



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**IDENTIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO EN LOS REQUISITOS DE
LAS CONDICIONES BÁSICAS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN ONCOLÓGICA,
NEUROCIRUGÍA, CIRUGÍA DE TÓRAX, CIRUGÍA ONCOLÓGICA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN UNA IPS DE MEDELLÍN EN EL
AÑO 2020, A PARTIR DE UN PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN
INTEGRANDO NORMAS DE CALIDAD.**

Marcela Acevedo Zapata

Yisseth Carolina Alzate Gómez

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín, Colombia

2020



Identificación del cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad.

Marcela Acevedo Zapata

Yiseth Carolina Alzate Gómez

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Auditoria en Salud**

Asesor

Andrés Leonardo Gómez Zona

Magíster Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín, Colombia

2020

Identificación del cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad

Identification of compliance with the requirements of the basic conditions for the provision of the services of oncology hospitalization, neurosurgery, chest surgery, oncological surgery and cardiovascular surgery in an IPS of Medellin in the year 2020, based on a self-assessment process integrating quality standards

**Marcela Acevedo Zapata
Yisseth Carolina Alzate Gómez**

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialistas en Auditoria en Salud**

**Asesor
Andrés Leonardo Gómez Zona
Magíster Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2020**

AGRADECIMIENTOS

Primero que todo agradecemos a Dios porque todos nuestros logros son resultado de su ayuda, porque de cada prueba aprendemos y mejoramos para crecer como seres humanos y profesionales.

A nuestras familias por el apoyo incondicional, por enseñarnos a luchar y persistir en medio de las adversidades, a cumplir nuestras metas agotando los recursos necesarios y por llenarnos de fortaleza para seguir adelante y alcanzar nuestras metas.

A los docentes por transmitirnos su valioso conocimiento y experiencias, especialmente a nuestro asesor de trabajo de grado por enseñarnos y orientarnos hacia la consecución de los objetivos trazados.

A nuestra apreciada alma máter y sus directivas por buscar y generar los espacios propicios para nuestro crecimiento profesional y personal.

Tabla de contenido

Lista de tablas.....	5
Listado de anexos	6
Glosario.....	7
Resumen.....	8
1. Introducción	10
2. Planteamiento del problema	12
3. Justificación	14
4. Objetivo General.....	16
4.1 Objetivos específicos	16
5. Marcos de referencia	17
5.1 Marco temático.....	17
5.1.1 Calidad	17
5.1.2 Calidad en Salud	18
5.1.3 Mejoramiento de la calidad	18
5.1.4 Seguridad del paciente.....	19
5.2 Marco Normativo	21
5.2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).....	21
5.2.1.1 Sistema Único de Habilitación	22
5.2.1.2 Sistema Único de Acreditación.....	24
5.3 Marco legal	27
6. Metodología	29
7. Resultados.....	31
7.1 Objetivo específico 1.....	31
7.2 Objetivo específico 2.....	34
7.3 Objetivo específico 3.....	35
8. Conclusiones	38
9. Bibliografía.....	39
10. Anexos	1

Lista de tablas

Tabla 1. Autoevaluación todos los servicios.	26
Tabla 2: Autoevaluación hospitalización mediana y alta complejidad.....	26
Tabla 3: Autoevaluación cirugía mediana y alta complejidad	28
Tabla 4: Estándares y criterios de acreditación, grupo cliente asistencial, subgrupo seguridad del paciente.....	35

Listado de anexos

Anexo 1. Autoevaluación estándares y criterios de habilitación - Resolución 2003 de 2014	1
Anexo 2 Estándares y criterios de acreditación en salud, subgrupo seguridad del paciente - Resolución 5095 de 2018.....	32

Glosario

Auditoría: La actividad de auditar consiste en realizar un examen de los procesos y de la actividad económica de una organización para confirmar si se ajustan a lo fijado por las leyes o los buenos criterios.

Habilitación: El Sistema Único de Habilitación se define como un conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica -estándares de habilitación-, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el mercado de servicios en salud, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de todos los prestadores de servicios de salud.

Autoevaluación en salud: Proceso de Habilitación que consiste en revisar las características de cada uno de los servicios que va a inscribir y habilitar.

Calidad en salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Estándares: recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Resumen

El Sistema Único de Habilitación en Colombia tiene por objeto garantizar la seguridad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios, frente a potenciales riesgos derivados de esta, a través del cumplimiento de requisitos que son de obligatorio cumplimiento para quienes planean prestar dichos servicios. Una institución se considera segura y reconocida internacionalmente, cuando garantiza calidad en la atención en salud, seguridad del paciente y reducción en la ocurrencia de eventos adversos.

Una IPS hospitalaria en Medellín, espera habilitar servicios de mediana y alta complejidad a través de la aplicación del instrumento de autoevaluación contemplado en las normas de calidad de habilitación y con enfoque de acreditación específicamente en el subgrupo de estándares de seguridad del paciente.

Una vez realizada la autoevaluación, tanto de habilitación como de acreditación para el subgrupo de estándares de seguridad del paciente, se encontró respectivamente que: los criterios aplicables a todos los servicios cumplen en un 100% según la norma; el servicio de hospitalización oncológica cumple en un 60%; cirugía de mediana y alta complejidad obtuvo un cumplimiento del 68%. Por su parte los estándares del grupo cliente asistencial - subgrupo seguridad del paciente a la fecha cumplen en un 57%.

A la luz de los hallazgos, la IPS podrá implementar las acciones de mejora propuestas, tanto para obtener la habilitación de los servicios, como para asegurar el mejoramiento continuo, el bienestar del paciente y su familia bajo el enfoque de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario en Colombia.

Palabras claves: Auditoria, mejoramiento continuo, calidad, servicios de salud.

Summary

The Unique Enabling System in Colombia aims to guarantee safety in the provision of health services to users, against potential risks derived from it, through compliance with requirements that are mandatory for those who plan to provide such services. An institution is considered safe and internationally recognized when it guarantees quality health care, patient safety and a reduction in the occurrence of adverse events.

A hospital IPS in Medellin expects to enable medium and high complexity services through the application of the self-assessment instrument contemplated in the qualification quality standards and with an accreditation approach specifically in the subgroup of patient safety standards.

Once the self-assessment was carried out, both for qualification and accreditation for the subgroup of patient safety standards, it was found respectively that: the criteria applicable to all services comply 100% according to the standard; the oncology hospitalization service complies with 60%; medium and high complexity surgery obtained a compliance of 68%. On the other hand, the standards of the healthcare client group - patient safety subgroup to date meet 57%.

In light of the findings, the IPS will be able to implement the proposed improvement actions, both to obtain the authorization of the services, and to ensure continuous improvement, the well-being of the patient and his family under the focus of accreditation in ambulatory and hospital health in Colombia.

Key words: Audit, continuous improvement, quality, health services

1. Introducción

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (1). Las acciones tendientes a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud deben partir mínimamente de la implementación de uno de los componentes principales que hace parte integral de dicho sistema como lo es el Sistema Único de Habilitación.

El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema (1) de aquellos prestadores de salud que pretendan ofertar servicios en salud de diferente nivel de complejidad; la aplicación de este conjunto de normas y requisitos cubre a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes, las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos y las Entidades Departamentales y Distritales de Salud (2).

El fin último del Sistema Único de Habilitación es garantizar que todo Prestador de Servicios de Salud brinde a los usuarios seguridad en el ejercicio de la atención en salud y ante los riesgos potenciales asociados a la misma. Lo anterior es de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB, razón por la cual se hace imperante ante la incursión de una IPS en el sector salud, realizar una autoevaluación previa que permita identificar si se cumplen las condiciones de habilitación tecnológicas y científicas que exige el Ministerio de Salud y la Protección Social.

El cumplimiento de los criterios mínimos de habilitación se traduce en seguridad del paciente en todos los momentos de la atención en salud. La verificación de las condiciones de habilitación para los prestadores de servicios de salud se orienta a situaciones tangibles generadoras de riesgo, sin exceder los estándares y criterios planteados en normatividad con el objetivo de no interponer barreras innecesarias en la prestación de los servicios de salud, toda vez que las exigencias de habilitación están definidas en condiciones mínimas de estructura y de proceso.

La calidad en la atención se concibe en dos dimensiones: la técnica enmarcada en la seguridad del paciente lo que se traduce en una disminución de los eventos adversos mediante la mitigación de los riesgos que se pueden presentar durante el proceso de atención y la interpersonal mediante la humanización de los servicios que se refleja en el aumento en la satisfacción del usuario y su familia. Es por esto que lograr una atención con calidad implica un proceso de cambio cultural, de manera que la prestación de servicios humanizados, seguros y con calidad se conviertan en una práctica diaria.

