

**EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN EL SERVICIO  
HOSPITALIZACIÓN COOMEVA DE LA CLÍNICA SANTA MARÍA, DURANTE EL  
CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2014 EN SINCELEJO, SUCRE**

**ANA LUCÍA ARROYO ANAYA  
BLANCA BAENA DÍAZ  
DIANA PATRICIA URUETA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD  
SINCELEJO, SUCRE  
2015**

**EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN EL SERVICIO  
HOSPITALIZACIÓN COOMEVA DE LA CLÍNICA SANTA MARÍA, DURANTE EL  
CUARTO TRIMESTRE DEL AÑO 2014 EN SINCELEJO, SUCRE**

**ANA LUCÍA ARROYO ANAYA  
BLANCA BAENA DÍAZ  
DIANA PATRICIA URUETA**

**Trabajo de investigación presentado para optar al título de Especialista en Gerencia de la  
Calidad y Auditoría en Salud**

**Asesor**

**GERMÁN JAVIER ARRIETA BERNATE  
Microbiólogo, Mg en Microbiología Tropical**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE - CECAR  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORÍA EN SALUD  
SINCELEJO, SUCRE**

**2015**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

**Director**

---

**Evaluador 1**

---

**Evaluador 2**

**Sincelejo, 21 de marzo de 2015**

## **DEDICATORIA**

A Dios padre y amigo fiel que no nos desampara y nos regaló sabiduría, inteligencia y entendimiento para hacer de este trabajo investigativo una realidad.

A nuestros padres por su apoyo y motivación en este camino de preparación para convertirnos en profesionales íntegros y entregados a su labor.

A nuestros amigos, por acompañarnos y ser voz de aliento para convertirnos cada día en mejores personas y por enseñarnos el valor del trabajo en equipo que se vio reflejado en el grupo de investigación.

A nuestros docentes, por brindarnos sus amplios conocimientos y experiencias en su labor que permitieron nuestra formación personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos en primer lugar a Dios, con Él todo y sin Él nada, por iluminarnos y fortalecer nuestro espíritu para emprender este camino hacia el éxito.

Agradecidos de nuestro tutor, el Dr. Germán Arrieta, por todo el apoyo brindado, por su calidad humana, por instruirnos y guiarnos a realizar este proyecto que hoy tuvimos el inmenso placer de defender con propiedad y con base, y firmeza.

A todo el personal docente, por dedicarnos su tiempo, sus herramientas y sus espacios en las instalaciones de la Corporación Universitaria del Caribe CECAR.

A nuestros compañeros de estudio, que más que eso, son nuestros amigos, con quienes hemos convivido cierto tiempo de nuestras vidas en esta institución, compartiendo alegrías, penas, trabajos, talleres, notas, quien más que ustedes, que son parte de nuestro proyecto, por cada palabra expresada en este tiempo, dándonos confianza de que todo saldrá bien ... gracias por todo.

Por último, quisimos dejar a unas personas que son el tronco de este gran árbol ramificado que somos cada uno de nosotros, que son la fortaleza echa persona, quienes son las que verdaderamente se merecen la evaluación de hoy... nuestras familias!

Dios los bendiga por siempre, por confiar en nosotros, por tener esa paciencia de guiarnos, esa fortaleza para enfrentar nuestros errores, esa bondad al perdonarnos una y otra vez, ese gran amor que brota en cada acto que realizan, ese brillo que se reflejan en sus ojos cuando nos ven triunfar...

Gracias por todo!

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
RESUMEN .....	7
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCIÓN .....	9
1. JUSTIFICACIÓN .....	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
3. OBJETIVOS .....	14
3.1. Objetivo general .....	14
3.2. Objetivos específicos.....	14
4. ANTECEDENTES .....	15
5. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	17
5.1. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGC .....	18
5.1.1. Sistema Único de habilitación en Colombia.....	20
5.1.2. Resolución 1441 del 6 de Mayo de 2013.....	21
5.1.3. Resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014.....	21
5.1.4. Resolución 3678 del 28 de Agosto de 2014.....	23
6. HIPOTESIS O PROPUESTA DE SOLUCIÓN .....	24
7. METODOLOGÍA.....	25
8. CONCLUSIONES.....	26
9. RECOMENDACIONES .....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
ANEXOS .....	31

## RESUMEN

La Resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014 define los nuevos estándares del sistema único de habilitación definiendo los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, dando plazo hasta el 31 de Enero del 2015 para que se cumplan las condiciones que exige esta norma. Partiendo de lo anterior verificamos ¿cuáles son los estándares de habilitación que cumple el servicio de hospitalización Coomeva de la Clínica Santa María de Sincelejo y cuáles son los que se convierte en oportunidades de mejoras?

