacientes que el profesional de la medicina especialista en psiquiatría considere que estos no representan un peligro para su seguridad.
- Iniciar un proceso de referenciación con otras instituciones de salud que dentro de su portafolio se encuentren los servicios de hospitalización salud mental o consumo de sustancias Psicoactivas y cuidado básico del consumo de sustancias psicoactiva. Lo anterior con la finalidad de brindar herramientas a la institución que le permitan dar cumplimiento a los criterios definidos por cada estándar.
- Realizar un estudio de costos para la adquisición e instalación de tanques de almacenamiento de agua que garanticen el suministro de este líquido las 24 horas del día para todos sus pacientes.
- Realizar la calibración de sus equipos biomédicos con un periodo mínimo de tres meses.

Referencias bibliográficas

1. Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., Tobar S. Sistemas de Salud en Suramérica [Internet]. ISAGS, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 2012. 8-80. [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[8\]ling\[2\]anx\[9\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[2]anx[9].pdf)
2. García Cabrera HE., Díaz Urteaga P, Ávila Chávez D, Cuzco Ruiz MZ. La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. An. Fac. med. [Internet]. 2015; 76(spe): 7-26. [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000100002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.10966>.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas [Internet] [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
4. Hoyos O, Ambos R. Requerimientos técnicos – científicos para crear un simulador que permita establecer la medición de avances de habilitación según la resolución 3100 del 2019 [Trabajo para optar por el título de Especialista en Auditoría en Salud] Pereira: Fundación Universitaria del Área Andina; 2021.
5. Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto número 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. [Consultado 2023 May 03] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%20006.pdf
6. Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto número 780 de 2016 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social [Internet]. [Consultado 2023 May 03] Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

7. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución número 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. [Internet] [Consultado 2023 May 03] Disponible en: <https://www.saludpereira.gov.co/medios/resolucion-3100-de-2019.pdf>
8. Vivas M. Supersalud amplia medida de vigilancia especial a Comparta EPS, Dusakawi y Comfasucre [Internet] [Consultado 2023 May 03] Disponible en: <https://consultorsalud.com/vigilancia-especial-a-comparta-eps-dusakawi/>
9. Naranjo P. Cierran otra importante clínica en Cali por quejas de sus usuarios [internet] [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: <https://www.infobae.com/colombia/2023/09/12/cierran-otra-importante-clinica-en-cali-por-quejas-de-sus-usuarios/#:~:text=El%207%20de%20septiembre%20se,salud%20exigidos%20en%20esas%20%C3%A1reas.>
10. Rico S. Supersalud abrirá sede permanente en La Guajira para atender peticiones de la región [Internet] [Consultado 2023 May 03] Disponible en: <https://consultorsalud.com/supersalud-abrira-sede-la-guajira-regional/>
11. Kerguelén C. Calidad en salud en Colombia: Los principios [Internet] [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>
12. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente [Internet] [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
13. Bautista L. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Ciencia y Cuidado [Internet] 2016;13(1):5-8. [Consultado 2024 Feb 28] Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/731>

14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud [Internet] [Consultado 2023 Jun 11] Disponible en: <https://www.paho.org/es/eventos/mejorar-calidad-atencion-prestacion-servicios-salud#:~:text=de%20Salud%20P%C3%BAblica,-,La%20calidad%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20la%20prestaci%C3%B3n%20de%20servicios,y%20acceso%20equitativo%20como%20atributos.>
15. Peiró R. Calidad: Qué es y los tipos que hay [Internet] [Consultado en 2023 Jun 11] disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/calidad-2.html#:~:text=La%20calidad%20es%20una%20propiedad,que%20provoca%20en%20un%20sujeto.&text=La%20calidad%20es%20la%20propiedad,percepci%C3%B3n%20de%20quien%20la%20analiza.>
16. González E JL, Martínez TE, De Armas MP. Evaluación de la calidad percibida en los servicios de atención al adulto mayor. RILCO DS Rev Desarro sustentable, Negocios, Emprend y Educ. [Internet] 2021;(21): 55-16 [Consultado en 2024 Feb 27] Disponible en: <https://www.eumed.net/es/revistas/rilcoDS/21-julio2021/atencion-adulto-mayor>
17. León-Ramentol CC, Menéndez-Cabezas A, Rodríguez-Socarrás IP, López-Estrada B, García-González MC, Fernández-Torres S. Importancia de un sistema de gestión de la calidad en la universidad de ciencias médicas. AMC [Internet]. 2018;22(6): 843-857. Dic [Consultado 2023 mayo 05] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600843&lng=es.
18. Argentina.gob.ar. Garantía de Calidad de la Atención Médica [Internet] [Consultado en 23 / 11 / 16] Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica>
19. Zapata C. Sistemas de gestión de calidad y aplicación en los servicios hospitalarios de salud pública del Ecuador [Internet] [Consultado 2024 Ene 11] Disponible en: <https://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3674.>
20. Colombia. Ministerio de la Salud y Protección Social. Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGC [Internet] [Consultado 2024 Ene 14] Disponible en: https://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