A nivel nacional e internacional se han elaborado y aprobado diferentes normas y lineamientos de seguridad en la atención de los pacientes y es deber de las instituciones adoptarlas e implementarlas para así garantizar una atención con calidad para los usuarios. Dentro de este contexto, el primer componente a abordar es la seguridad del paciente la cual se considera una prioridad en la prestación de los servicios de salud, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente (8). Se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención para que sea exitosa la ejecución de las estrategias de seguridad del paciente.

Teniendo en cuenta que las instituciones de salud deben trabajar cada día en la mejora continua de sus procesos para ser competitivos, para lograr una estabilidad financiera, para permanecer activos en el sistema, y para ser elegibles en la contratación de servicios por parte de las administradoras de planes de beneficios, se hizo necesario desarrollar un proyecto que integrara normas de calidad con enfoque en el sistema único de acreditación, con especial énfasis en lo relacionado a la seguridad del paciente contemplado en el grupo de estándares de cliente asistencial, ya que desde esta perspectiva aparte de garantizar lo indicado en líneas anteriores, se asegurará el fin último de todo este inmenso esfuerzo y es ofrecer a los usuarios servicios de salud con los más altos niveles de calidad.

2. Planteamiento del problema

La prestación de los servicios de salud es una tarea compleja que no solo se garantiza a través de un sólido sustento financiero por parte de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, sino que requiere de condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para ofrecer un servicio con calidad independientemente del servicio que éste ofrezca. Se entiende por calidad de la atención en salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (1).

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS, fue creado para mantener y mejorar los servicios de salud y se reglamenta a través del decreto 1011 del 2006 (1), el cual tiene cuatro componentes que son: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Auditoría para el Mejoramiento continuo de la Calidad y el Sistema de Información para la Calidad que es transversal a los anteriores.

El incumplimiento de la normatividad, las prácticas en salud no procedentes, la inadherencia a guías y protocolos y el incumplimiento de estándares de calidad pueden dar lugar a que los riesgos en la prestación de los servicios de salud superen los beneficios para los pacientes. El riesgo es definido como un evento incierto, indeseable, imprevisto e involuntario que puede producir consecuencias negativas para quien lo sufre (4), es por esto que gestionar el riesgo se convierte en una herramienta que ayuda a la toma de decisiones ya que se pueden detectar oportunamente las amenazas y se mejora el desempeño en las actividades realizadas.

Cabe destacar que la normatividad vigente para la habilitación de servicios de salud, busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios y a las condiciones en que éstos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos mínimos que dan seguridad a los usuarios. En razón a lo anterior, es necesario para el sector salud que las EPS e IPS demuestren como mínimo las condiciones de capacidad tecnológica y científica (3) para su entrada y permanencia en el sistema, por lo cual se requiere una autoevaluación previa en donde se garantice que se han verificado las condiciones de habilitación y que no se pone en riesgo la seguridad del paciente.

Una IPS de nivel hospitalario en Medellín dentro de su portafolio, pretende habilitar los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular para el año 2020, lo que amerita realizar un proceso de autoevaluación en donde no sólo se identifique el cumplimiento en los

requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios sino que dicho ejercicio permita prepararse para una futura acreditación, realizando también autoevaluación del grupo asistencial y subgrupo de seguridad del paciente establecidos en el manual y en consecuencia, poder incursionar en la red de IPS de Medellín y competir como una institución que provee servicios de alta calidad buscando la satisfacción, la gestión del riesgo y el bienestar de los pacientes en cumplimiento con la normatividad vigente.

El cumplimiento de dichos estándares por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, aportará a que los sistemas de salud puedan mejorar notablemente en la medida en que se trabaja por la seguridad del paciente y la calidad de la atención en salud prestada. Por esto se reconoce la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud ya que se evita y controla la incidencia de eventos adversos que además de ser una causa importante y evitable de sufrimiento humano, impone un elevado tributo en pérdidas financieras y en costos de oportunidad para los servicios de salud (11).

La provisión de servicios de salud con altos estándares de calidad mediante la excelencia en la gestión, la articulación de los agentes del Sistema de Salud, y la orientación de las acciones de mejora con enfoque de acreditación en el estándar de seguridad del paciente, dará como resultado el mejoramiento y la preservación del estado de salud de la población a través de prácticas clínicas seguras y reducción de eventos adversos en el marco de la atención en salud.

3. Justificación

La autoevaluación, según resolución 2003 de 2014 en su artículo 5, expedida por el Ministerio de Salud y la Protección Social, consiste en “la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación” (2).

Dicha resolución define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, establece los pasos que debe realizar una institución para prestar atención al público y adopta un manual por medio del cual se guía a las entidades para cumplir con lo establecido en la resolución (2).

El objetivo de la autoevaluación es asegurar las condiciones mínimas para la prestación de un servicio de salud en términos de calidad y seguridad para el paciente que lo requiere, dichas garantías se logran a través de un conjunto de acciones y estrategias reunidas en la política de seguridad del paciente, impulsada por el Ministerio de Salud y la Protección Social, la cual ofrece a las IPS herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables de la atención en salud (5).

Una IPS de Medellín como primer paso para lograr habilitar los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular, debe realizar autoevaluación en los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia de servicios y así dar cumplimiento a los requisitos mínimos de habilitación en las condiciones tecnológicas - científicas y técnico – administrativas, con el fin de realizar un diagnóstico inicial e implementar acciones de mejoramiento que garanticen una atención de calidad al paciente.

Para la institución será fundamental habilitar los servicios anteriormente mencionados, ya que cirugía es considerado uno de los procesos misionales de mayor importancia, además de generar una atención integral que satisfaga las expectativas y necesidades de los usuarios en cuanto a oportunidad, continuidad, seguridad, pertinencia y accesibilidad, impactando positivamente en la salud de la sociedad, garantizando al usuario, su familia y comunidad una atención segura bajo la política de seguridad del paciente y de calidad, pilares fundamentales de la institución.

El éxito de esta institución dependerá de su capacidad de crecer en la mejora continua de todos y cada uno de los procesos que rigen su actividad diaria, de la planificación que lleve a cabo según la demanda del medio y los cambios en el sector y de la identificación de fortalezas y debilidades que la determinan.

Teniendo en cuenta que en los últimos años se han evidenciado avances tecnológicos y las instituciones de salud se preparan continuamente para la mejora de sus procesos, es necesario además de cumplir con los estándares mínimos de habilitación, que las IPS se preparen y proyecten hacia un nivel superior de calidad, como lo es la acreditación en salud.

Llegar a esta última instancia requiere aunar esfuerzos para garantizar a toda costa al paciente la prestación de servicios de salud con alto grado de calidad, por lo cual las acciones se deben orientar no solo a la consecución de la habilitación de servicios sino también a dejar sentadas las bases requeridas para cumplir con el estándar de seguridad del paciente, un aspecto crucial para la acreditación y piedra angular de la prestación del servicio de salud.

Es indispensable identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente, que ahora se reconoce como un gran desafío en la salud pública global (12). En ese sentido el programa de seguridad del paciente se constituye en un pilar de toda institución prestadora de servicios de salud, cuyo objetivo debe ser articular las políticas institucionales mediante la integración de estrategias, programas y herramientas metodológicas desarrolladas o adaptadas por la entidad hacia la generación de cultura frente a la seguridad del paciente, la humanización de los servicios, la detección y gestión de eventos adversos durante los procesos de prestación de servicios, dando respuesta al desarrollo del Sistema Integral de Gestión hacia la calidad y al Sistema de Administración de riesgos.

La seguridad del paciente no puede garantizarse sin acceso a infraestructuras, tecnologías y dispositivos médicos seguros, sin su uso seguro por parte de los pacientes, quienes deben estar bien informados, y sin personal sanitario cualificado y comprometido en un entorno propicio y seguro no es posible prestar servicios con calidad (14).

Por lo anteriormente descrito, con este trabajo se pretende: identificar el cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de servicios de hospitalización y cirugía de mediana y alta complejidad dados por la norma en Colombia en una IPS de Medellín, establecer oportunidades de mejora con miras a una futura acreditación en salud con énfasis en seguridad del paciente, de manera que la institución comprometa todos sus recursos técnico-científicos, tecnológicos, administrativos y financieros, con el fin de aumentar la capacidad resolutoria para cumplir los requisitos, optimizar su desempeño, permitiendo responder con oportunidad, pertinencia y competitividad en el medio.

4. Objetivo General

Identificar el cumplimiento en los requisitos de las condiciones básicas para la prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín en el año 2020, a partir de un proceso de autoevaluación integrando normas de calidad

4.1 Objetivos específicos

- 1.** Verificar el grado de cumplimiento de las condiciones mínimas de prestación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín con miras a la habilitación.
- 2.** Identificar limitaciones y barreras en el proceso de autoevaluación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín que dificulten el logro de la habilitación.
- 3.** Plantear acciones de mejora que propendan por el cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular en una IPS de Medellín con enfoque de acreditación en el subgrupo de estándares de seguridad del paciente.