Para la realización de esta evaluación se utilizó la siguiente metodología:

1. Revisión bibliográfica con respecto a requisitos mínimos de habilitación según Resolución 2003 de 2014.
2. Aplicación del instrumento para la verificación del cumplimiento de estándares según Resolución 2003 de 2014 (Anexo 1)
3. Análisis de la información recolectada a través del instrumento y de la observación.
4. Elaboración de informe respecto a los hallazgos (Anexo 2).

Al aplicar el instrumento de verificación se encontró que el servicio de hospitalización pabellón Coomeva de la Clínica Santa María ubicada en la ciudad de Sincelejo - Sucre, debe enfocar todos los esfuerzos para realizar ajustes en los estándares tales como, talento humano, infraestructura y procesos prioritarios, para garantizar una prestación a los usuarios con calidad.

*Palabras Clave:* habilitación en salud, evaluación de estándares de calidad, servicio, instrumento de verificación, cumplimiento.

## ABSTRACT

Resolution 2003 of 28 May 2014 defines new standards unique system of qualification defining the procedures and conditions for registration of Health Service Providers and enable health services, giving a deadline of January 31, 2015 to the conditions required by this standard are met. Based on the above we verify what qualification standards compliant inpatient service Coomeva the Clínica Santa María de Sincelejo and which ones becomes improvement opportunitiesare?

For the realization of this evaluation was used the following methodology:

1. Literature review regarding minimum eligibility requirements under Resolution 2003 of 2014.
2. Implementation of the instrument for verification of compliance with standards under Resolution 2003 of 2014 (Annex 1).
3. Analysis of the information collected through the instrument and observation.
4. Preparation of report on the findings (Appendix 2).

In applying the test instrument was found that hospitalization service flag Coomeva of the Santa Maria Clinic located in the city of Sincelejo - Sucre, must focus all efforts to make adjustments to standards such as human talent, infrastructure and priority processes to ensure a supply users with quality.

*Keywords:* habilitation in health, evaluation of standards of quality, service, test instrument, compliance.



## INTRODUCCIÓN

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

La Resolución 1441 de 2013, fue derogada integralmente por la Resolución 2003 de 2014, que corrige yerros de la primera y extiende el plazo para su cumplimiento hasta el 30 de septiembre de 2014. Posterior a esta resolución se expide la Resolución 3678 del 28 de Agosto del 2014 la cual modifica la Resolución 2003 del 2014 ampliando el plazo de la autoevaluación hasta el 30 de Enero de 2015.

Actualmente con la expedición de la Resolución 2003 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó las normas de habilitación de los servicios de salud que deberán aplicar los prestadores de servicios de salud. Uno de los beneficios de la nueva norma es el ajuste en los criterios de habilitación de algunos servicios de salud, atendiendo las necesidades del sector.

El Servicio de Hospitalización Coomeva de la Clínica Santa María de Sincelejo se acoge a esta norma como requisito para su funcionamiento, futuro proceso de acreditación y además para la consecución de sus objetivos de calidad.

La Clínica Santa María, es considerada por la comunidad como la institución prestadora de servicio de salud más importante del departamento de Sucre, teniendo en cuenta su Infraestructura, la alta tecnología, la diversidad de servicios de salud que ofrece, y la calidad de su talento humano. Fue creada en 1992, cuando un grupo de médicos de la ciudad de Sincelejo, identificaron la necesidad de crear un servicio de cirugía y hospitalización que permitiera el desarrollo profesional y a la vez respondiera a las necesidades y requerimientos de algunos pacientes que buscaban mejores estándares de calidad y servicios.

La resolución modificatoria tiene varios beneficios para los prestadores de servicios entre los que se encuentran el ajuste en los criterios de habilitación de algunos servicios de salud, el desarrollo del proceso de autoevaluación acompañado del de actualización de su portafolio de servicios.

