

Seguridad y Salud en el trabajo

3^a Edición



Garantía de Calidad en salud

Cómo organizar una empresa del sector salud

Alejandro Tadeo **Isaza** Serrano

ediciones
de la
U



Seguridad y Salud en el Trabajo

3^a Edición



Garantía de **Calidad en salud**

Cómo organizar una empresa del sector salud

Alejandro Tadeo **Isaza** Serrano



Isaza Serrano, Alejandro Tadeo

Garantía de Calidad en Salud -- Bogotá : Ediciones de la U, 2018.

3a. edición. p. 582 ; 24 cm.

Explica normatividad

ISBN 978-958-762-744-2 e-ISBN 978-958-762-745-9

1. Componentes de un sistema 2. Sistema único de habilitación 3. Auditoría para el mejoramiento de la calidad 4. Sistema Único de Acreditación 5. Sistema de información Gerencial I. Tit. 613.62 cd

Área: Seguridad y Salud en el Trabajo

Primera edición: Bogotá, Colombia, mayo de 2012

Segunda edición: Bogotá, Colombia, marzo de 2014

Tercera edición: Bogotá, Colombia, febrero de 2018

ISBN. 978-958-762-744-2

- © Alejandro Tadeo Isaza Serrano
atisaza@hotmail.com – atisazas@yahoo.com
(Foros de discusión, blog del libro y materiales complementarios del autor
en www.edicionesdelau.com)
- © Ediciones de la U - Carrera 27 #27-43 - Tel. (+57-1) 3203510 - 3203499
www.edicionesdelau.com - E-mail: editor@edicionesdelau.com
Bogotá, Colombia

Ediciones de la U es una empresa editorial que, con una visión moderna y estratégica de las tecnologías, desarrolla, promueve, distribuye y comercializa contenidos, herramientas de formación, libros técnicos y profesionales, e-books, e-learning o aprendizaje en línea, realizados por autores con amplia experiencia en las diferentes áreas profesionales e investigativas, para brindar a nuestros usuarios soluciones útiles y prácticas que contribuyan al dominio de sus campos de trabajo y a su mejor desempeño en un mundo global, cambiante y cada vez más competitivo.

Coordinación editorial: Adriana Gutiérrez M.

Carátula: Ediciones de la U

Impresión: Digiprint Editores SAS

Calle 63 #70D-34, Tel. (57+1) 7217756

Impreso y hecho en Colombia

Printed and made in Colombia

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Agradecimientos

Especialmente, a DIOS GRANDE,
Omnipotente, Omnisciente, Poderoso quién entrego
a su hijo Jesucristo por nuestros pecados;
a mi querida madre Gisela, a mi padre Alejandro,
a mi esposa, a mis hijos queridos,
por su ayuda, comprensión y respaldo,
a todos mis alumnos de las Especializaciones
de Gerencia en Salud, Gestión de la Calidad y Auditoría
en Salud de diferentes universidades colombianas.

La envidia, el egoísmo y la maldad se apoderan
del hombre, no te dejes llevar, Dios da
herramientas para deshacerte de ellas.

Alejandro

Que si confesares con tu boca que Jesús
es el Señor, y creyeres en tu corazón que Dios
le levantó de los muertos, serás salvo.

Romanos 10, 9.