5. Marcos de referencia

5.1 Marco temático

5.1.1 Calidad

El significado de calidad va más allá de solo cumplir con los requisitos exigidos para un producto o servicio, de hecho se requiere del cumplimiento de una amplia variedad de características para hablar de que está presente. Según la Sociedad Americana para el Control de la Calidad ASQC, la calidad puede tener dos significados: 1) las características de un producto o servicio que influyen en su capacidad para satisfacer necesidades declaradas o implícitas; 2) un producto o servicio libre de deficiencias. Según Joseph Juran, calidad significa "aptitud para el uso"; Según Philip Crosby, significa "conformidad con los requisitos" (16).

A lo largo del tiempo diferentes autores han abordado el concepto de calidad y la han definido conforme a las circunstancias y percepciones analizadas en la época vivida, razón por la cual el concepto ha sufrido transformaciones y en los años actuales se ha hecho más robusto. Se puede llegar a la conclusión de que existen elementos comunes cuando hablar de calidad se refiera a: necesidades, expectativas, mercado, cliente, satisfacción; estos elementos comunes se encuentran tanto explícitamente, como de forma implícita, de manera que en conclusión se puede afirmar que la calidad de un producto viene determinada solo por aquellas características que defina el cliente (17). La diversidad de criterio se justifica con base a la complejidad y alcance de esta categoría.

- **Carácter dual.** La actuación no es la misma cuando se es proveedor, que cuando se es cliente. Es más fácil recibir que ofrecer.
- **Carácter subjetivo y variable.** La percepción de los clientes ante un mismo producto puede ser distinta. Este se debe al juicio personal de cada cliente, al servicio ofrecido por distintos proveedores y al mismo proveedor en el transcurso del tiempo.
- **Carácter dinámico.** Las necesidades y expectativas de los clientes varían en el tiempo, cambian constantemente. Encontramos clientes más exigentes, informados y conocedores.
- **Carácter participativo e integral.** Involucra a cada una las personas de una entidad y abarca todas las etapas del ciclo de vida de la calidad de un producto.
- **Carácter económico.** La calidad es el indicador más importante para medir la eficiencia de cualquier empresa. Esto se traduce en términos de riesgos, coste y beneficios.

5.1.2 Calidad en Salud

El decreto 1011 de 2006 establece La Calidad de la Atención en Salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (1). Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

5.1.3 Mejoramiento de la calidad

El mejoramiento continuo de la calidad hay que entenderla como una filosofía organizacional que busca conocer las necesidades del cliente y excederse a sus expectativas, con un mínimo de esfuerzo, reprocesos, desperdicios, pero utilizando un proceso estructurado que selectivamente identifique y mejore continuamente todos los aspectos de los servicios de salud (15). Esa filosofía de la que se habla debe nacer desde la esfera gerencial, y esta a su vez debe involucrar a los profesionales y el staff en el mejoramiento continuo de los procesos de trabajo para alcanzar mejores resultados y beneficios para los clientes.

El mejoramiento continuo es un método gerencial que busca desarrollar la organización para que de una forma ordenada y planeada todo el personal desempeñe un papel activo en el entendimiento de los problemas y los procesos que los soportan, recopilando y analizando datos de estos procesos, generando y probando hipótesis acerca de las causas de los errores, y diseñando, implementando y probando soluciones, esto, según Berwick (1990), citado en Harrigan (15).

Ahora bien, si ponemos el foco en lo que representa el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud, se encuentra que el abordaje es mucho más amplio e involucra el despliegue de otras intervenciones. El mejoramiento de la calidad en salud persigue una finalidad y genera una promesa de valor, y es mejorar y preservar el estado de salud de la población, mediante la excelencia de la gestión y la articulación de los agentes del Sistema de Salud (18).

Colombia adoptó unos principios orientadores para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud, donde el fundamento y punto de partida es la humanización, la cual plantea centrar su accionar en las personas y plantear la necesidad de que sus agentes enfoquen su misión al cumplimiento del derecho fundamental y al fortalecimiento de una cultura organizacional dirigida al ser humano y a la protección de la vida en general; la seguridad, orientada a la protección de las personas contra las situaciones, riesgos o amenazas graves, para garantizar el mejor resultado final posible (seguridad del paciente); la coordinación, definida como la necesidad del trabajo articulado y colaborativo entre los agentes del Sistema que permita la integralidad y continuidad de la atención mediante la adopción de redes y rutas que fomenten el liderazgo y generen sinergias de cooperación; y la transparencia, orientada principalmente a la prevención de actos de corrupción, al fomento de buenas prácticas de gestión y al cuidado de los recursos del Sistema de Salud por parte de los agentes y los usuarios (18).

5.1.4 Seguridad del paciente

La seguridad del paciente es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (5). Según la Organización Mundial de la Salud, la seguridad de los pacientes es un elemento fundamental y la base de la prestación de una atención de la salud de calidad, la cual se basa en una educación y formación básica y continua de calidad de los profesionales de la salud que garantiza que tengan las aptitudes y competencias profesionales adecuadas en sus respectivos cometidos y funciones (13); la seguridad del paciente no puede garantizarse sin acceso a infraestructuras, tecnologías y

dispositivos médicos seguros, sin su uso seguro por parte de los pacientes, que deben estar bien informados, y sin personal sanitario cualificado y comprometido en un entorno propicio y seguro.

La evidencia disponible sugiere que anualmente 134 millones de los eventos adversos debido a una atención insegura ocurren en hospitales en países de bajos y medianos ingresos, lo que contribuye a 2.6 millones de muertes (12). Por lo anterior, cada vez más surgen desafíos importantes para evitar prácticas médicas inseguras y riesgos asociados con la atención médica, trabajando en pro de la seguridad del paciente y así contribuir significativamente a la carga del daño debido a la atención insegura, como por ejemplo cuidado quirúrgico inseguro, errores médicos, infecciones asociadas a la atención en salud, sepsis, prácticas inseguras en los procesos de transfusión sanguínea, errores en la medicación entre otros.

Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (14). La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Avanzar hacia el logro y mantenimiento de la seguridad del paciente en el marco de la atención en salud implicará entonces que cada institución lidere al interior:

- El despliegue y la capacitación de los colaboradores de la Política y programa de seguridad del paciente.
- La implementación de las metodologías existentes más comunes en relación con el análisis y la gestión de riesgos.
- Las actividades de búsqueda activa de eventos adversos.
- La implementación del Sistema de Reporte de eventos.
- La metodología de investigación de eventos.
- Las metodologías de análisis de eventos.
- El diseño e implementación de las acciones de mejora.
- El seguimiento a la implementación efectiva de las acciones de mejora.
- La implementación de una cultura justa de la seguridad del paciente.
- Las actividades a desarrollar tendientes a promover, mantener y mejorar una cultura de seguridad.

5.2 Marco Normativo

5.2.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

El decreto 1011 de 2006 define que el campo de aplicación del mismo va dirigido a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud que tengan como fin la atención en salud, esta última es definida como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población” (1).

Pero, si se trasciende el concepto de atención de salud y se añade la calidad ya se hace estaría haciendo referencia a la “provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (1).

Todas las acciones que se desarrollan en el SOGCS centran su foco en el paciente y en la mejora de los resultados de la atención en salud, que como se manifiesta en el mencionado decreto, “van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados” (1).

El SOGC está conformado por 4 componentes, de los cuales 3 son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y administradores de planes de beneficio:

1. El Sistema Único de Habilitación (obligatorio).
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (obligatorio).
3. El Sistema Único de Acreditación (opcional).
4. El Sistema de Información para la Calidad (obligatorio).

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

5.2.1.1 Sistema Único de Habilitación

Generalidades

En la presente resolución se crea un Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, que no es más que un instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud (2). El manual tiene por objeto definir los servicios de salud que pueden ofertar los prestadores de servicios de salud, las condiciones de verificación para la habilitación y los criterios de habilitación de los servicios de salud en el país.

Toda atención en salud es susceptible de generar un riesgo, por ello el Sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que éstos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, para dar seguridad a los usuarios.

La verificación de las condiciones de habilitación para los prestadores de servicios de salud, debe estar orientada hacia situaciones tangibles generadoras de riesgo, siempre sin exceder los estándares planteados en el manual, con el objetivo de no interponer barreras innecesarias a la prestación de los servicios de salud ya que las exigencias de habilitación están referidas a condiciones mínimas de estructura y procesos para contribuir a mejorar el resultado en la atención (2). Los estándares de habilitación que se plantean en la mencionada resolución se organizan a partir de los servicios, lo cual facilita la identificación de los requisitos exigidos al prestador de acuerdo con el servicio que se requiera habilitar.