## **1. JUSTIFICACIÓN**

Con esta investigación se pretende cumplir con normatividad vigente expuesta por el gobierno nacional, basadas en leyes resoluciones y decretos que buscan mejorar las condiciones de prestación de servicios de salud, y con fundamento en los principios constitucionales contenidos en los artículos 48 y 49, donde la seguridad social en salud es un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del estado, que se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, integralidad y solidaridad, interesados cada día en ofrecer servicios de salud a todos los colombianos. Se estableció la Ley 100 de 1993 que crea el sistema general de seguridad social en salud, ésta en su artículo 3 dice “el estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional el derecho irrenunciable a la seguridad social”; el artículo 173 numeral 3 por el cual se expiden las normas administrativas de obligatorio cumplimiento para las entidades promotoras de salud, por las instituciones prestadoras de servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Así mismo en el numeral 52 de la ley 715 establece que “todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico- administrativa, para la prestación del servicio a su cargo”. El Decreto 1011 de 2006 crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con sus cuatro componentes entre estos el sistema único de habilitación, que permitirá evaluar los estándares de habilitación en el Servicio Hospitalización Coomeva de la Clínica Santa María en Sincelejo, Sucre con base la resolución 2003 de mayo 28 de 2014, por las razones que se describen seguidamente:

1. Ausencia de estudios en el servicio de hospitalización Coomeva que permitan identificar los estándares de habilitación, que nos permita mejorar las condiciones del servicio.

2. Es necesario identificar los estándares de habilitación que cumple el servicio de hospitalización Coomeva para conocer el trabajo realizado hasta el momento y convertirse en el punto de partida para fortalecerlo.
3. El estudio es beneficioso para el servicio de hospitalización Coomeva y la Clínica Santa María porque se identificará los estándares que no cumplen y que se puedan convertir en oportunidades de mejora.
4. Los hallazgos del servicio pueden encaminarse en una fuente motivadora para la evaluación de los estándares de habilitación en los diferentes servicios de esta institución. Igualmente es importante resaltar que los procesos de habilitación en salud se convierten entonces, en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El sistema único de habilitación es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, y tiene como propósito la protección de los usuarios de los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud y las condiciones en que estos se ofrecen.

La Resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014 define los nuevos estándares del sistema único de habilitación definiendo los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, dando plazo hasta el 31 de Enero del 2015 para que se cumplan las condiciones que exige esta norma.

El servicio hospitalización Coomeva de la Clínica Santa María quiere cumplir con los nuevos estándares del sistema único de habilitación para brindar un servicio con calidad ajustado a la norma vigente.

A partir de los postulados anteriormente mencionados se formula la siguiente pregunta de Investigación:

¿Cuáles son los estándares de habilitación que cumple el servicio de hospitalización Coomeva y cuáles son los que se convierte en oportunidades de mejoras?

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1. Objetivo general

Evaluar los estándares de habilitación que se están cumpliendo en el servicio hospitalización Coomeva.

#### 3.2. Objetivos específicos

- Identificar los estándares de habilitación que se están cumpliendo en el servicio hospitalización Coomeva.
- Establecer las condiciones que no se cumplen en el servicio hospitalización Coomeva.
- Proponer mejoras en aquellas condiciones que no cumplen con los estándares de habilitación.

#### **4. ANTECEDENTES**

La constitución política de Colombia de 1991, enmarca derechos fundamentales a la vida y la salud; el gobierno nacional en aras del cumplimiento a esta disposición crea La ley 100 de 1993, en la cual en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud, Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el cual el Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud a través del decreto 1011 de 2006.

El Sistema Único de habilitación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud. El Ministerio de la Protección Social a través de la Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006 estableció las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.

En el país hasta Septiembre del 2012 de 4.000 prestadores de servicios de salud solo 2.285 estaban habilitadas y alrededor de 23 acreditadas, esto significa que tan solo el 50% se encuentran con las condiciones mínimas que requiere uno de los componentes del SOGC como lo es el sistema único de habilitación.

En el departamento de Sucre, específicamente en la capital Sincelejo, se encuentra la Clínica Santa María S.A.S, ips de carácter privado, habilitada, e interesada en el cumplimiento de las normatividades actuales vigentes, llamando la atención al grupo investigativo, para evaluar estándares de habilitación, ya que en el servicio de hospitalización Coomeva de la Clínica Santa María no reposan estudios, ni hay evidencias registradas de que se haya llevado a cabo este

proceso de habilitación, por tal motivo se hace aún más necesaria la realización de este proyecto el cual se tomará como base o punto de referencia para trabajos futuros.