21. Acreditaciones en salud. ¿Qué es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia? [Internet] [Consultado 2023 Nov 20] Disponible en: [https://acreditacionensalud.org.co/preguntas-frecuentes/que-el-sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad-de-atencion-en-salud-sogc-del-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud-en-colombia/#:~:text=100%20de%201.993.-,El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa%20de%20Calidad%20\(SOGC\)%20fue%20reglamentado,1011%20del%202006%2C%20actualmente%20vigente.](https://acreditacionensalud.org.co/preguntas-frecuentes/que-el-sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad-de-atencion-en-salud-sogc-del-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud-en-colombia/#:~:text=100%20de%201.993.-,El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa%20de%20Calidad%20(SOGC)%20fue%20reglamentado,1011%20del%202006%2C%20actualmente%20vigente.)
22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) [internet] [Consultado 2022 Feb 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx#:~:text=El%20Sistema%20Obligatorio%20de%20Garant%C3%ADa,servicios%20de%20salud%20del%20pa%C3%ADs.>
23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Único de Habilitación [Internet] [Consultado 2022 Feb 22] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
24. Colombia Ministerio de la Protección Social. ABC en habilitación. 2014 [Internet] [Consultado 2022 Feb 22]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abc-habilitacion-prestadores.pdf>
25. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción. Bogotá: El ministerio; 2019.
26. Patón Villar F, Lorente Granados G, Fernández-Lasquetty B, Hernández Martínez A, Escot Higuera S, Quero Palomino MA et al. Plan de mejora continua en prevención-tratamiento de úlceras por presión según el ciclo de Deming. Gerokomos [Internet]. 2013;

24(3): 125-131. Sep. [Consultado 2023 Nov 20] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300006&lng=es. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300006>.

27. Trías M, Gonzales P, Fajardo S, Flores L. Las 5 W + H y el ciclo de mejora en la gestión de procesos. Innotec Gestión [Internet] 2009; 1:20-6. [Consultado 2023 Nov 20] Disponible en: https://catalogo.latu.org.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=407

28. Colombia. El Congreso de la República. Ley 9 de 1979, julio 16 Por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Bogotá: el ministerio; 1979.

29. Colombia. El Congreso de la República. Resolución número 14861 de 1985, octubre 4 Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos. Bogotá: el ministerio; 1985.

30. Colombia. El Congreso de la República. Ley 10 de 1990, enero 24 Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el ministerio; 1990.

31. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de Colombia 1991. Bogotá: Corte Constitucional; 1991.

32. Colombia. El Congreso de la República. Ley 100 de 1993, diciembre 23 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el ministerio; 1993.

33. Colombia. El Congreso de la República. Resolución número 8430 de 1993, octubre 4 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: el ministerio; 1993.

34. Colombia. El Congreso de la República. Resolución número 4445 de 1996, diciembre 2 Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. Bogotá: el ministerio; 1996.

35. Colombia. El Congreso de la República. Resolución número 1995 de 1999, julio 8 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá: el ministerio; 1999.

36. Colombia. El Congreso de la República. Resolución número 4725 de 2005, diciembre 26 por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano. Bogotá: el ministerio; 2005.
37. Colombia. El Congreso de la República. Decreto 1011 de 2006, abril 3 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: el ministerio; 2006.
38. Colombia. El Congreso de la República. Resolución 1043 de 2006, abril 3 Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el ministerio; 2006.
39. Colombia. El Congreso de la República. Ley 1122 de 2007, enero 9 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el ministerio; 2007.
40. Colombia. El Congreso de la República Ley 1164 de 2007, octubre 3 Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Bogotá: el ministerio; 2007.
41. Colombia. El Congreso de la República. Resolución 2003 de 2014, mayo 28 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: el ministerio; 2014.
42. Colombia. El Congreso de la República. Ley 1751 de 2015, febrero 16 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el ministerio; 2015.
43. Colombia. El Congreso de la República. Decreto 780 de 2016, mayo 6 Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: el ministerio; 2016.
44. Colombia. El Congreso de la República. Resolución 839 de 2017, marzo 23 Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: el ministerio; 2017.

45. Colombia. El Congreso de la República. Resolución 3100 de 2019, noviembre 25 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Bogotá: el ministerio; 2019.