Estándares y criterios de habilitación

Los estándares son de obligatorio cumplimiento y son esenciales, es decir, no son exhaustivos, pues no pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; únicamente, incluyen aquellas que son indispensables para defender la vida, la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia que su ausencia implica la presencia de riesgos en la prestación del servicio y/o atenten contra su dignidad y no pueden ser sustituibles por otro requisito.

Es notable que los estándares buscan lograr a toda costa minimizar la presentación de riesgos para el paciente producto de la atención en salud, además de atender la seguridad del paciente, entendida como “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (2).

Para cada estándar se establecen los criterios detalladamente para su interpretación y son el elemento concreto dentro de cada servicio para evaluar la seguridad en la atención del paciente. Los estándares aplicables son siete y en líneas generales se definen a continuación:

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

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

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

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos. Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

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

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

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

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

5.2.1.2 Sistema Único de Acreditación

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso (1).

En la actualidad, el Ministerio de Salud y la Protección Social en su resolución 5095 del 19 de noviembre de 2018 reglamenta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1, el cual aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos (7).

Todo Prestador de Servicios y EAPB que desee acreditarse deberá contar con la certificación de cumplimiento de las condiciones para la habilitación como condición para acceder a dicho nivel. Aun así, se deberá cumplir con unos requisitos de puerta de entrada o condiciones básicas definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, acorde con las recomendaciones generadas por el Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación en Salud que permitan soportar la excelencia, y si esto no es posible, una institución no podrá iniciar el ciclo de aplicación para el otorgamiento de la acreditación.

Los grupos de Estándares de acreditación según el Manual de acreditación en salud Ambulatoria y Hospitalario de Colombia son siete:

- Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.
- Grupo de estándares de Direccionamiento.

- Grupo de estándares de Gerencia.
- Grupo de estándares de Gerencia del talento humano.
- Grupo de estándares de Gerencia del ambiente físico.
- Grupo de estándares de Gestión de tecnología.
- Grupo de estándares de Gerencia de la información.
- Grupo de estándares de Mejoramiento de la calidad.

El grupo de estándares que más se focaliza en el bienestar y la alta calidad de la atención en salud al usuario o paciente es el de *proceso de atención al cliente asistencial*. La intencionalidad de este grupo de estándares que a su vez está conformado por un subgrupo de once estándares, es humanizar los servicios de salud y propender por la prestación de servicios de salud de calidad con enfoque al mejoramiento continuo y al bienestar del paciente y su familia.

El subgrupo de estándares que conforman el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, y el resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de dichos estándares a partir de un enfoque de humanización de servicios, es:

Derechos de los pacientes: Que, durante su atención, a los pacientes les sean explicados y respetados los derechos. Así mismo, es importante que a los pacientes les sean socializados cuales son los deberes que tienen en su condición de usuarios.

Seguridad del paciente: Que los pacientes perciban tranquilidad y confiabilidad en la atención recibida ya que la organización tiene formulada, implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización.

Acceso: Que los pacientes reciban la atención que la institución ofrece, sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad.

Registro e ingreso: Que la atención del paciente y su familia se realice de manera congruente con las características socioculturales individuales identificadas, y documentarlas para que el equipo de salud responsable de su atención las conozca y actúe en consecuencia.

Evaluación de necesidades al ingreso: El paciente podrá consultar sobre sus necesidades y expectativas sobre la atención.

Planeación de la atención: Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud, basada en la mejor evidencia disponible.

Ejecución del tratamiento: Que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad o condición de salud y con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención.

Evaluación de la atención: Que se evalúe la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención. Para ello, la organización debe contar con procesos de evaluación individual de resultados, la lectura de la percepción del paciente y su familia sobre la atención recibida.

Salida y seguimiento: Que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso.

Referencia y contrarreferencia: Que al paciente que requiere ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención en el lugar de referencia y si es necesario, el regreso a la institución.

Sedes integradas en red: Que el paciente se beneficie de las acciones de mejoramiento de los procesos de cuidado y tratamiento.

Por lo anteriormente descrito y por el impacto que tiene en el bienestar de los pacientes y su familia, es que se debe enfatizar en el trabajo articulado de todo el personal asistencial y administrativo que hace parte de las organizaciones, para brindar una atención segura, alcanzar y mantener altos niveles de calidad en la misma; todo en suma conlleva al cumplimiento y a la superación de expectativas de los pacientes en la atención de salud recibida, generando a su vez crecimiento y competitividad del prestador en el sistema.

La seguridad del paciente incluye acciones hacia el paciente y su entorno social o familia, además de acciones administrativas de medición y seguimiento de la seguridad en la práctica clínica, por ello, el subgrupo de estándares de seguridad del paciente plantea en la presente norma de acreditación cuatro estándares para dar garantía de prácticas seguras en la atención en salud. La numeración está dada de acuerdo a la posición del estándar en el manual (7):

- Estándar 5: La organización debe tener formulada implementada y evaluada la política de seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización.
- Estándar 6: La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.

- Estándar 7: La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.
- Estándar 8: La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.

5.3 Marco legal

Constitución Política de Colombia, En sus artículos 48 y 49, define la Seguridad Social como un servicio público y de carácter obligatorio, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, desarrollada con principios de EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD y SOLIDARIDAD; y establece como funciones del Estado organizar, dirigir, reglamentar y generar políticas para la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental por entidades privadas, ejerciendo vigilancia y control.

Ley 100 de 1993 (9), Como norma reguladora del Sistema General de Seguridad Social, en su artículo 153 define el concepto de La CALIDAD en los servicios como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional, y establece en su artículo 227 la responsabilidad del Gobierno de definir el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

Decreto 1011 del año 2006 (1), por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias.

Resolución 2003 de 2014 (2), por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Resolución 3100 de 2019 (10), por la cual se definen los procedimientos y condiciones de servicios de salud y de habilitación de los servicios y se adopta el manual de inscripción de Prestadores de Servicios de Salud.

Resolución 5095 de 2018 (7), por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1 emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual aplica a aquellas instituciones hospitalarias

o ambulatorias que estén en proceso de preparación para la acreditación, y en quienes su meta es alcanzar niveles altos de calidad en la atención en salud, la prestación del servicio a través de mejores prácticas y cuidado de los pacientes.

6. Metodología

El presente trabajo es considerado un proyecto de intervención ya que su propósito consistió en diagnosticar y caracterizar un problema de orden práctico o una situación problemática para plantear estrategias que permitan articular acciones para su superación (6).

Lo anterior, se logró basados en el anexo 1: “Instrumento de autoevaluación de estándares y criterios de autoevaluación de la resolución 2003 de 2014, el cual permitió llevar a cabo un examen global y sistemático de los procesos institucionales, logrando un importante punto de partida y una valoración de los puntos fuertes y oportunidades de mejora. Para efectos del ejercicio de autoevaluación se basó en dicho instrumento vigente hasta noviembre del año 2019, ya que se hizo uso del período de transitoriedad de la resolución 2003 a la resolución 3100 de 2019, además, que teniendo en cuenta la situación actual de pandemia por el COVID 19, se prevé que este período se ampliará.

Para participar en el proyecto, fue necesario en un primer momento entrevistarse con la gerente y el encargado del área de gestión humana de la IPS para poner de manifiesto la intencionalidad de apoyar a la institución en sus propuestas de apertura de servicios; además fue necesario participar de una reunión de socialización liderada por un grupo interdisciplinario de la IPS con el fin de conformar grupos y roles de trabajo para adelantar los procesos de autoevaluación para la habilitación de servicios.

Una vez obtenido el aval se procedió a la revisión de la autoevaluación previa con la cual la institución había obtenido la habilitación de ciertos servicios por parte del ente encargado y a partir de este ejecutar el proceso de autoevaluación de los servicios de hospitalización oncológica, neurocirugía, cirugía de tórax, cirugía oncológica y cirugía cardiovascular y proponer las propuestas de mejora de los servicios.

Con el ánimo de revisar y analizar experiencias de otras instituciones en el proceso de autoevaluación y apoyar las propuestas de mejora de los servicios que se espera resulten de este proceso, se realizaron consultas bibliográficas teniendo en cuenta los siguientes pasos:

- **Selección de las fuentes de información:** Se tuvieron en cuenta fuentes primarias como evidencias científicas, específicamente revistas indexadas; se accedió a fuentes secundarias de consulta como bases de datos, entre ellas PubMed y Ebsco. También se accedió a recursos abiertos para la búsqueda de información en relación al tema de interés como GoogleScholar, Scielo, Revista de la Universidad de Antioquia, Biblioteca digital, DOAJ entre otros.

- **Definición del perfil de búsqueda:** temas en relación a la habilitación de servicios clínicos y hospitalarios, control de calidad, acreditación.
- **Ejecución de la búsqueda:** se estandarizaron las palabras clave al lenguaje científico de los términos de búsqueda bajo estos operadores: Tesouro, MESH y DECS. Posteriormente se buscó en las fuentes de información incluyendo las palabras seleccionadas anteriormente sumado al empleo de los operadores booleanos.
- **Evaluación y gestión de la información:** se identificaron los títulos compatibles con el perfil de búsqueda, lo que permitió seleccionar textos que cumplieran con los criterios establecidos y los objetivos planteados.