## **5. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

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

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema

Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

#### 5.1. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGC

La calidad de la atención de 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 (artículo 2° decreto 1011 de 2006), es por esto que el 3 de Abril de 2.006 a través del decreto 1011 Colombia establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyo campo de aplicación está dirigido a 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.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOGCS, de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de

servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, EAPB, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, o con Entidades Territoriales.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

**1. 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.

**2. 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.

**3. Seguridad.** 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.

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

**5. 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.

Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.

#### 4. El Sistema de Información para la Calidad.

El Sistema de Único de Habilitación que plantea la exigencia de procesos internos de auditoría que garanticen la calidad dentro de las instituciones de salud, es normatizado actualmente por la resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014.

##### *5.1.1. Sistema Único de habilitación en Colombia*

En el sector salud se hace importante hablar del Sistema Único de Habilitación como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). (Ministerio de la protección social Decreto 1011 de 2006).

Desde el año 2006 Colombia exige el Sistema Único de Habilitación a través de la **Resolución 1043**, sin embargo y teniendo en cuenta el Artículo 4 – Parágrafo 1º del 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”, indica que el Ministerio de Salud ajustará periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGC de la Atención en Salud.

Por lo anterior el Ministerio de Salud y la Protección Social expide la Resolución 1441 del 6 de Mayo de 2013.

### *5.1.2. Resolución 1441 del 6 de Mayo de 2013*

Nace por necesidad de ajustar los procedimientos y condiciones para la habilitación de los servicios de salud, de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector que permitan brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud. La Resolución 1441 de 2013 introdujo nuevos e importantes cambios para los prestadores, tales como: visitas previas de verificación, modificación en algunas novedades de habilitación, creación del Comité Permanente de Revisión del Manual de Habilitación para evaluar la efectividad y actualizar las condiciones, estándares y criterios definidos; eliminación, creación y modificación de servicios y definición de solo siete estándares dentro de las Condiciones Tecnológicas y Científicas exigidas por esta resolución. Sin embargo ésta, en el ejercicio de su aplicación, surgieron inquietudes sobre aspectos técnicos de esta precitada resolución, por lo que se consideró del caso efectuar una revisión integral y sistemática de la misma. Que en concordancia con lo anterior y en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hizo necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el manual establecido en la **Resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014**.

### *5.1.3. Resolución 2003 del 28 de Mayo de 2014*

Esta resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Aplica para:

1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. Los Profesionales Independientes de Salud.
3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
4. 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.
5. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

Además de lo anterior establece que los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

**1. Capacidad Técnico-Administrativa.**

**2. Suficiencia Patrimonial y Financiera.**

**3. Capacidad Tecnológica y Científica.**

**4. Inscripción y habilitación.** Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.

**5. Autoevaluación de las condiciones de habilitación.** La autoevaluación 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.

- 6. Ampliación del término de vigencia de la inscripción renovada.** La vigencia de la inscripción para los prestadores que cuenten con la inscripción renovada hasta el 31 de mayo de 2014, se ampliará hasta el 30 de septiembre de 2014.

#### *5.1.4. Resolución 3678 del 28 de Agosto de 2014*

Esta Resolución se expide para modificar la Resolución 2003 de 2014, más específicamente el Artículo 5. El Ministerio de Salud con corte a 14 de agosto de 2014 al revisar el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud encontró que de las 57.314 sedes habilitadas para prestar el servicio en todo el país, solo el 23,48% había realizado la actualización del portafolio.

Siendo necesaria la modificación de la Resolución 2003 de 2014 para evitar el cierre de los prestadores de salud y garantizar la continuidad de la prestación del servicio de Salud a los colombianos.

Con la resolución 3678 de 2014 se procede a modificar el numeral 5.5 del artículo 5, el artículo 11 y los numerales 20.1 y 20.4 del artículo 20.

Por consiguiente la vigencia de la inscripción para los prestadores que cuenten con la inscripción renovada hasta el 31 de mayo de 2014, se ampliara hasta el 30 de enero de 2015.

## **7. HIPOTESIS O PROPUESTA DE SOLUCIÓN**

El servicio de hospitalización Coomeva cumplen algunos estándares de habilitación y otros no, los cuales se convierten en oportunidades de mejora, por tal razón se hace necesario realizar evaluaciones periódicas que permitan identificar los factores que no posibiliten una mejor prestación del servicio lo que redundaría en decadencia de la calidad, con el fin de fortalecerlos. Para llevar a cabo esta tarea utilizaremos como herramienta la Resolución 2003 del 28 de 2014, reglamentada por el Ministerio de Salud y de Protección Social por la cual se definen los procedimientos de habilitación de servicios de salud.