Contenido

Prólogo.....	15
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD.....	17
0. JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA.....	17
Capítulo 1. Estándares de un Sistema de Garantía de Calidad en Salud	21
1.1. Estándares de un Sistema de Garantía de Calidad en Salud	21
1.1.1. Metodología.....	21
1.2. Cómo funciona el sistema.....	22
1.2.1. Niveles	23
1.3. Componentes	23
1.3.1. Estándares legales.....	23
1.3.2. Estándares procedimentales	24
1.3.3. Estándares de gestión	24
1.4. Propósito de los estándares	24
1.5. Organización de los estándares de gestión.....	25
1.6. Organización de los estándares	25
1.7. Componentes.....	26
1.8. Unidades Funcionales Multidisciplinarias	27
1.9. Redes Integradas de Servicios de Salud -RIPSS.	28
1.10. Un bien, puede ser un producto y/o un servicio.....	29
1.11. Proceso	29
1.11.1. Áreas/Procesos Estratégicos.....	30
1.11.2. Áreas/Procesos Misionales o Prioritarios.....	30
1.11.3. Áreas/Procesos de Apoyo	30
1.11.4. Áreas/Procesos de Evaluación.....	30
1.11.5. Área	31
1.12. Metodología para estandarizar los procesos	31
Capítulo 2. Sistema único de habilitación	35
2. Sistema único de habilitación.....	35
2.1. Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud.....	36
2.1.1. Condiciones de Capacidad Técnico – Administrativa.	36
2.1.2. Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera.....	44
2.1.3. Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica	47
2.2. Estándares de habilitación	48
2.2.1. Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio	49
2.2.2. Clasificación de Grupo y Servicio para habilitación de los prestadores de servicios de salud.....	59

2.3. Trámite	73
2.3.1. Autoevaluación de las condiciones de habilitación	73
2.3.2. Activación del Código Habilidadación	75
2.3.3. Distintivos de habilitación	77
2.4. Plan de visitas de Verificación	81
2.5. Estructura de los servicios de salud.....	83
2.6. Verificación del Cumplimiento de las Condiciones de Habilidadación	87
2.7. Visitas Previas nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Entidad Departamental y/o Distrital de Salud	119
2.8. Novedades.....	123
2.9. Verificación del Mantenimiento de las Condiciones de Habilidadación	123
2.10. Prestación de servicios de salud en situaciones de emergencia.....	129
2.11. Generalidades	130
2.12. NTC-6001. Modelo de gestión para micro empresas y pequeñas empresas (Mipymes).....	140
Capítulo 3. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.....	141
3.1. Conocer qué es un sistema de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.....	169
3.1.1. Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	172
3.1.2. Tipos de acciones	181
3.1.3. Fases de la asistencia técnica	181
3.2. Guía para la formulación e implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud –PAMEC.....	190
Efectividad del PAMEC	193
Funciones de las Entidades territoriales	194
PAMEC Medicina Prepagada.....	194
3.2.1. ¿Qué es el PAMEC?	195
3.2.1.1. Cómo elaborar el PAMEC.....	195
Capítulo 4. Sistema Único de Acreditación (Sistema de gestión de calidad).....	225
4.1. Qué es un Sistema Único de Acreditación (Sistema de Gestión de Calidad).....	225
4.1.1. Comparación entre ISO 9001:2008 vs ISO 9001:2015	225
4.1.2. Resumen sobre la ISO 9001 de 2015	230
4.1.3. Estándares de acreditación exigidos por la norma y la entidad acreditadora.....	250
Capítulo 5. Sistema de información para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud	267
5.1. Objetivo de un sistema de información para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.....	267
5.2. Indicadores de monitoría del sistema obligatorio de garantía de la calidad	274
5.3. Cómo hacer un sistema de información gerencial para clasificación y almacenamiento de información a reportar	277
5.4. Condiciones y procedimientos del sistema de información gerencial.....	278
5.4.1. Niveles de Operación del Sistema de Información para la calidad.	278
5.5. Otros aspectos que se deben cumplir	280