Una vez analizada la norma y adaptado el instrumento de habilitación, se realizó autoevaluación a los servicios de hospitalización oncológica, cirugía oncológica, cirugía de tórax, neurocirugía y cirugía cardiovascular, a partir de fuentes documentales compartidos por la IPS, de igual forma fue necesario entrevistarse vía telefónica y virtualmente con los diferentes líderes de procesos entre ellos los de talento humano, ingeniería biomédica, calidad y dirección médica.

Al mismo tiempo y basados en el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia Versión 3.1, se evaluaron los estándares y criterios del grupo de cliente asistencial, subgrupo seguridad del paciente tal y como se puede apreciar en el anexo 2, lo cual permitió realizar un diagnóstico de la actualidad institucional con enfoque del sistema único de acreditación y a partir de estas se plantearon una serie de recomendaciones para su implementación.

Una vez finalizada la aplicación del instrumento, se dió lugar al inicio del procesamiento de la información. En esta etapa se contabilizaron los criterios que cumplían, no cumplían y no aplicaban para concluir con el análisis de la información, la escritura de los resultados y la elaboración de las respectivas tablas pertinentes a los hallazgos más relevantes y que se encuentran documentados en el presente informe.

7. Resultados

7.1 Objetivo específico 1

Se evaluaron los estándares y criterios para todos los servicios de la institución, el cual arrojó dentro de lo que aplicaba, un cumplimiento del 100% de lo exigido en la norma tal y como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. Autoevaluación todos los servicios.

Estándares	Cumple	No cumple	No aplica
Dotación	9		
Historia clínica y registros	13		
Infraestructura	26		1
Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	10		
Procesos prioritarios	81		
Talento humano	8		5
Total general	147	0	6

Hospitalización de mediana y alta complejidad

Para el servicio de hospitalización oncológica, se debió realizar autoevaluación de mediana y alta complejidad, encontrando que: del total de criterios evaluados el 60% cumplía con lo exigido por la norma, mientras que el 30% no cumplían y el resto, es decir el 10% no aplicaban a la institución, estos últimos relacionados con atención de pacientes pediátricos.

Tabla 2: Autoevaluación hospitalización mediana y alta complejidad

Estándares	Cumple	No cumple	No aplica
Dotación	1		
Historia clínica y registros	1	2	
Infraestructura	7		4
Interdependencia	16	7	1
Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	2		
Procesos prioritarios	3	8	
Talento humano	11	3	2
Total general	41	20	7

Previa autoevaluación de estándares de habilitación para el servicio de hospitalización de baja complejidad y lo que deben garantizar todos los servicios en los cuales se cumplió lo requerido, se realizó autoevaluación de estándares de habilitación para el servicio de hospitalización de mediana y alta complejidad, donde se revisaron en su totalidad los ítems.

Dentro de los ítems que no se cumplen a la fecha se encontró:

Procesos prioritarios:

- Protocolos de atención de las principales patologías tratadas en la IPS, teniendo como referencia las guías publicadas por el Instituto Nacional de Cancerología.
- Procedimientos definidos para garantizar el manejo integral del paciente con cáncer de acuerdo con el tipo de patología.
- Protocolos para prevención y tratamiento de neutropenia febril.
- Guía para prevención y tratamiento de las complicaciones debidas a la administración de antineoplásicos.
- Protocolos de manejo de cuidados paliativos.
- Comité de tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora de control y asesoría sobre la enfermedad.

Historia clínica

- Registro de tumores hospitalario.
- Hoja o registro de quimioterapia.

Interdependencia

- Cirugía oncológica
- Cuidado intensivo (actualmente tiene novedad por cierre temporal).
- Trasplante de precursores hematopoyéticos, cuando oferten oncología hematológica.
- Radioterapia
- Genética
- Medicina nuclear
- Braquiterapia
- Rehabilitación

Servicio: Cirugía de mediana y alta complejidad

Para el caso de las especialidades quirúrgicas de oncología, tórax, neurocirugía y cardiovascular, tal y como se muestra en la siguiente tabla, se obtuvo un 68% de cumplimiento, un 15% de incumplimiento y 17% que no aplicaban.

Tabla 3: Autoevaluación cirugía mediana y alta complejidad

Estándares	Cumple	No cumple	No aplica
Dotación	20	6	7
Historia clínica y registros	1		
Infraestructura		2	
Interdependencia	20	1	
Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	1		
Procesos prioritarios	2		2
Talento humano	1	1	2
Total general	45	10	11

- **Cirugía oncológica**

Previa autoevaluación de estándares de habilitación para el servicio de cirugía de baja complejidad y lo que deben garantizar todos los servicios en los cuales se cumplió lo requerido. Se realizó autoevaluación de estándares de habilitación para el servicio de Cirugía de mediana y alta complejidad, donde se revisaron en su totalidad los ítems.

Dentro de los ítems que no se cumplen a la fecha se encontró:

Talento humano:

Especialista en cirugía oncológica o especialista quirúrgico que demuestre haber adquirido en su pensum académico formación en oncología o certificado de formación, de acuerdo con la oferta.

Dotación:

Equipo de intubación retrógrada

Interdependencia:

Cuidado Intensivo, según la oferta.

- **Cirugía cardiovascular**

Dotación

Para Cirugía cardiovascular, además de la dotación para servicios quirúrgicos:

- Equipos e instrumental necesario para la práctica de cirugías cardiovasculares:

- Bomba de circulación extracorpórea con entrada y salida de agua independiente, fuente de oxígeno y aire comprimido y toma eléctrica independiente.
- Balón de contrapulsación aórtica.
- Intercambiador de calor.
- Cobija térmica.
- Salvador de células.
- Fotóforo de luz fría.

La resolución 2003 de 2014 dentro de los procedimientos quirúrgicos de mediana y alta complejidad, no contempla criterios específicos para las especialidades de neurocirugía ni cirugía de tórax, por tanto, se considera que si los estándares y criterios evaluados en dicha complejidad cumplen, también lo hacen las mencionadas.

7.2 Objetivo específico 2

Limitaciones

- Trámites administrativos relacionados con la visita previa de habilitación de acuerdo al artículo 13 de la Resolución 2003 de 2014 necesarios para habilitar los servicios de alta complejidad debido a la situación actual del país por la pandemia del COVID-19.
- Disponibilidad presupuestal para la consecución de los insumos requeridos para la apertura de servicios.
- Transitoriedad de la actualización de la norma de habilitación.
- Delegación del equipo interdisciplinar responsable de la construcción y adaptación de guías y protocolos que no cumplen con la norma de habilitación de los servicios que se pretenden habilitar.

Barreras

- Debido a la situación actual de pandemia y dados los lineamientos nacionales que restringen la realización de visitas, pasantías y/o prácticas académicas, no fue posible realizar la autoevaluación de forma presencial, por tanto, la institución a través de los diferentes líderes de procesos, facilitaron

documentación y evidencia electrónica necesaria para su completo diligenciamiento.

7.3 Objetivo específico 3

Se realizó autoevaluación de estándares y criterios de acreditación, grupo cliente asistencial y subgrupo seguridad del paciente, encontrando un porcentaje general de cumplimiento del. 57% y se evidencia que el único que cumple en un 100% es el estándar 6.

Tabla 4 Estándares y criterios de acreditación, grupo cliente asistencial, subgrupo seguridad del paciente

Estándares	Cumple	No cumple	No aplica	
Estándar 5		3	2	0
Estándar 6		4	0	0
Estándar 7		15	12	4
Estándar 8		6	3	0
Total general		28	17	4

Teniendo en cuenta los ítems que no se cumplen a la fecha, que la IPS logró la habilitación de algunos de sus servicios hace poco tiempo y que para la acreditación el estándar asistencial 5 del subgrupo de seguridad del paciente contempla lo relacionado con su formulación, implementación y evaluación, se recomienda desde ya prepararse para cumplir con los criterios de:

- ✓ Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.
- ✓ Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares.

Aunque en el manual de seguridad del paciente institucional, se tienen en cuenta algunas de las buenas prácticas de seguridad del paciente a implementar en la institución, se recomienda pensando en una futura acreditación y teniendo en cuenta el estándar 7, implementar el total de las recomendaciones aplicables en los procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoran la actuación de los profesionales e involucrar los pacientes y a sus allegados en seguridad, tales como:

- **Procesos institucionales seguros:**
 - ✓ Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.