## **8. METODOLOGÍA**

La metodología utilizada para la realización del presente trabajo de investigación es:

1. Revisión bibliográfica con respecto a requisitos mínimos de habilitación según Resolución 2003 de 2014.
2. Aplicación del instrumento para la verificación del cumplimiento de estándares según Resolución 2003 de 2014 (Anexo 1)
3. Análisis de la información recolectada a través del instrumento y de la observación.
4. Elaboración de informe respecto a los hallazgos (Anexo 2).

## 9. CONCLUSIONES

- Luego de evaluar el cumplimiento de los estándares de habilitación de acuerdo a la actual resolución 2003, se concluye que el servicio de hospitalización pabellón Coomeva de la Clínica Santa María ubicada en la ciudad de Sincelejo - Sucre, debe enfocar todos los esfuerzos para realizar ajustes en los estándares tales como, talento humano, infraestructura y procesos prioritarios, para garantizar una prestación a los usuarios con calidad.
- Al verificar el cumplimiento de estándares de habilitación de acuerdo a la nueva propuesta de la resolución, se observa que el servicio de hospitalización cuenta con personal idóneo y comprometido con la prestación del servicio, sin embargo las enfermeras del servicio solo se encuentra en los turnos mañana y tarde, la noche la cubre la enfermera de urgencias.
- El estándar de infraestructura presenta incumplimientos en que el servicio no cuenta con ambiente de trabajo sucio, hay que utilizar el de los servicios vecinos, aunque cuenta con ambiente de trabajo para procesos limpios y estériles pero no están debidamente señalizado.
- En el estándar de procesos prioritarios cumple con la mayoría de los ítems excepto en que no existe identificación de paciente con tarjetas pie de camas.
- Verificando el cumplimiento de los estándares de la nueva propuesta en medicamentos, dispositivos médicos e insumos, dotación, historia clínica y registros se observa que cumple con los requisitos de normatividad con un equipo humano idóneo para la prestación del mismo.
- El instrumento utilizado para la evaluación facilitó en forma práctica que se llevara a cabo la investigación encontrándose hallazgos positivos en los ítems, y solo encontrando tres

ítems específicos en los cuales se puede trabajar teniendo en cuenta las recomendaciones sugeridas.

## **10. RECOMENDACIONES**

El servicio de hospitalización pabellón Coomeva de la Clínica Santa María ubicada en la ciudad de Sincelejo - Sucre, debe enfocar todos los esfuerzos para realizar ajustes en los estándares tales como, talento humano, infraestructura, procesos prioritarios, para garantizar una prestación a los usuarios con calidad.

- Después de observar que el servicio de hospitalización Coomeva cuenta con personal idóneo y comprometido con la prestación del servicio, se sugiere que en los turnos nocturnos se cuente con una enfermera propiamente del servicio para brindar atención con mayor calidad.
- En el estándar de infraestructura se recomienda realizar un análisis arquitectónico y un presupuesto para construir un ambiente de trabajo sucio y realizar la correcta señalización de las diferentes áreas.
- La implementación de la identificación de paciente con tarjetas pie de camas es una oportunidad de mejora para cumplir con el estándar de procesos prioritarios.
- En los estándares de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, dotación, historia clínica y registros, realizar seguimientos a través de autoevaluaciones y auditorías internas para mantener el cumplimiento de cada uno de los ítems.
- Realizar planes de mejoras, teniendo en cuenta cada uno de los estándares con el objeto de cumplirlos sin excepción, comenzar acciones para dar paso a la acreditación y de esta forma brindar atención en salud con calidad con los más altos niveles de satisfacción de los usuarios, y una alta competitividad en el mercado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Consultor Salud. *Flash de noticias. Habilitación – ampliado el plazo para su renovación. Resolución 3678 de 2014.* Recuperado de <http://www.consultorsalud.com/images/Resolucin%203678%20de%202014.pdf>

Corporación Universitaria del Caribe CECAR. Centro de Educación Continuada y Posgrados. Guía para elaboración de la propuesta de investigación, anteproyecto. 2014

*Habilitación Activa S.A.S. Sistema Único de Habilitación.* Recuperado de <http://www.habilitacionactiva.com/sistema-unico-de-habilitacion>

Hospital Universitario Departamental Nariño ESE. *Hospital Seguro. Institución de Salud Acreditada.* <http://es.scribd.com/doc/88005509/perio-dico-HOSDENAR>