5.6. Novedades de los Prestadores de Servicios de Salud	284
Capítulo 6. Ejemplo de implementación de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en una empresa del sector salud.....	295
6.1. De los requisitos generales para ser IPS.	295
6.2. Organización de una empresa del sector salud	296
6.2.1. Componente legal	296
6.2.1.1. Requisitos comerciales y tributarios	297
6.2.1.2. Requisitos de funcionamiento	346
6.2.1.3. Requisitos de seguridad social	356
6.2.2. Direccionamiento estratégico	361
6.2.2.1. Misión.....	362
6.2.2.2. Visión	362
6.2.2.3. Cultura organizacional	362
6.2.2.4. Escala de valores corporativos	363
6.2.2.5. Principios corporativos	364
6.2.2.6. Objetivos institucionales.....	364
6.2.2.7. Estructuración del Código de Ética (Conducta)	368
6.2.2.8. Ejemplo de código de políticas de buen gobierno y ética para una entidad del sector salud	370
6.3. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud	380
6.3.1. Carta de desempeño.....	382
6.3.2. Comité de ética hospitalaria.....	383
6.3.3. Derechos y deberes en salud	384
6.3.4. Mecanismos de acceso a la salud.....	385
6.3.5. Portafolio de bienes	393
6.4. Estandarización de procesos	395
6.4.1. Estandarización de procesos en una empresa del sector salud, para el montaje de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.....	396
6.4.1.1. Elaboración del plan de gestión estratégica para el proceso de consulta odontológica.....	397
Análisis de la información estadística.....	398
Indicadores iniciales de proyección estratégica del proceso de consulta odonto-lógica.....	400
Análisis de la información de mercados del proceso de consulta odontológica.....	400
Análisis del entorno para el proceso de consulta odontológica.	401
Análisis de vulnerabilidad.	402
Análisis de benchmarking del proceso de consulta odontológica	403
Análisis de indicadores macroeconómicos.	406
Inflación.	407
Indicadores definitivos de planeación estratégica del proceso de consulta.	409
Presentación del Plan estratégico del proceso de consulta odontológica.....	409
6.4.1.2 Elaboración del Plan de gestión estratégico del proceso de consulta médica domiciliaria.....	411

Análisis de la información estadística del proceso de consulta médica domiciliaria.	411
Análisis de la información de mercados del proceso de consulta médica domiciliaria.	411
Análisis del entorno del proceso de consulta médica domiciliaria.	411
Benchmarking.....	413
Análisis del ambiente interno-externo, matriz DOFA del proceso de consulta médica domiciliaria.	413
Presentación del Plan estratégico proceso de consulta médica domiciliaria.	414
Plan estratégico de oferta del proceso cíclico de consulta odontológico.....	415
Plan estratégico de contratación del proceso cíclico de consulta odontológica.	416
Presentación plan estratégico de compra de medicamentos xxxxxxxx.....	416
Presentación plan estratégico de entrega de medicamentos xxxxxxxx.....	417
Presentación plan estratégico de almacenamiento del inventario de medicamentos	417
Plan estratégico de oferta de consulta médica externa.	418
Plan estratégico de contratación de consulta médica externa.....	418
Evaluación de gestión.	418
6.4.2. Presentación del plan de acción de consulta odontológica. Año 2010.	418
Presentación plan de acción de consulta odontológica ejecutado.	419
Indicadores de gestión y desempeño.	419
Análisis a los indicadores de gestión y desempeño del plan de gestión de consulta odontológica.	419
Presentación del plan de acción de consulta médica domiciliaria.....	421
Medición de la gestión del plan de consultas médicas domiciliarias en términos de eficacia.	421
6.4.3. Elaboración del plan de acción de costos del proceso de consulta odontológica.	423
Costos fijos - factor empresa del proceso de consulta odontológica.....	424
Costos variables - factor capital. K, del proceso de consulta odontológica.	427
Costos variables factor trabajo, del proceso de consulta odontológica.....	431
Costo total del proceso de consulta odontológica.....	431
Presentación del plan de acción de costos para el proceso de consulta médica domiciliaria.....	432
Elaboración del plan de acción de costos de consulta médica domiciliaria.....	434
Costo fijo o medio definitivo por unidad de servicio para todas las unidades del portafolio.	434
Costos variables factor capital de consulta médica domiciliaria.....	434
Costos variables factor trabajo. (Trabajo operativo) de consulta médica domiciliaria.	436
Costo total consulta médica domiciliaria por unidad	436