- ✓ Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.
 - ✓ La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, utilización y desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.
 - ✓ Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud.
- **Procesos asistenciales seguros:**
 - ✓ Prevenir las complicaciones anestésicas.
 - ✓ Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.
 - ✓ Implementar equipos de respuesta rápida.
 - ✓ Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares-
 - ✓ Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
- **Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales**
 - ✓ Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.
 - ✓ Prevenir el cansancio del personal de salud.
 - ✓ Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.
- **Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad:**
 - Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención

La institución cuenta con protocolo para el manejo de infecciones, pero para lograr el cumplimiento del estándar 8 se requiere definir, implementar y operar un plan que además contemple la prevención, para lo cual requiere:

- El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización y adicionalmente cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.
- Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.
- El personal de la organización recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.

Recomendaciones adicionales

- La gestión documental juega un papel clave para dar sustento teórico a los procedimientos realizados en los servicios que se pretenden

habilitar, por tanto, es necesario implementar los protocolos y guías reglamentarias aplicables a los diferentes servicios para el logro de los objetivos propuestos, apoyados en las guías autorizadas por las instituciones competentes (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud entre otras).

- La articulación del equipo interdisciplinario que conforma la IPS y la promoción del aprendizaje organizacional es necesario para lograr la producción del material informativo requerido para soportar los procesos de los servicios a habilitar.
- Se requiere del compromiso y la integración de la alta gerencia para la planificación, dirección, ejecución y control de procesos orientados al cumplimiento de los estándares de acreditación en salud que se relacionan con la seguridad del paciente.

8. Conclusiones

- Luego de verificar el cumplimiento de los estándares tanto de habilitación como de acreditación del grupo de cliente asistencial, subgrupo de seguridad del paciente, se concluye que la IPS debe enfocar sus esfuerzos para realizar ajustes a cada una de las recomendaciones planteadas, especialmente en procesos prioritarios, estándar con mayor porcentaje de incumplimiento, para prestar a sus usuarios servicios con calidad.
- La humanización del servicio es importante porque está directamente relacionado con el respeto de la dignidad del paciente, su familia y el cliente interno, para ello es necesario fomentar la cultura de la mejora continua, trabajar en la calidad y seguridad en todos los procesos asistenciales e institucionales.
- La sistematización de los procesos requiere de la documentación de guías, protocolos y otros para lograr el aprendizaje institucional, este proceso debiera fortalecerse con la participación de equipos interdisciplinarios y así lograr el cumplimiento de los criterios que actualmente no lo hacen
- El cumplimiento de la normatividad en la institución conlleva a la optimización de procesos que no sólo repercuten en la seguridad de los pacientes y familiares, sino también en el cumplimiento de los mismos para ofertar servicios de calidad.

9. Bibliografía

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El ministerio; 2006.[Internet] [Consultado 2020 febrero 22] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2003 de 2014, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El ministerio; 2014.[Internet] [Consultado 2020 febrero 22] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: El ministerio; 2016. [Internet] [Consultado 2020 febrero 22] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
4. Gestión de riesgos para Entidades Promotoras de Salud – Régimen contributivo en Colombia; 2010. [Internet] [Consultado 2020 marzo 03] Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/974>
5. SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA PAQUETES INSTRUCCIONALES. GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”; 2008. [Internet] [Consultado 2020 marzo 03] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
6. El proyecto de intervención. [Internet] [Consultado 2020 marzo 03] Disponible en: <https://wac.colostate.edu/docs/books/encarrera/stagnaro-representacao.pdf>
7. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. Versión 3.1, Ministerio de Salud y la Protección Social; 2018. [Internet] [Consultado 2020 marzo 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5095-de-2018.pdf>

8. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente; 2019 . [Internet] [Consultado 2020 marzo 20] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

Palabras clave: <http://decs.bvs.br>

9. Colombia. El Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993. El Congreso; 1993. [Internet] [Consultado 2020 julio 14] Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf

10. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3100 de 2020, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de servicios de salud y de habilitación de los servicios y se adopta el manual de inscripción de Prestadores de Servicios de Salud. Bogotá: El ministerio; 2019. [Internet] [Consultado 2020 febrero 22] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf

11. Organización Mundial de la Salud. WHA55.18. Calidad de la atención: seguridad del paciente; 2002 . [Internet] [Consultado 2020 julio 14] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. World Health Organization. SEVENTY-SECOND WORLD HEALTH ASSEMBLY. Patient safety - Global action on patient safety Report by the Director-General; 2019. [Internet] [Cited 2020 July 14] available in: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

13. Organización Mundial de la Salud. 72.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Acción mundial en pro de la seguridad del paciente; 2019. [Internet] [Consultado 2020 julio 14] Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf?ua=1

14. Colombia. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente” del Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2008 ; 2008. [Internet] [Consultado 2020 julio 14] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20POL%C3%8DTICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20EN%20LA.pdf>

15. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Calidad en salud en Colombia. Los principios. 2008; 2008. [Internet] [Consultado 2020 julio 19] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

16. American Society for Quality. Quality resources. Quality glossary. [Internet] [Cited 2020 July 19] available in: <https://asq.org/quality-resources/quality-glossary>

17. Nueva ISO 9001:2015. 2016; 2016. [Internet] [Consultado 2020 julio 19] Disponible en: <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/>

18. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, 2016. [Internet] [Consultado 2020 julio 19] Disponible en [:https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad).

10. Anexos

Anexo 1. Autoevaluación estándares y criterios de habilitación - Resolución 2003 de 2014

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.	X		
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	X		
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	X		
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.			X
	Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.			X

<p>Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.</p>			X
<p>Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.</p>	X		
<p>La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soporte vital avanzado. 2. Monitoria de EKG. 3. Métodos avanzados en manejo de vía aérea. 4. Sedación. 5. Lectura e interpretación electrocardiográfica. 	X		
<p>Si realiza sedación grado IV, cuenta con anestesiólogo.</p>	X		
<p>Una vez termine el procedimiento los pacientes deberán ser vigilados por enfermera o auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el responsable del mismo.</p>	X		
<p>Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas.</p>			X

	El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación			X
	Cuenta con anestesiólogo cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.	X		
Infraestructura	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	X		
	Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.	X		
	Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial.	X		
	Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X		
	En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores.	X		

Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.	X		
Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.	X		
Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra.	X		
En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.	X		
En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.	X		
La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.	X		
Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin.	X		
Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.	X		

La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.	X		
En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de frío y las áreas de depósito y almacén de la institución; éstos cuentan con: fuente de energía de emergencia y tanques de almacenamiento de agua para consumo humano.	X		
Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	X		
En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.	X		
Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.	X		
Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.	X		
Si la institución presta servicios de hospitalización, urgencias, UCI, servicios quirúrgicos, obstétricos; los ascensores son de tipo camilleros y los servicios cuentan con un ambiente exclusivo para el manejo de la ropa sucia.	X		
El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.	X		

	El prestador que utilice para su funcionamiento, fuentes radiactivas, cuenta en forma previa a la habilitación, con Licencia de Manejo de Material Radiactivo vigente, expedida por la autoridad reguladora nuclear (Ministerios de Salud y Protección Social y Minas y Energía o la entidad por éste designada para tal fin).			X
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.	X		
	Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.	X		
	La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.	X		
	En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de hospitalización, urgencias y zonas de esterilización, en todas las complejidades, los ambientes de aseo son exclusivos para el servicio.	X		
	La institución donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo a los componentes a transfundir.	X		
Dotación	Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	X		
	En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.	X		
	Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	X		

En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de succión.	X		
Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.	X		
Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.	X		
Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.	X		
Para los servicios donde se realicen procedimientos con sedación, cuenta con: 1. Monitor de signos vitales. 2. Succión con sondas para adultos y pediátrica según el paciente a atender. 3. Oxígeno y oxígeno portátil. 4. Oxímetro de pulso y tensiómetro, cuando no se encuentren incluidos en el monitor de signos vitales.	X		
Para las Instituciones donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes, contar con: 1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes. 2. Sistema de registro y control de temperatura entre 1°C y 6°C. 3. Alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre pueda deteriorarse. 4. Equipo para descongelar plasma, cuando aplique.	X		

	<p>5. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando aplique.</p> <p>6. Agitador o rotador de plaquetas, cuando aplique.</p>			
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	<p>Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.</p>	X		
	<p>Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.</p>	X		
	<p>Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.</p>	X		

<p>El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.</p>	X		
<p>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.</p>	X		
<p>Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.</p>	X		
<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o</p>	X		

	<p>complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.</p> <p>Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reuso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.</p>			
	Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.	X		
	Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.	X		
	Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.	X		
Procesos Prioritarios	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.	X		
	<p>Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:</p> <p>a. Planeación estratégica de la seguridad:</p>	X		

<p>Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.</p> <p>Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.</p>	<p>X</p> <p>X</p>		
<p>b. Fortalecimiento de la cultura institucional:</p> <p>El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución.</p> <p>El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.</p>	<p>X</p>		
<p>c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos:</p> <p>La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.</p>	<p>X</p>		
<p>d. Procesos Seguros:</p> <p>Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.</p> <p>Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.</p> <p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		