Ministerio de la Protección Social (2013). *Resolución 1441 del 6 de Mayo de 2013.* Consultado el 19 de Marzo de 2014. Recuperado de [URL:http://www.consultorsalud.com/attachments/article/0/Instrumento%20De%20Autoevaluacion%20Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.pdf](http://www.consultorsalud.com/attachments/article/0/Instrumento%20De%20Autoevaluacion%20Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.pdf)

Ministerio de la protección social. *Acreditación en salud. Historia de la acreditación en salud.* Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=114&IdCat=29>

Ministerio de Salud y de la Protección Social. *Listado de instituciones prestadoras de servicios de salud con cuentas registradas para giro directo desde la nación.* Recuperado de [www.minsalud.gov.co/.../IPS%20habilitadas%20septiembre%202012.xls](http://www.minsalud.gov.co/.../IPS%20habilitadas%20septiembre%202012.xls)

## ANEXOS

<b>ANEXO 1</b> <b>PROCESO DE EVALUACIÓN CLÍNICA SANTA MARÍA S.A.S</b> <b>ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN HOSPITALIZACIÓN DE BAJA Y MEDIANA</b> <b>COMPLEJIDAD</b>
<b>ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE VERIFICACIÓN POR SERVICIO RESOLUCIÓN 2003</b> <b>DE 2014</b>

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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	X			

Servicio	Estándar	Criterio	Cumpl e	No Cum ple	No Apl ica	Observacione s
		el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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.	X			



Servicio	Estándar	Criterio	Cumpl e	No Cum ple	No Apl ica	Observacione s
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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,	X			

Servicio	Estándar	Criterio	Cumpl e	No Cum ple	No Apl ica	Observacione s
		<p>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>				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.</p>	X			

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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	X			

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
		complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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:	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	a. Planeación estratégica de la seguridad:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	b. Fortalecimiento de la cultura institucional:	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
		de la atención de la institución.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	f. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	j. Procesos Seguros:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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:	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	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.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	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.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	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.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	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:	X			
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	1. Antes del contacto directo con el paciente.				



Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	4. Después de contacto con el paciente.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	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.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	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.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	4. Uso y reúso de dispositivos médicos.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con protocolo de:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	1. Limpieza y desinfección de áreas.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	2. Superficies.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	3. Manejo de ropa hospitalaria.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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:	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	1. Usuario correcto.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	2. Medicamento correcto.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	3. Dosis correcta.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	4. Hora correcta.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	5. Vía correcta.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes	X			

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
OS		garantizando su custodia y vigilancia.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	1. Estabilización del paciente antes del traslado.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	2. Medidas para el traslado.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	c) Resumen de historia clínica.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con:				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	1. Protocolo de sedación.	X			
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	2. Protocolo de manejo de emergencias.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	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.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	4. Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	a) Evaluación de la vía aérea.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	b) La determinación del tiempo de ayuno adecuado.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	c) Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	d) Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.				
TODOS LOS SERVICIOS	Procesos Prioritarios	5. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	3. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.				



Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	4. Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	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.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	d) Establece controles formales para:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	<input type="checkbox"/> 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.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	<input type="checkbox"/> La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Procesos Prioritarios</b>	<input type="checkbox"/> La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Historia Clínica y Registros</b>	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Historia Clínica y Registros</b>	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Historia Clínica y Registros</b>	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,	X			