Anexos

Anexo 1. Anexo técnico del ministerio de salud y protección social (Archivo Excel)

Anexo 2. Primera autoevaluación de los servicios (Archivo Excel)

Anexo 3. Plan de mejoramiento (Archivo Excel)

Anexo 5. Segunda autoevaluación de los servicios (Archivo Excel)

Anexo 4. Autorización de la Unidad de Salud Mental Sentirbien

Distracción, 31 de julio de 2023



Dr.
ELKIN RAMÍREZ RAVE
Director del programa de Administración en Salud: Gestión de los servicios
Medellín – Antioquia

Reciba un cordial saludo por parte del equipo Administrativo de la Unidad de Salud Mental Sentirbien. En virtud de la presente, nos dirigimos a usted como representante de la Universidad de Antioquia con el fin de formalizar la autorización para que el estudiante Germán David Solano Camargo, realice dentro de nuestra institución su proyecto de investigación

Nos complace informar que hemos evaluado detenidamente la propuesta del proyecto presentada por el estudiante y consideramos que el tema y los objetivos propuestos son de gran interés para nosotros. Después de un riguroso análisis, damos la autorización para que el proyecto se lleve a cabo en nuestras instalaciones, reconociendo que este pueda tener un impacto positivo en el mejoramiento de nuestros servicios.

Esperamos que esta colaboración sea fructífera para ambas partes. Estamos seguros que los resultados obtenidos a partir de este proyecto contribuirán al enriquecimiento y conocimiento del estudiante.

Quedamos a su disposición para cualquier información adicional.

Atentamente,



CARLOS ALBERTO DAZA MERA
AUDITOR DE CALIDAD
calidad.sentirbien@gmail.com
300-409-1077
Carretera nacional km 1 vía a Fonseca
@sentirbienusm

Distracción
carretera nacional km1
Vía a Fonseca
Teléfono: 3007889403
E-mail : sentirbienusm@gmail.com

Anexo 6. Evidencias fotográficas de socialización de protocolos

Durante el desarrollo de la autoevaluación de los estándares mínimos de habilitación contenidos en la resolución 3100 de 2019 se socializaron algunos documentos. Algunos de ellos ya existían en la institución, pero presentaban irregularidades, esto llevo a que se actualizarán y se socializaran, mientras que en otros casos no se evidenciaba la existencia de ellos y se crearon desde cero.

Independientemente que algunos de estos documentos fueran actualizados o creados, se socializo con el personal que se encontraba involucrado en los procedimientos descritos en estos protocolos. Para soporte de estas capacitaciones se anexan las siguientes evidencias fotográficas:

1. Socialización del protocolo de atención a víctimas de violencias sexuales.



2 Socialización del protocolo de valoración y nutrición y dietética.



3 Socialización del protocolo de realización de pruebas POCT - rápidas para la detección de sustancias psicoactivas, VIH, hepatitis virales y sífilis.



4 Socialización del protocolo de evaluación multidimensional del consumo de sustancias psicoactivas.




5 Socialización del protocolo de higiene de manos.







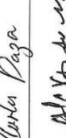
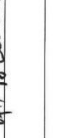

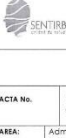
Anexo 7. Actas de asistencia a socialización de protocolos


1. Acta de asistencia a capacitación de protocolo de evaluación multidimensional.

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
		Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01	
				Página 3 de 4	

TEMA: _____ RESPONSABLE: _____

FECHA: _____

No.	Nombre y apellidos	Correo Electrónico	Teléfono	Cargo	Firma
1	Daniela Coronado Pealla	Aymapeez@gnmail.com	3114011943	Psicóloga C	
2	Alia Olivo Padua	liolivo16@cl.com.ec	012634430	Empresaria	
3	Gregory Caceres	gubereib@hotmail.com	042463504	Médico	
4	Sandra Fernández H.	sandrafm96@hotmail.com	0725553800	Tarapicador	
5	Alexandra Quintana	alextraqg2@gmail.com	0152507074	Enfermera	
6	Isabelyn Torres Guezo	isabelyn@sentirbien.com	301735464	Médico	
7	Berta Albañal Rojas Vera	berita@sentirbien.com	3004441077	A. Calidad	
8	Alexandra Coronado Pealla	alexpeez@gnmail.com	3114011943	Psicóloga C	
9					
10					

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
		Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01	
				Página 2 de 4	

ACTA DE CAPACITACIÓN


ACTA No:	FECHA:	HORA INICIO:	LUGAR:
	05/12/2023	2:30 PM	Sala de reuniones
AREA:	Administrativa - Asistencial		
		TERMINACIÓN:	3:30 PM

OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN: Socializar al personal asistencial el protocolo de evaluación multidimensional

RESPONSABLE (S) DE LA CAPACITACIÓN: Alex Sandro Mindiola
Daniela Coronado Pealla

SOCIALIZACIÓN DE TEMAS:	DICTADA POR:
1. Valoración inicial por el equipo terapéutico	Alex Sandro Mindiola
2. Programas de intervención	Daniela Coronado Pealla
3. Egreso y seguimiento	Alex Sandro Mindiola

BREVE RESUMEN DE LOS TEMAS TRATADOS: En el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, son frecuentes las fallas terapéuticas y los recaídas. Se han detectado tres grupos de factores predictores de recaídas, relacionados con los antecedentes (sociodemográficos, historia de consumo, historia dietética, salud mental); con el tratamiento (procedimientos, duración, ajuste al tratamiento); y con el post-tratamiento (situaciones de riesgo, apoyo social, estados emocionales). Por lo previamente expuesto, surge la necesidad de replantear el abordaje y los tratamientos ofrecidos a los pacientes con uso problemático de sustancias psicoactivas. Dirigidos a diagnosticar y tratar sus problemas de salud y de otros ámbitos causados por el consumo de drogas y a optimizar el desempeño personal y social; incorporar servicios de educación, intervención temprana asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, seguimiento post-tratamiento e inserción social.