<p>Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.</p> <p>Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.</p> <p>Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.</p> <p>Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.</p> <p>Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.</p> <p>Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		
<p>Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:</p> <p>1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.</p>	<p>X</p>		

<p>2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</p> <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.</p> <p>La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.</p> <p>Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		
<p>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del contacto directo con el paciente. 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas. 4. Después de contacto con el paciente. 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente). <p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo. 2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales. 3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado. 4. Uso y reúso de dispositivos médicos. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		

<p>5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.</p> <p>6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.</p> <p>Cuenta con protocolo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limpieza y desinfección de áreas. 2. Superficies. 3. Manejo de ropa hospitalaria. 4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud. <p>Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		
<p>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuario correcto. 2. Medicamento correcto. 3. Dosis correcta. 4. Hora correcta. 5. Vía correcta. <p>Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		
<p>El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.</p>	<p>X</p>		

El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.	X		
En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierne con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.	X		
El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.	X		
Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple: 1. Estabilización del paciente antes del traslado. 2. Medidas para el traslado. 3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia. b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. c) Resumen de historia clínica. 4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros). 5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.	X X X X X X		
Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con: 1. Protocolo de sedación. 2. Protocolo de manejo de emergencias.	X X		

<p>3. Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.</p>	X		
<p>4. Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:</p>	X		
<p>a) Evaluación de la vía aérea.</p>			
<p>b) La determinación del tiempo de ayuno adecuado.</p>			
<p>c) Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.</p>			
<p>d) Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares.</p>	X		
<p>Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.</p>			
<p>5. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.</p>	X		
<p>6. Protocolo que defina atención por anestesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.</p>	X		
<p>Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:</p>			
<p>1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:</p>	X		
<ul style="list-style-type: none"> • Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. 	X		

<ul style="list-style-type: none"> • Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. <p>2. Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.</p>	<p>X</p> <p>X</p>		
<p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice. 2. Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea. 3. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia. 4. Guía para formulación de sangre y hemocomponentes. 5. Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye: <ol style="list-style-type: none"> a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes. b) Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		

	<p>c) Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.</p> <p>d) Establece controles formales para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entrega de los componentes sanguíneos: en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra, marcaje y entrega final al servicio que realice la transfusión. • La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor. • La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería. 	X		
		X		
		X		
		X		
		X		
Historia Clínica y Registros	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X		
	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.	X		
	El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.	X		
	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.	X		
	Las historias clínicas y/o registros asistenciales:	X		

<p>Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.</p> <p>Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p> <p>Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</p>			
<p>Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.</p>	X		
<p>Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.</p>	X		
<p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente. 2. Registro de la información post-transfusional. 3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos. 4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma. 5. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas. 6. Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		

Grupo: Internación	Servicio: Hospitalización mediana y alta complejidad
Descripción del Servicio: Es la actividad de atención en salud que se realiza a un paciente por requerimiento de su condición de salud, que requiere continua monitorización, tecnología de punta y personal especializado, con procedimientos que requieren estancia del paciente mayor a 24 horas en un servicio de internación.	

Hospitalización mediana y alta complejidad				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Talento Humano	Por cada especialidad ofertada, disponibilidad de médico especialista.	X		
	Cuenta con: -Médico general.	X		
	Cuenta con: -Enfermera y auxiliar de enfermería. Disponibilidad de: -Nutricionista.	X X		
	Cuando se oferten servicios de hospitalización oncológica, cuenta con: 1. Médico internista. 2. Médico general. Disponibilidad de: Oncólogo clínico o hematólogo o hemato-oncólogo, según el tipo de cáncer a tratar.	X X X		

	<p>Si ofrece oncología pediátrica: cuenta con pediatra con certificado de formación para el control médico del paciente oncológico pediátrico.</p> <p>Disponibilidad de: Especialistas en oncología pediátrica, hematología pediátrica o en oncohematología pediátrica.</p> <p>Cada uno de los servicios de oncología deberá registrar en el REPS el nombre del oncólogo responsable y reportar los cambios que se presenten en éste recurso humano.</p> <p>El servicio cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermera oncóloga o con certificado de formación del cuidado integral del paciente oncológico. - Auxiliar de enfermería con certificado de formación para el apoyo al cuidado al paciente oncológico. 	X		X
	<p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psicología. 2. Trabajo social. 3. Nutricionista. 4. Fisioterapia o terapia respiratoria. 	X	X X X	
Infraestructura	<p>Adicional a lo exigido en hospitalización de baja complejidad, cuando se oferta hospitalización pediátrica, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventanas con sistemas de seguridad para los niños. 2. Las instalaciones eléctricas disponen de un sistema o mecanismo que impida que los niños puedan lesionarse. 3. Cuando se trata de lactantes, área acondicionada para bañarlos y vestirlos. 			X X X

	<p>Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambiente de trabajo para procesos sucios. 2. Ambiente de trabajo para procesos limpios. 3. Ambiente de trabajo para procesos estériles. 4. Mesón de trabajo que incluye poceta. 5. Lavamanos. 6. Pisos, cielorosas y paredes lisos, impermeables y lavables. 	X		
	<p>En hospitalización oncológica adicionalmente cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuarto de aislamiento para pacientes inmunosuprimidos. 2. Ambiente que permita ser utilizado como aula cuando se oferten servicios de oncología pediátrica. 	X		X
Dotación	Aplican lo de hospitalización de baja complejidad.	X		
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	<p>Aplica lo de todos los servicios.</p> <p>Cuenta con kit para recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencias sexuales, según lo definido en la Resolución 459 de 2012 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.</p>	X		
Procesos Prioritarios	Aplican lo de hospitalización de baja complejidad	X		
	Para Hospitalización oncológica adicionalmente cuenta con:			

	1. Registro de tumores hospitalario.		X	
	2. Hoja o registro de quimioterapia.		X	
Interdependencia	Cuenta con:			
	1. Laboratorio Clínico.	X		
	2. Transfusión sanguínea.	X		
	3. Radiología.	X		
	4. Servicio Farmacéutico.	X		
	Disponibilidad de:			
	1. Transporte Asistencial.	X		
	2. Nutrición.	X		
	3. Proceso de esterilización.	X		
	4. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).	X		
	Para hospitalización de pacientes oncológicos adicionalmente cuenta con:			X
	1. Cirugía oncológica.			
	2. Quimioterapia.	X		
3. Cuidado intensivo.	X			
4. Hematología.	X			
5. Servicio de transfusión sanguínea.	X			
6. Patología, con médico patólogo presencial diurno, con capacidad de procesar biopsias por congelación y de realizar marcadores tumorales.	X			
7. Imágenes diagnósticas con servicio las 24 horas para radiografías simples, ecografía y tomografía axial computarizada.	X			

	<p>8. Laboratorio Clínico con capacidad para realizar hematología, bioquímica, microbiología y micología básica las 24 horas e inmunología clínica diurna, marcadores tumorales, estudios virales, estudios de biología molecular, citometría de flujo, citogenética, inmunohistoquímica, inmunofenotipo, citogenética y marcadores para biología molecular, con centro de referencia con experiencia en oncología y hematología.</p> <p>9. Servicio farmacéutico de alta complejidad.</p> <p>Para hospitalización de pacientes oncológicos, adicionalmente disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trasplante de precursores hematopoyéticos, cuando oferten oncología hematológica. 2. Radioterapia. 3. Genética. 4. Medicina nuclear. 5. Braquiterapia. 6. Rehabilitación. <p>Si ofrece oncología y hematología pediátrica, aplica lo anteriormente exigido pero para la especialidad pediátrica.</p>	<p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p>
--	---	-------------------	---	----------

Grupo: Quirúrgicos	Servicio: Cirugía mediana y alta complejidad
Descripción del Servicio:	

Servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas que requieren recurso médico especializado, estancia hospitalaria, en algunas ocasiones equipamiento específico y de tecnología de punta por procedimiento siempre en salas quirúrgicas.