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
		pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Historia Clínica y Registros</b>	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			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Historia Clínica y Registros</b>	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Historia Clínica y Registros</b>	Las historias clínicas y/o registros asistenciales:				
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Historia Clínica y Registros</b>	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.	X			
<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	<b>Historia Clínica y Registros</b>	Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.				
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X			
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.	X			
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:				
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente.				
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	2. Registro de la información post-transfusional.	X			
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma.				
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	5. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas.				
TODOS LOS SERVICIOS	Historia Clínica y Registros	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.				
Hospitalización baja complejidad	Dotación	Disponibilidad de carro de paro que contenga el equipo básico de reanimación de acuerdo con las especificaciones definidas en todos los servicios. Si el servicio de hospitalización está en varios pisos, se debe disponer mínimo de un carro de paro por cada piso donde funcione el servicio.	X			
Hospitalización baja complejidad	Dotación	Disponibilidad de:				
Hospitalización baja complejidad	Dotación	1. Electrocardiógrafo para hospitalización adultos.	X			
Hospitalización baja complejidad	Dotación	2. Bombas de infusión si administran medicamentos en goteo estricto.				
Hospitalización baja complejidad	Dotación	3. Glucómetro.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
<b>d</b>						
<b>Hospitalización baja complejidad</b>	<b>Dotación</b>	4. Camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados.				
<b>Hospitalización baja complejidad</b>	<b>Dotación</b>	5. Silla de ruedas.				
<b>Hospitalización baja complejidad</b>	<b>Dotación</b>	Cuenta con:				
<b>Hospitalización baja complejidad</b>	<b>Dotación</b>	1. Oxígeno.	X			
<b>Hospitalización baja complejidad</b>	<b>Dotación</b>	2. Succión.				
<b>Hospitalización mediana y alta complejidad</b>	<b>Talento Humano</b>	Por cada especialidad ofertada, disponibilidad de médico especialista.	X			
<b>Hospitalización mediana y alta complejidad</b>	<b>Talento Humano</b>	Cuenta con:				
<b>Hospitalización mediana y alta complejidad</b>	<b>Talento Humano</b>	-Médico general.	X			

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
alta complejidad						
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	Cuenta con:	X			La enfermera del servicio solo se encuentra en los turnos mañana, tarde, la noche la cubre la enfermera de urgencias.
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	-Enfermera y auxiliar de enfermería.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	Disponibilidad de:				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	-Nutricionista.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	Cuando se oferten servicios de hospitalización oncológica, cuenta con:			X	
Hospitalización mediana y alta	Talento Humano	1. Médico internista.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
complejidad						
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	2. Médico general.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	Disponibilidad de: Oncólogo clínico o hematólogo o hematooncólogo, según el tipo de cáncer a tratar.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano					
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	Si ofrece oncología pediátrica: cuenta con pediatra con certificado de formación para el control médico del paciente oncológico pediátrico.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	Disponibilidad de: Especialistas en oncología pediátrica, hematología pediátrica o en oncohematología pediátrica.				
Hospitalización mediana y alta	Talento Humano					



Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
complejidad						
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	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.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano					
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	El servicio cuenta con:				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	- Enfermera oncóloga o con certificado de formación del cuidado integral del paciente oncológico.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	- Auxiliar de enfermería con certificado de formación para el apoyo al cuidado al paciente oncológico.				
Hospitalización mediana y alta	Talento Humano	Disponibilidad de:	X			

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
complejidad						
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	1. Psicología.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	2. Trabajo social.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	3. Nutricionista.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Talento Humano	4. Fisioterapia o terapia respiratoria.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	Adicional a lo exigido en hospitalización de baja complejidad, cuando se oferta hospitalización pediátrica, cuenta con:	X			
Hospitalización mediana y alta	Infraestructura	1. Ventanas con sistemas de seguridad para los niños.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
complejidad						
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	2. Las instalaciones eléctricas disponen de un sistema o mecanismo que impida que los niños puedan lesionarse.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	3. Cuando se trata de lactantes, área acondicionada para bañarlos y vestirlos.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	Cuenta con:				El servicio no cuenta con ambiente de trabajo sucio, hay que utilizar el de los servicios vecinos, aunque cuenta con ambiente de trabajo para procesos limpios y estériles pero no están debidamente señalizado y pero si cumple con los demás ítems.
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	1. Ambiente de trabajo para procesos sucios.		X		
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	2. Ambiente de trabajo para procesos limpios.				
Hospitalización mediana y alta	Infraestructura	3. Ambiente de trabajo para procesos estériles.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
complejidad						
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	4. Mesón de trabajo que incluye poceta.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	5. Lavamanos.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	6. Pisos, cieloraso y paredes lisas, impermeables y lavables.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	En hospitalización oncológica adicionalmente cuenta con:				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Infraestructura	1. Cuarto de aislamiento para pacientes inmunosuprimidos.			X	
Hospitalización mediana y alta	Infraestructura	2. Ambiente que permita ser utilizado como aula cuando se oferten servicios de oncología pediátrica.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
complejidad						
Hospitalización mediana y alta complejidad	Dotación	Aplican lo de hospitalización de baja complejidad.	X			
Hospitalización mediana y alta complejidad	Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	Aplica lo de todos los servicios.	X			
Hospitalización mediana y alta complejidad	Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	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.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	Aplican lo de hospitalización de baja complejidad		X		Cumple con la mayoría de los ítems excepto que no existe identificación de paciente con tarjetas pie de camas.
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	Para Hospitalización oncológica adicionalmente cuenta con:			X	