		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
		Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01	
				Página 2 de 4	

CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN: La capacitación del personal asistencial en el protocolo de evaluación multidimensional para tratar trastornos por consumo de sustancias ha logrado una comprensión integral de factores predictores de recaídas. Se identificó tres grupos de factores: antecedentes, tratamiento y post-tratamiento. Esto subraya la necesidad de replantear el abordaje terapéutico, centrándose en el diagnóstico integral, el tratamiento de problemas de salud y la optimización del funcionamiento personal y social. La implementación del protocolo, que abarca educación, intervención temprana, tratamiento, prevención de recaídas y seguimiento post-tratamiento, apunta a una atención más completa y continua, mejorando así los resultados terapéuticos y la calidad de vida de los pacientes.







COMPROMISOS			
No.	TAREA / ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LIMITE DE ENTREGA
1	Realizar auditorías de historias clínicas para verificar la presencia de evaluaciones multidimensionales en las intervenciones realizadas por los profesionales de Psicología y Psicólogo.	Cerente	Indefinido
2			
3			


Para mayor constancia se firma en la ciudad de _____ a las _____ del día _____ mes _____ año _____, los asistentes a la socialización:

2. Acta de asistencia a capacitación de protocolo de atención integral a víctimas de violencias sexuales.

	ACTA DE CAPACITACIÓN	Código: AC-ACT-01
Fecha de Aprobación: 23/06/2017	Versión: 01	Página 4 de 4

TEMA: _____
FECHA: _____ RESPONSABLE: _____

No.	Nombre y apellidos	Correo Electrónico	Teléfono	Cargo	Firma
11	Gustavo García C.	gustavo.garcia@sentirbien.com	3043063344	Médico	
12	KATHERIN Solano G.	katherin.solano@sentirbien.com	3012534378	ANX. ENF KATHERIN S.	
13	Cecilia Fernández H.	cecilia.fernandez@sentirbien.com	3025353800	T. Cooperación Sentirbien	
14	Alexandra Dujeno.	alexandra.dujeno@sentirbien.com	3152003079	Enfermera Alex	
15	Juelyn Piro Becerra	juelyn.piro@sentirbien.com	302354204	Nedico Juelyn	
16	Carla Alicia Daza Mon	carla.alicia.daza@sentirbien.com	3004947077	A. Calidad Carla Daza	
17					
18					
19					

	ACTA DE CAPACITACIÓN	Código: AC-ACT-01
Fecha de Aprobación: 23/06/2017	Versión: 01	Página 1 de 4

ACTA DE CAPACITACIÓN

ACTA No.:	FECHA: 27/10/2023	HORA INICIO: 2:30 PM	LUGAR: Sala de reuniones
		TERMINACIÓN: 3:30 PM	

ÁREA: Administrativa - Asistencial


OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN: Capacitar al personal sobre la actualización del Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

RESPONSABLE (S) DE LA CAPACITACIÓN: Daniela Coronado











SOCIALIZACIÓN DE TEMAS: DICTADA POR: Daniela Coronado


- Objetivos
- Pasos fundamentales en la atención de víctimas de violencia sexual
- Síntesis del proceso en la atención de la violencia sexual por el sector salud

BREVE RESUMEN DE LOS TEMAS TRATADOS: Brindar al personal asistencia una herramienta metodológica y conceptual con los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos de las víctimas. La atención que brindamos como institución en estos eventos tendrá que garantizar un trato digno que contará además con unos procedimientos acordes a nuestra competencia.

	ACTA DE CAPACITACIÓN	Código: AC-ACT-01
Fecha de Aprobación: 23/06/2017	Versión: 01	Página 3 de 4

TEMA: _____
FECHA: _____ RESPONSABLE: _____

No.	Nombre y apellidos	Correo Electrónico	Teléfono	Cargo	Firma
1	Andrés Aucelo Hernández	andres.aucelo@sentirbien.com	3014496830	Facilitador	
2	Milagros Toledo PNB	milagros.toledo@sentirbien.com	3124801921	Aux. cont.	
3	Armando Fuentes	armando.fuentes@sentirbien.com	3216954630	Asesoramiento	
4	Polisma Solano D.	polisma.solano@sentirbien.com	3046788806	Trabajo Social	
5	Rebeca Juarez Amador	rebeca.juarez@sentirbien.com	3019516195	Asesora	
6	Van Hilda Amalia Camargo	vanhilda.camargo@sentirbien.com	3202369656	Agente	
7	Daniela Coronado Peralta	daniela.coronado@sentirbien.com	3114011943	Psicóloga C.	
8	Mallalis Píndola	mallalis.pindola@sentirbien.com	3012663141	S.P.	
9	Juz Miano Paragale Truj	juzmiano@sentirbien.com	3151092907	Médico	
10	Alia Ocho Herrera	alia.ocho@sentirbien.com	3012624430	Enfermera	