Presentación del plan de acción de costos para el proceso de consulta médica domiciliaria.....	437
Evaluación de la gestión de costos del proceso de consulta médica domiciliaria en términos de eficiencia:	437
6.4.4. Informe de gestión, IPS xxxxxxxx.....	439
Tablero de mando.....	440
Tableros con estándares para comparar el indicador de efectividad en la gestión.....	441
Cómo hacer el presupuesto de costos de la compañía como componente de un sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.	441
Cómo hacer el presupuesto de ventas de la compañía como componente de un sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.	442
Cómo hacer la proyección de ganancias de la compañía dentro de un sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.....	443
Organización del área de compras, bajo el principio de economía.	443
Procedimientos de control:.....	447
Evaluación económica de la gestión administrativa en el área de compras.	447
6.4.5. Elaboración del plan indicativo / operativo de consulta odontológica.	449
Plan indicativo / operativo de consulta médica domiciliaria.	449
Elaboración manuales.....	449
Características de un manual	452
6.4.6. Elaboración del Manual de procesos	452
Ficha técnica para el manual de procesos del proceso de consulta odontológica general.....	452
Estudio de tiempo y movimientos.	454
Proceso de atención médica domiciliaria.	456
6.4.7. Elaboración manual de procedimientos.....	457
Ficha técnica del manual de procedimientos del proceso de consulta odontológica general	459
Ficha técnica del manual de procedimientos del proceso de atención médica domiciliaria.....	460
Manual técnico	461
El Producto.....	462
Familias de Productos	462
El Local de Negocio.....	463
Las Instalaciones.	463
Mobiliario, equipos informáticos, herramientas, vehículos, etc.....	463
El Mantenimiento, limpieza y seguridad.	464
Gestiones, permisos y licencias previas a la apertura.....	464
Personalidad jurídica del franquiciado.	464
Contratación de seguros	464
Marco legal.....	466
Marco teórico	467
Concepto de manual de organización.....	467
Importancia de la organización.....	467
Formatos de control de procesos	471
Control de documentos	471
Control de los registros.....	472

6.5 Información documentada.....	472
6.5.1 Generalidades.....	472
6.5.2 Creación y actualización.....	472
6.5.3 Control de la información documentada.....	473
Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.....	481
6.6. Estandarización del área de recursos humanos.....	481
6.6.1. Estandarización del área de recursos humanos para el montaje de un Sistema de Garantía de Calidad en Salud.....	481
Estructura orgánica.....	482
Organigrama vertical.....	483
Organigrama horizontal.....	484
Organigrama staff.....	485
Ficha técnica para un cargo.....	485
Estándares para selección de personal.....	489
Estándares para inducción de personal.....	489
Estándares para capacitación de personal.....	491
Promoción de personal por méritos.....	493
Organización del area de control disciplinario.....	495
Control disciplinario interno.....	496
Significado de control interno.....	496
Proceso de Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).....	497
Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) guía técnica de implementación para mipymes y para grandes empresas.....	599
Obligaciones de los Empleadores.....	599
Obligaciones de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).....	500
Responsabilidades de los Trabajadores.....	500
Adquisición de bienes.....	511
Contratación.....	512
Medición y evaluación de la gestión en SST.....	512
Indicadores de estructura, proceso y resultado que miden el SG-SST.....	512
Introducción a la aplicación del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.....	517
Programa de higiene y seguridad industrial.....	547
Evaluación de la calidad del sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo.....	552
Auditoria interna al sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo.....	556
Revisión por la gerencia.....	556
6.7. Organización del área de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.....	557
6.7.1. Direccionamiento estratégico del proceso de auditoría interna de calidad.....	557
Misión del proceso de auditoría interna de calidad.....	557
Visión del proceso de auditoría interna de calidad.....	557
Principios corporativos del proceso de auditoría interna de calidad.....	557
6.7.2. Elaboración del plan estratégico o a largo plazo de auditoría.....	557
Nivel de Planeación.....	558
Nivel Administrativo y Financiero.....	558

Nivel Asistencial.....	558
Presentación del plan estratégico o a largo plazo de auditoría.....	559
6.7.3. Elaboración del plan de acción o a mediano plazo de auditoría.	559
6.7.4. Elaboración del plan operativo/indicativo.	559
6.7.5. Elaboración de la ficha técnica del proceso de evaluación de auditoría interna.....	560
6.7.6. Elaboración de la ficha técnica de procedimientos del proceso de evaluación de la auditoría interna.	561
6.7.7. Elaboración del manual de funciones área de auditoría	565
6.7.8. Elaboración del manual de evaluación de control interno y/o calidad.....	565
6.7.9. Elaboración indicadores de gestión de control interno y/o calidad.....	567
6.7.10. Organización del comité coordinador de control interno y/o calidad.....	567
6.7.11. Comités obligatorios	568
Capítulo 7. Normas de control interno y calidad que deben cumplir la entidades del sector salud para organizar el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud	571