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	1. Protocolos de atención de las principales patologías tratadas en la IPS, teniendo como referencia las guías publicadas por el Instituto Nacional de Cancerología.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	2. Procedimientos definidos para garantizar el manejo integral del paciente con cáncer de acuerdo con el tipo de patología.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	3. Protocolos para prevención y tratamiento de neutropenia febril.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	4. Protocolo para formulación de sangre y hemocomponentes. Podrá utilizar la guía que para el efecto cuenta el Instituto Nacional de Salud o construir otro con base en evidencia científica.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	5. Protocolos para manejo de transfusiones y sus complicaciones, para lo cual se debe utilizar los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social [4] y el manual de hemovigilancia del Instituto Nacional de Salud.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	6. Guía para prevención y tratamiento de las complicaciones debidas a la administración de antineoplásicos.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	7. Protocolos de detección y manejo de dolor.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	8. Protocolos de manejo de cuidados paliativos.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	9. Procedimientos para medición de adherencia a las guías y protocolos de manejo.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Procesos Prioritarios	10. Comité de tumores con el propósito de desarrollar una actividad coordinadora de control y asesoría sobre la enfermedad.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios.	X			
Hospitalización mediana y alta complejidad	Historia Clínica y Registros	Para hospitalización oncológica, además cuenta con:			X	

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
Hospitalización mediana y alta complejidad	Historia Clínica y Registros	1. Registro de tumores hospitalario.	X			
Hospitalización mediana y alta complejidad	Historia Clínica y Registros	2. Hoja o registro de quimioterapia.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	Cuenta con:				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	1. Laboratorio Clínico.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	2. Transfusión sanguínea.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	3. Radiología.				



Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	4. Servicio Farmacéutico.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia					
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	Disponibilidad de:				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	1. Transporte Asistencial.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	2. Nutrición.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	3. Proceso de esterilización.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	4. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia					
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	Para hospitalización de pacientes oncológicos adicionalmente cuenta con:				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	1. Cirugía oncológica.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	2. Quimioterapia.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	3. Cuidado intensivo.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	4. Hematología.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	5. Servicio de transfusión sanguínea.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	6. Patología, con médico patólogo presencial diurno, con capacidad de procesar biopsias por congelación y de realizar marcadores tumorales.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	7. Imágenes diagnósticas con servicio las 24 horas para radiografías simples, ecografía y tomografía axial computarizada.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	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.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	9. Servicio farmacéutico de alta complejidad.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia					
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	Para hospitalización de pacientes oncológicos, adicionalmente disponibilidad de:				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	1. Trasplante de precursores hematopoyéticos, cuando oferten oncología hematológica.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	2. Radioterapia.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	3. Genética.				

Servicio	Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica	Observaciones
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	4. Medicina nuclear.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	5. Braquiterapia.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	6. Rehabilitación.				
Hospitalización mediana y alta complejidad	Interdependencia	Si ofrece oncología y hematología pediátrica, aplica lo anteriormente exigido pero para la especialidad pediátrica.				

## ANEXO 2

### INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN

#### 1. INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: CLÍNICA SANTA MARIA S.A.S			
TIPO DE PRESTADOR: IPS			
MUNICIPIO: SINCELEJO		FECHA DE LA VISITA: Octubre 27 de 2014	
Nº DE SERVICIOS DECLARADOS: 37	Nº DE SERVICIOS VERIFICADOS: 1		

**RESULTADOS DE LA VISITA****1.1 RESULTADOS POR SERVICIO**

	<b>AREA TEMATICA</b>	<b>CUMPLE</b>	<b>NO CUMPLE</b>	<b>N° DE CRITERIOS QUE INCUMPLE</b>
<b>CONDICIONES BASICAS PARA UNA IPS</b>	<b>RECURSO HUMANO</b>	<b>X</b>		<b>1</b>
	<b>INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS - MANTENIMIENTO</b>	<b>X</b>		<b>1</b>
	<b>DOTACIÓN - MANTENIMIENTO</b>	<b>X</b>		<b>0</b>
	<b>GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS</b>	<b>X</b>		<b>0</b>
	<b>PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES</b>	<b>X</b>		<b>1</b>
	<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES</b>	<b>X</b>		<b>0</b>
	<b>INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS</b>	<b>X</b>		
	<b>TOTAL</b>	<b>7</b>		<b>3</b>