	ACTA DE CAPACITACIÓN	Código: AC-ACT-01
Fecha de Aprobación: 23/06/2017	Versión: 01	Página 2 de 4

CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN: Por medio de esta capacitación se proporcionó orientación sobre procedimientos estandarizados y que se deben tener en cuenta a la hora de atender algún paciente que haya sido víctima de violencia sexual, se hizo mayor énfasis en el proceso de referencia y contra referencia al remitir a pacientes a otras instituciones, la confidencialidad de la información, la no revictimización y los aspectos inclusivos asociados con este tipo de situaciones.

COMPROMISOS			
No.	TAREA / ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LIMITE DE ENTREGA
1	Articular guías y reglamentos relacionados con la toma de pruebas, tratamiento adecuado y acciones de protección para garantizar la integridad de la atención y la restitución de derechos de las víctimas.	Psicóloga clínica	Indefinido
2	Poner en marcha el funcionamiento de la ruta intersectorial, articulando el sector salud con protección y justicia para garantizar la restitución de derechos de las víctimas.	Psicóloga clínica	Indefinido
3			


Para mayor constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ del día _____ mes _____ año _____, los asistentes a la socialización:

3. Acta de asistencia a capacitación de protocolo de higiene de manos

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01		Página 3 de 4	

MA: _____
CHA: _____ RESPONSABLE

No.	Nombre y apellidos	Correo Electrónico	Teléfono	Cargo	Firma
1	Andrés Ancho Argumedo	andresancho@sentirbien.com	301 419 6030	Facultador	[Firma]
2	Yolimar Solano	ymarsolano@gmail.com	3046 788846	Tribunador	[Firma]
3	Xon Xico Amaya Camargo	xonxico@sentirbien.com	324 736 9656	Agente	[Firma]
4	Andrés Quispe Amaya	andresquispe@sentirbien.com	301 9516175	Asistente	[Firma]
5	Milagro Toledo Pinto	milagrotoledo@sentirbien.com	312 801424	Asistente	[Firma]
6	Yemilín Díaz Corral	yemilindiaz@sentirbien.com	300 836 0582	Asistente	[Firma]
7	Amanda Fuentes	amandafuentes@sentirbien.com	321 695 4530	Asistente	[Firma]
8	Daniel Coronado Perillo	danielcoronado@sentirbien.com	3114011945	Psicólogo	[Firma]
9	Hailolis Pineda	hailolis@sentirbien.com	3012663141	S.O.S.	[Firma]
10	Ala Clío Madro	alamadro@sentirbien.com	3152634430	Enfermera	[Firma]

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01		Página 1 de 4	

ACTA DE CAPACITACIÓN

ACTA No.	FECHA:	HORA INICIO:	TERMINACIÓN:	LUGAR:
	27/10/2023	2:30 PM	3:30 PM	Sala de reuniones

AREA: Administrativa - Asistencial


OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN: Socializar la actualización del protocolo de higiene de manos al personal de asistencia, con el objetivo de prevenir la transmisión de infecciones y garantizar la seguridad tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes.

RESPONSABLE(S) DE LA CAPACITACIÓN: Mariana Barriouevio

SOCIALIZACIÓN DE TEMAS:

1. Educación y Concientización	Dictada por: Mariana Barriouevio
2. Técnica Adecuada de Lavado de Manos	Mariana Barriouevio
3. Frecuencia y Momentos Clave	Mariana Barriouevio

BREVE RESUMEN DE LOS TEMAS TRATADOS: Durante la socialización del protocolo de higiene de manos, se enfatizaron las prácticas clave para prevenir infecciones en entornos clínicos, con el objetivo principal de garantizar la seguridad de personal y pacientes. Se destacó la importancia de seguir procedimientos estándar para la higiene de manos, subrayando su papel esencial en la reducción de la propagación de patógenos. Este protocolo no solo busca prevenir infecciones nosocomiales, sino que también promueve un ambiente seguro y saludable. La adherencia rigurosa a estas prácticas contribuirá significativamente a la protección y promoción de la salud en el entorno hospitalario.