Cirugía mediana y alta complejidad				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Talento Humano	<p>Adicional a lo establecido en servicios quirúrgicos de baja complejidad, cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Especialistas, según los servicios que ofrece la institución. - Los médicos con especialidades quirúrgicas que cuenten en su pènsum o formación académica adicional con entrenamiento en procedimientos de cirugía estética directamente relacionados con su especialidad, podrán realizar esos procedimientos. 	X		X
	<p>Si ofrece cirugía oncológica, cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Especialista en cirugía oncológica o especialista quirúrgico que demuestre haber adquirido en su pensum académico formación en oncología o certificado de formación, de acuerdo con la oferta. 		X	
	<p>Si oferta cirugía oncológica pediátrica, cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico especialista en cirugía pediátrica o médico con especialidad quirúrgica y certificado de formación de cirugía oncológica pediátrica, de acuerdo con la oferta. 			X

Infraestructura	Aplica lo exigido para baja complejidad y adicionalmente, si la institución realiza procedimientos de cirugía cardiovascular, cuenta con:			
	Una fuente de oxígeno independiente para la bomba de circulación extracorpórea.			X
	Una toma eléctrica independiente para la bomba de circulación extracorpórea y aire para la bomba si ésta la requiere.			X
Dotación	Adicional a lo exigido en cirugía de baja complejidad:			
	Disponibilidad de:			
	1. Electrocardiógrafo.	X		
	2. Pulsoxímetro y/o monitor cardíaco.	X		
	En sala de recuperación, cuenta con:			
	1. Bombas de infusión.	X		
	2. Estimulador de nervio periférico.	X		
	3. Presión arterial invasiva y no invasiva.	X		
	4. Oxímetro de pulso.	X		
5. El analizador de gases anestésicos inspirados y expirados se requiere en cirugía cardiovascular, neurocirugía y en cirugías en las que se empleen técnicas anestésicas con flujos bajos.	X			
6. El monitoreo de temperatura se requiere en todos los servicios quirúrgicos que practiquen cirugías en neonatos, en infantes menores, en cirugía cardíaca, en trauma severo y en cirugías de más de tres horas.	X			
7. Equipo de gases arteriales.	X			
8. Sistema de infusión rápida de líquidos y sistema de calentamiento de líquidos y sangre.	X			
9. Cardiovisoscopio.	X			

<p>10. Equipo mínimo para manejo de la vía aérea: carro de vía aérea con las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hojas de laringoscopio curvas y rectas de diferentes tamaños incluidas pediátricas. - Tubos endotraqueales de diferentes calibres. - Estiletes luminosos. - Máscaras laríngeas. - Equipo de cricotiroidotomía percutánea. <p>11. Equipo de intubación retrógrada</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>		
<p>En sala de recuperación, disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rayos X portátil. 2. Equipo de gasometría arterial y electrolitos. 	<p>X</p> <p>X</p>		
<p>Para Cirugía cardiovascular, además de la dotación para servicios quirúrgicos, cuenta con:</p> <p>Equipos e instrumental necesario para la práctica de cirugías cardiovasculares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bomba de circulación extracorpórea con entrada y salida de agua independiente, fuente de oxígeno y aire comprimido y toma eléctrica independiente. 2. Balón de contra pulsación aórtica. 3. Intercambiador de calor. 4. Cobija térmica. 5. Salvador de células. 6. Fotóforo de luz fría. 			<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>

<p>Para Cirugía oftalmológica, además de la dotación para servicios quirúrgicos, cuenta con instrumental y equipos para la práctica de cirugía oftalmológica, acorde con los procedimientos ofrecidos por el servicio, que incluye entre otros: microscopio de acuerdo con los procedimientos que realice e instrumento de cauterización.</p>			X
<p>Si ofrece servicios de eximer láser, cuenta con unidad de eximer láser compuesta por: mesa o silla reclinable, microscopio, computador, monitor y microquerátomo.</p> <p>Si ofrece servicio de trasplante de córnea cuenta con microscopio quirúrgico binocular.</p>			X
<p>Para Cirugía otorrinolaringológica, además de la dotación para servicios quirúrgicos y según el tipo de procedimiento que realice, cuenta con:</p> <p>Microscopio de pedestal, específicamente para procedimientos de oído y de laringe, instrumental para oído, laringe y nariz, endoscopio para practicar cirugía endoscópica de senos paranasales.</p>			X
<p>Para Cirugía plástica, maxilofacial y de la mano:</p> <p>Además de la dotación para servicios quirúrgicos cuenta con: equipos e instrumental necesario para la práctica de cirugías plásticas, según el tipo de procedimiento que realice, entre otros:</p> <p>Equipo de corte y perforación, instrumental para cirugía de labio y paladar hendido, expansores de tejidos, mesa para cirugía de mano, torniquete neumático para cirugía de mano e instrumental para cirugía de mano.</p> <p>Disponibilidad de equipo de mini y microplacas.</p>			X X X

	Para Cirugía urológica además de la dotación para servicios quirúrgicos: Si realiza resección transuretral de próstata, cuenta con: mesa urológica o con opción para colocar estribos, sistema de irrigación con atril y succión, bolsas de irrigación, bajante, equipo de resección transuretral.	X		
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	Aplica lo de todos los servicios.	X		
Procesos Prioritarios	Adicional a lo exigido para baja complejidad, cuenta con: 1. Protocolo para formulación de sangre y hemocomponentes. Podrá utilizar la guía del Instituto Nacional de Salud o construir otro con base en evidencia científica. 2. Protocolos para manejo de transfusiones y sus complicaciones, para lo cual se debe utilizar los lineamientos del Ministerio de Salud y el manual de hemovigilancia del Instituto Nacional de Salud. 3. Cuando oferte procedimientos obstétricos, cuenta con guías y protocolos de: a. Atención para hemorragia post- cesárea. b. Atención de complicaciones de la cesárea.	X X		X X
Historia Clínica y Registros	Aplica lo exigido para todos los servicios.	X		
Interdependencia	Para mediana complejidad: Cuenta con:			

<p>1. Hospitalización.</p> <p>2. Radiología e Imágenes diagnósticas.</p> <p>3. Laboratorio clínico.</p> <p>4. Servicio farmacéutico.</p> <p>5. Proceso de esterilización.</p> <p>Disponibilidad:</p> <p>1. Transfusión sanguínea.</p> <p>2. Patología.</p> <p>3. Terapia respiratoria.</p> <p>4. Nutrición.</p> <p>5. Transporte Asistencial.</p>	<p>X</p>		
<p>Para alta complejidad:</p> <p>Cuenta con:</p> <p>1. Hospitalización.</p> <p>2. Cuidado Intensivo, según la oferta.</p> <p>3. Transfusión sanguínea.</p> <p>4. Radiología e Imágenes diagnósticas.</p> <p>5. Laboratorio clínico.</p> <p>6. Servicio farmacéutico.</p> <p>7. Proceso de esterilización.</p> <p>8. Patología.</p> <p>Disponibilidad de:</p> <p>1. Terapia respiratoria.</p> <p>2. Nutrición.</p> <p>3. Transporte Asistencial.</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	

Anexo 2 Estándares y criterios de acreditación en salud, subgrupo seguridad del paciente - Resolución 5095 de 2018

Grupo de estándares del cliente asistencial Subgrupo: seguridad del paciente				
Estándar de seguridad del paciente	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Estándar 5: Formulación, implementación y evaluación de la política de seguridad del paciente y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:	Una estructura funcional para la seguridad del paciente.	X		
	Implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos asistenciales y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.	X		
	Monitorización de eventos adversos.	X		
	Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño superior.		X	
	Inclusión de estrategias de información sobre eventos adversos a los pacientes y sus familiares.		X	
Estándar 6: La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de	La estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos, fallas y eventos adversos.	X		
	La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evite los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.	X		

seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes. Incluye:	La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya prestado la atención precedente.	X		
	A partir de los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad se definen acciones para el mejoramiento de los factores críticos que inciden en la transformación del clima de seguridad.	X		
Estándar 7: La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.	Procesos institucionales seguros: • Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.	X		
	• Política institucional de Seguridad del Paciente.	X		
	• Promoción de la cultura de seguridad.	X		
	• Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo: _Reporte _Análisis y Gestión	X		
	• Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.		X	
	• Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador.		X	
	• Estandarización de procedimientos de atención.	X		
	• Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.	X		

	• La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente, utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio.		X	
	• Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud		X	
	Procesos Asistenciales seguros:			
	• Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.	X		
	• Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.	X		
	• Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	X		
	• Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	X		
	• Prevenir úlceras por presión.	X		
	• Prevenir las complicaciones anestésicas.		X	
	• Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.	X		
	• Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.		X	
	• Implementar equipos de respuesta rápida.		X	
	• Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.		X	
	• Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.	X		
	• Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.	X		
	• Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.		X	

	• Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.			X
	• Prevención de la malnutrición o desnutrición.			X
	• Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo.			X
	Prácticas que mejoren la actuación de los profesionales: • Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes.		X	
	• Prevenir el cansancio del personal de salud.		X	
	• Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.		X	
	• Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes.			X
	Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad: • Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad.	X		
	• Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención.		X	
Estándar 8: La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.	El plan de prevención y control de infecciones está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.		X	
	El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.	X		
	Implementación de protocolos para la higiene de manos basados en la evidencia.	X		

Se realiza capacitación inicial y refuerzo periódico en los protocolos de higiene de manos a todo el personal de la institución y personal en formación.	X		
Se realizan evaluaciones periódicas del cumplimiento de los protocolos de higiene de manos, mediante observación directa.	X		
Se da información de los resultados alcanzados en la evaluación del cumplimiento del protocolo a todo el personal implicado.	X		
Se utilizan los resultados para implementar mejoras en el proceso, cuando sea necesario.	X		
Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.		X	
El personal de la organización recibe inducción, reinducción y entrenamiento en la prevención y el control de infecciones.		X	