Índice de figuras

Figura 1.1. Estándares de un sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.	21
Figura 1.2. Proceso de realización de examen de hemograma.....	31
Figura 3.1. Organigrama.	174
Figura 5.1. Sistema de información.	277
Figura 6.1. Trámites legales y tributarios.....	297
Figura 6.2. Trámites de Funcionamiento.....	346
Figura 6.2a. Trámites de seguridad social.....	356
Figura 6.3. Portafolio de bienes.....	394
Figura 6.4. Análisis de indicadores macroeconómicos.....	406
Figura 6.5. Organigrama de la empresa.	483
Figura 6.6. Organigrama vertical.	484
Figura 6.7. Organigrama horizontal.....	485
Figura 6.8. Organigrama staff.....	486
Figura 6.9. Gráfica de enfoque sistémico de algunas áreas que conforman el Comité en un Sistema de Garantía de Calidad en Salud.	569

Índice de tablas

Tabla de orden de estándares generales exigidos por las normas y desarrollados en el libro.	189
Tabla de orden de estándares generales exigidos y desarrollados en el libro.....	266
Tabla 6.1. Tipos de empresas públicas y empresas privadas	317
Tabla 6.3. Tabla de clases de riesgo.....	356
Tabla 6.4. Valor de cotización de acuerdo con la clase de riesgo.....	357

Tabla 6.5. Matriz axiológica.....	363
Tabla 6.6. Registro y clasificación de la información estadística proceso de consulta odontológica.....	399
Tabla 6.7. Registro y clasificación de información estadística con indicadores iniciales de proyección estratégica para el proceso de consulta odontológica.....	400
Tabla 6.8. Comparación de indicadores iniciales con la información de mercado potencial del proceso de consulta odontológica.....	401
Tabla 6.9. Matriz DOFA.....	402
Tabla 6.10. Indicadores definitivos de planeación estratégica del proceso de consulta odontológica.	409
Tabla 6.11. Plan estratégico de proceso de consulta odontológica.....	410
Tabla 6.12. Registro y clasificación de la información estadística proceso de consulta médica domiciliaria.	412
Tabla 6.13. Análisis del ambiente interno-externo.....	413
Tabla 6.14. Presupuesto total de costos de la compañía.	442
Tabla 6.15. Presupuesto total de ventas de la compañía.....	443
Tabla 6.16. Proyección de ganancias de la compañía.	445
Tabla 6.17. Matriz de evaluación económica de la gestión administrativa en el área de compras.....	448
Tabla 6.18. Plan indicativo / operativo de consulta odontológica.....	451
Tabla 6.19. Plan indicativo / operativo de consulta médica domiciliaria.	453
Tabla 6.20. Registro de toma de muestras del estudio de tiempos y movimientos de una actividad del proceso.....	454
Tabla 6.21. Ficha técnica del proceso de consulta odontológica.....	456
Tabla 6.22. Ficha técnica del proceso de atención médica domiciliaria.....	456
Tabla 6.23. Ficha técnica para un cargo (1).	487
Tabla 6.23a. Ficha técnica para un cargo (2).	487
Tabla 6.24. Matriz para selección de personal directivo y/o ejecutivo.....	489
Tabla 6.25. Matriz para inducción de personal.	490
Tabla 6.26. Matriz para establecer el tiempo para condonar deuda por capacitación.....	493
Tabla 6.27. Matriz para selección de personal a capacitar.....	493
Tabla 6.28. Matriz para promoción de personal.....	494
Tabla 6.29. Rangos para evaluación de desempeño.....	495

Prólogo

Los problemas como consecuencia de la mala prestación de los servicios de salud han obligado al gobierno de los diferentes países a modernizar su arquitectura empresarial con el propósito que existan estándares legales, procedimentales y de gestión que corrijan los puntos críticos de fracaso y faciliten el uso de competencias legales de mejoramiento continuo.