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01		Página 4 de 4	

TEMA: _____
FECHA: _____ RESPONSABLE

No.	Nombre y apellidos	Correo Electrónico	Teléfono	Cargo	Firma
11	Luz Patricia Miranda Pineda	luzmiranda@gmail.com	315 509 2907	Médico	[Firma]
12	Emelyna Barco C.	emelyna@sentirbien.com	314 396 3594	Médico	[Firma]
13	KATHERIN SOLANO G.	katherin@sentirbien.com	3012534538	Asistente	[Firma]
14	Sandra Fernández H.	sandrafernandez@sentirbien.com	3015353800	Asistente	[Firma]
15	Alexandra Quintana	alexandraquintana@sentirbien.com	315 250 7011	Enfermera	[Firma]
16	Jocelyn Torres Quintero	jocelyntorres@sentirbien.com	312 253 2004	Médico	[Firma]
17	Carla Alberto Raga Roca	carlaalberto@sentirbien.com	300 499 1077	Asistente	[Firma]
18	Ala Clío Madro	alamadro@sentirbien.com	31 526 3443	Enfermera	[Firma]
19					

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01		Página 2 de 4	

CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN: La socialización del protocolo de lavado de manos en nuestra institución representa un paso significativo hacia la promoción de prácticas de higiene efectivas. Al abordar aspectos como la técnica adecuada, la frecuencia, y el acceso a instalaciones bien equipadas, estamos fortaleciendo la base para prevenir la transmisión de infecciones. La educación continua del personal y el énfasis en el cumplimiento respaldan la creación de una cultura de higiene sólida. Este protocolo no solo protege la salud de nuestro equipo médico, sino que también garantiza un ambiente seguro para nuestros pacientes.

COMPROMISOS			
No.	TAREA / ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LIMITE DE ENTREGA
1	Adherencia semestral al protocolo de lavado e higiene de manos.	Auditor de Calidad	Indefinido
2			
3			
4			

Para mayor constancia se firma en la ciudad de _____ a las _____ del día _____ mes _____ año _____ los asistentes a la socialización:

4. Acta de asistencia a capacitación de protocolo de evaluación y seguimiento por nutrición.

ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01
Página 3 de 4		

ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01
Página 2 de 4		

TEMA: _____

FECHA: _____

RESPONSABLE

No.	Nombre y apellidos	Correo Electrónico	Teléfono	Cargo	Firma
1	José Manuella Miranda	luzmanmnd@gmail.com	315 1092 907	Médico	
2	Lilva Olivo Roldán	lilvaluo16@iebol.edu.ec	0160651430	Enfermera	
3	Georgette Escobar	georgetteescobar@iebol.edu.ec	246345544	Médica	
4	Alexandra Churruarín	alexandra.churruarin@iebol.edu.ec	311 250 7074	Enfermera	
5	Juelin Jara Guevara	juelin.jara@iebol.edu.ec	304235424	Médico	
6	Carola Floriberto Páez Mora	carola.floriberto@iebol.edu.ec	300 49 0707	A. Calidad	
7					
8					
9					
10					

ACTA DE CAPACITACIÓN

Fecha de Aprobación: 23/06/2017 Versión: 01

Código: AC-ACT-01

LUGAR: Sala de reuniones

ACTA No. _____ FECHA: 20/12/2023 HORA INICIO: 2:30 PM HORA TERMINACIÓN: 3:30 PM

ÁREA: Administrativa - Asistencial

OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN: Socialización del protocolo de evaluación y seguimiento por nutrición.

RESPONSABLE(S) DE LA CAPACITACIÓN: Génesis Reales

SOCIALIZACIÓN DE TEMAS: DICTADA POR: Génesis Reales

1. Valoración del estado nutricional. Génesis Reales

2. Profesionales implicados. Génesis Reales

3. Seguimiento nutricional completo. Génesis Reales

BREVE RESUMEN DE LOS TEMAS TRATADOS: VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL: Se dispone de varias métodos para valorar el estado nutricional, sin embargo, no existe por el momento un marcador único de aceptación universal, por tanto, debemos centrarnos a aquel sistema que nos permita realizar la valoración del modo más rápido, fácil y eficaz.

PROFESIONALES IMPLICADOS: Nutricionista, Enfermera, Médico general

SEGUIMIENTO NUTRICIONAL COMPLETO: Una vez realizada la valoración nutricional del paciente, e iniciadas las intervenciones correspondientes en función de su situación clínica

ACTA DE CAPACITACIÓN

Fecha de Aprobación: 23/06/2017 Versión: 01

Código: AC-ACT-01


y requerimientos nutricionales, se considera esencial hacer un adecuado seguimiento de dichas intervenciones, para evaluar la efectividad y llevar a cabo el mantenimiento de la intervención, modificaciones o finalización de esta. El seguimiento debe asegurar la cobertura continua de las necesidades nutricionales del paciente, la adaptación en caso de que éstas cambien, y resolver los problemas que puedan producirse durante el tratamiento. Deben establecerse los objetivos a corto y largo plazo, y realizarse un seguimiento hasta que la nutrición artificial sea suspendida. Es recomendable hacer un registro con los valores iniciales, modificaciones de estos tras la intervención, así como las complicaciones y aspectos de interés observados de las revalores y modificaciones relevantes, complicaciones observadas y otros aspectos de interés.

CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN: Al concluir el protocolo de evaluación y seguimiento por nutrición destaca la importancia de una valoración nutricional eficiente, recomendando la colaboración clave de profesionales como nutricionistas, enfermeras y médicos generales. El seguimiento nutricional completo se presenta como esencial, asegurando intervenciones efectivas y adaptativas a las necesidades cambiantes del paciente. La documentación meticulosa de valores iniciales, modificaciones, complicaciones y objetivos a corto y largo plazo ofrece una guía integral para garantizar el éxito y la continuidad del tratamiento nutricional hasta la suspensión de la nutrición artificial. Este enfoque busca no solo evaluar la efectividad de las intervenciones, sino también abordar de manera proactiva cualquier desafío que pueda surgir durante el curso del tratamiento.

No.	TAREA / ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LIMITE DE ENTREGA
1	Auditar la valoración de los pacientes cuando ingresan al servicio de hospitalización.	Auditor de Calidad	Indefinido
2			
3			

Para mayor constancia se firma en la ciudad de _____ a las _____ del día _____ mes _____ año _____ los asistentes a la socialización:

5. Acta de asistencia a capacitación de protocolo de realización de pruebas POCT - rápidas para la detección de sustancias psicoactivas, VIH, hepatitis virales y sífilis.

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01		Página 3 de 4	

TEMA: _____
 FECHA: _____ RESPONSABLE: _____

No.	Nombre y apellidos	Correo Electrónico	Teléfono	Cargo	Firma
1	Carla Alberto Daza Mora	Carla.alberto.daza@sentirbien.com	3004991077	A. Calidad	Carla Daza
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					


		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01		Página 2 de 4	

- Manejo de residuos.
- Almacenamiento, conservación y transporte de los reactivos in vitro.
- Transporte de muestras para confirmación
- Control de calidad interno y externo.

CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN: El protocolo de realización de pruebas POCT es esencial para asegurar la calidad y la eficacia en los procesos de pruebas médicas. Proporciona una guía detallada que abarca desde la preparación hasta la documentación, garantizando resultados precisos y una atención efectiva al paciente. La implementación rigurosa de este protocolo contribuirá a mejorar la toma de decisiones clínicas y a un resultado exacto al momento de la toma de muestras.

COMPROMISOS			
No.	TAREA / ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA LIMITE DE ENTREGA
1	Adherencia Rigurosa: el personal debe seguir rigurosamente cada paso del protocolo, desde la preparación hasta la documentación, para garantizar la consistencia en los resultados.	Personal asistencial	Indefinido
2	Formación Continua: proporcionar formación continua al personal involucrado en la realización de pruebas POCT, asegurando que estén actualizados sobre los procedimientos y las mejores prácticas.	Personal asistencial	Indefinido
3			

Para mayor constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ del día _____ mes _____ año _____ los asistentes a la socialización:

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01		Página 4 de 4	

TEMA: _____
 FECHA: _____ RESPONSABLE: _____

No.	Nombre y apellidos	Correo Electrónico	Teléfono	Cargo	Firma
11	Yeanith Dine Corales	yeanythdine@gmail.com	3008568582	PRN Enfermera	Yeanith
12	Andrés Osorio Araya	andresosorioaraya@gmail.com	3014516145	Asst. Enfermería	Andrés
13	Milagros Toledo Pardo	milagros.toledopardo@gmail.com	3124801921	Asst. CA	Milagros
14	Liza Olivo Madero	lizaviv1985@icloud.com	052634420	Enfermera	Liza
15	Miranda Miranda Tovar	luzmiranda@gmail.com	3155092907	medico	Miranda
16	KATHERIN SOLANO	katherin.solano@gmail.com	3012554378	Med. G.F.	KATHERIN
17	Gregory Enrique Lozano	gregorylozano@gmail.com	3163463544	Medico	Gregory
18	Alexander Quinto	alexanderquinto@gmail.com	3152509074	Enfermera	Alexander
19	Juelyn Dmys Guareno	juelynquintero@gmail.com	312354264	Medico	Juelyn

		ACTA DE CAPACITACIÓN		Código: AC-ACT-01	
Fecha de Aprobación: 23/06/2017		Versión: 01		Página 1 de 4	

ACTA DE CAPACITACIÓN

ACTA No.	FECHA:	HORA INICIO:	2:30 PM	LUGAR:	Sala de reuniones
	10/12/2023	TERMINACIÓN:	3:30 PM		

AREA: Administrativa - Asistencial

OBJETIVO DE LA CAPACITACIÓN: Protocolo de realización de pruebas POCT - rápidas para la detección de sustancias psicoactivas, VIH, hepatitis virales y sífilis.