Presentamos en este libro las exigencias normativas de la ISO 9001 de 2015 con actualizaciones legales al año 2017, en una aplicación práctica de procedimientos que deben tener en cuenta todas las instituciones que ofrecen servicios de salud dentro del marco de mecanismos propios del aseguramiento de Garantía de la Calidad en Salud, 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.

La finalidad, es aplicar competencias para que los gerentes en salud, gerentes de garantía de calidad en salud, asesores metodológicos de calidad y auditores en salud de cualquier perfil profesional, puedan hacer parte de la implantación, desarrollo y evaluación de los componentes de un sistema de garantía de calidad en salud en una empresa del sector salud pública o privada.

Como ilustramos en desarrollo, la integralidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud para las empresa del sector salud, exige la implantación y desarrollo de cada uno de los componentes que teóricamente establece para las empresas del sector público que ofrecen servicios de salud, el Decreto 1599/05 MECI 1000-2005, la Ley 872 de 2003, la NTCGP 1000 de 2004/2005/2009; en general para las empresas del sector público y privado que ofrecen servicios de salud, las exigencias están dadas, por la Resolución 1416 de 2016, la Resolución 5158 de 2015, la Circular 0036 de 2015, la Resolución 226 de 2015, la Resolución 3678 de 2014, la Resolución 2003 de 2014, el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 4445 de 1996 de acuerdo al ejemplo que presentamos en el capítulo 6; le corresponde a la entidad implantar y desarrollar el nivel 1, para cumplir lo exigido por las normas competentes en el componente de habilitación; implantar y desarrollar el nivel 2, que la normatividad registra como el componente de auditoría.

Para alcanzar el Sistema de Garantía de Calidad que conduce a la obtención de la certificación, según la ISO 9001 de 2015, hay que implantar y organizar los cuatro niveles, (nivel 1/Sistema de Habilidadación y nivel 2/Auditoría para el mejoramiento de la Calidad

en Salud, nivel de gestión y nivel de control); además, el sistema de información gerencial, según la Resolución 1446 de 2006, incluye dentro del enfoque sistémico del Sistema de Garantía de Calidad en Salud, la implantación de un hardware y software para registro de la información exigida por las normas, como lo explicamos en el capítulo correspondiente.

En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente ley¹, y en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Dicho plan contendrá como mínimo:

La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos laborales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud.