RESPONSABLE (S) DE LA CAPACITACIÓN: Luz Miranda

SOCIALIZACIÓN DE TEMAS:	LECTURA POR:
1. Registros documentales	Luz Miranda
2. Recolección de la muestra	Luz Miranda
3. Lectura de resultados	Luz Miranda

BREVE RESUMEN DE LOS TEMAS TRATADOS: Este protocolo establece los pasos y procedimientos para la realización de pruebas Point-of-Care Testing (POCT). Se detallan los medios de preparación, la ejecución de las pruebas, la interpretación de los resultados y el registro adecuado de la información. Se enfoca en garantizar la precisión, la consistencia de atención al paciente y la eficiencia en la obtención de resultados rápidos y confiables directamente en el punto de atención del paciente.

Dentro del protocolo se encuentran los siguientes procedimientos:

- Preparación del paciente para la toma de muestra según examen a realizar.
- Recolección de la muestra.
- Rotulado y manipulación de la muestra.
- Lectura del resultado obtenido.
- Interpretación del resultado.
- Reporte del resultado.
- Bioseguridad.

Anexo 8. Otras evidencias fotográficas

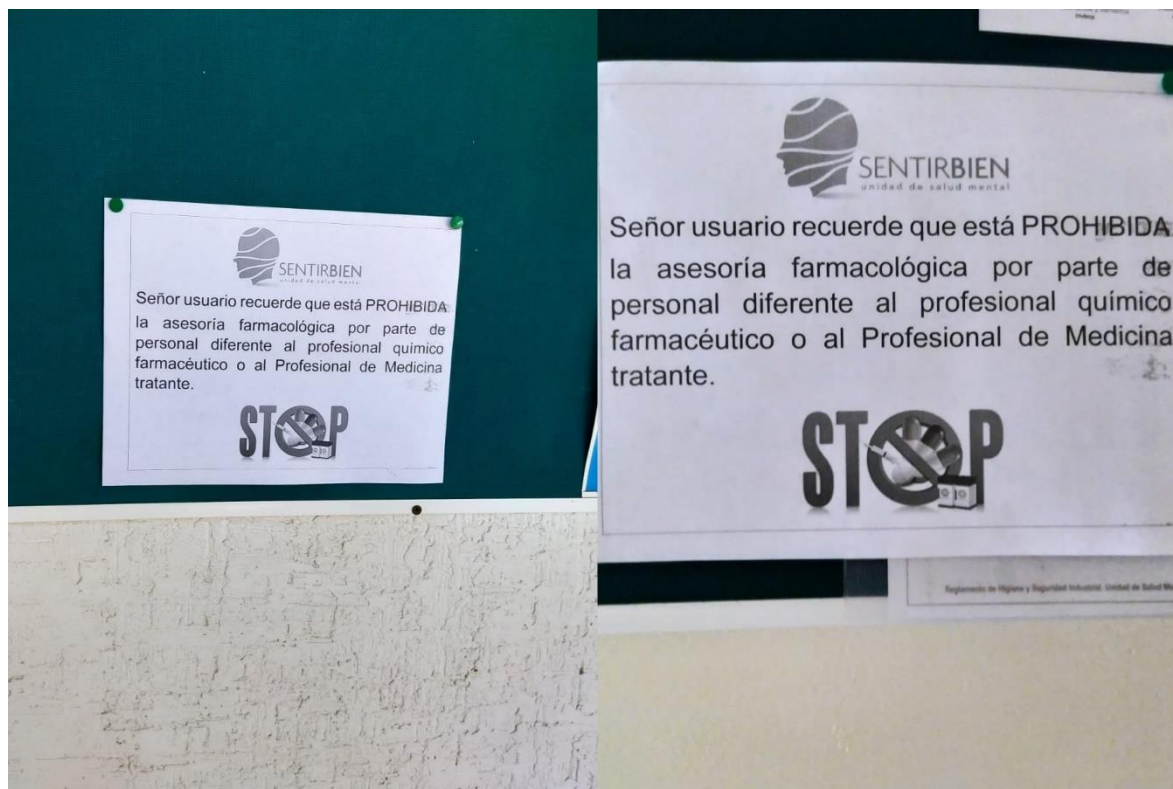
1. Tanque de almacenamiento de agua.



2. Casilleros provistos de mecanismos de seguridad



3. Información que prohíbe la asesoría farmacológica, por parte de personal diferente al profesional químico farmacéutico o al Profesional en Medicina tratante.



4. Registro inscripción de profesional de nutrición y dietética en el ReTHUS.

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificación:	Detalles
CC	1006888910	GENESIS		REALES	NIEVES	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) GENESIS REALES NIEVES identificado(a) con CC 1006888910 registra La siguiente información:

2023-12-20--8:05:54 AM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha Inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	NUTRICION Y DIETETICA	2023-04-11	3906	COLEGIO COLOMBIANO DE NUTRICIONISTAS DIETISTAS

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).