El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud, y

El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

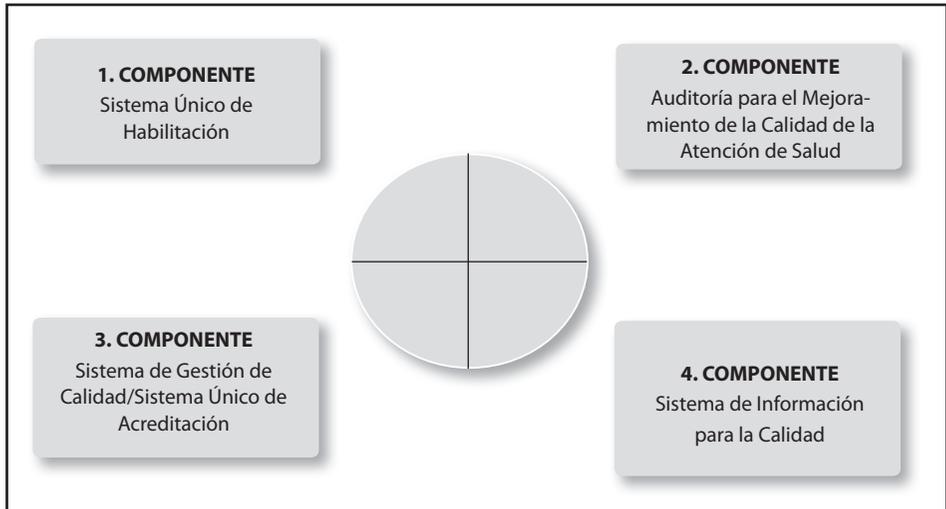
Objetivos

Los interesados una vez terminados de leer los temas tratados en el libro, estarán en capacidad de darle cumplimiento en la implantación y desarrollo, a cada uno de los componentes que exige la Resolución 1416 de 2016 y la norma ISO 9001 de 2015, la Resolución 5158 de 2015, la Circular 0036 de 2015, la Resolución 226 de 2015, la Resolución 3678 de 2014, la Resolución 2003 de 2014, el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 4445 de 1996; "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; para el sector público el Decreto 1599/05 MECI 1000-2005, la Ley 872 de 2003, la NTCGP 1000 de 2004/2005/2009, en lo correspondiente al Sistema de Control Interno y Gestión de Calidad, se entienden cumplidos cuando se implanta en su totalidad un Sistema de Garantía de Calidad en Salud.

Componentes del SOGCS, los registrados en la siguiente figura:

¹ Artículo 107 de la Ley 438 de 2011.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD



Fuente: elaboración propia con base en el Decreto 1011 de 2006.

0. JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA

Justificación

La necesidad que tienen los Gerentes en Salud, Gerentes de Garantía de Calidad en Salud, Asesores Metodológicos y Auditores de las Empresas del Sector Salud de diferentes perfiles, de utilizar la metodología de implantación, desarrollo y evaluación de un Sistema de Garantía de Calidad en Salud, dada la exigencia legal y normativa, establecida en Colombia y en la mayoría de los países del mundo para las empresas del sector salud. Las empresas públicas y privadas, están obligadas por el Estado y la sociedad, a incluir mecanismos legales y herramientas de gestión que faciliten la planeación, la organización, la ejecución y el control de cada uno de sus procesos, implantando y desarrollando estándares que permitan prestar un servicio de calidad y además, medir el cumplimiento de unas metas y objetivos propuestos que hagan de la empresa, un ente competitivo que justifique su existencia, con rendimientos económicos y/o sociales.

El enfoque consiste en establecer un esquema de organización que permita gestionar la empresa en el sector salud, mediante el dominio de sus planes, actividades y procesos, implantando y desarrollando mecanismos que hagan efectivo un esquema de auto control, en lo competente a los Sistemas de Garantía de Calidad en Salud, donde todos tenemos la responsabilidad de cumplir con la exigencia legal y además, controlarnos intrínsecamente mediante la estandarización de la compañía.

Este desarrollo se justifica, por cuanto se cree necesario partir de los elementos que condicionan la plataforma filosófica, administrativa, económica y legal, a manera de ejemplo práctico para destacar el cumplimiento de las exigencias que debe cumplir por cada nivel empresarial una compañía del sector salud pública y privada, dentro de un Sistema de Garantía de Calidad en Salud.

Estructura

El primer capítulo incluye la normatividad y la metodología de Implantación y desarrollo en una compañía del sector salud, de los estándares necesarios para que la empresa haga parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, según lo establece el Decreto 780 de 2016, la Resolución 2003 de 2014, la Ley 1438 de 2011, el Decreto 4295 de 2007, el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1445 de 2006 y la Resolución 1446 de 2006, “las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público, Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, dan por cumplidas las exigencias de la NTCGP 1000 de 2004/2005/2009, Decreto 1599/05 MECI 1000-2005 y la Ley 872 de 2003, cuando se implantan los cuatro componentes de un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud en cumplimiento del Decreto 1011 de 2006”.

El segundo capítulo incluye la normatividad y metodología de Implantación y desarrollo en una compañía del sector salud, de los estándares necesarios para que la empresa haga parte de un Sistema Único de Habilitación, como componente de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud según lo establece la Resolución 1416 de 2016, la Resolución 5158 de 2015, la Circular 0036 de 2015, la Resolución 226 de 2015, la Resolución 3678 de 2014, la Resolución 2003 de 2014, el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 4445 de 1996.

El tercer capítulo presenta las competencias necesarias para implantar y desarrollar en una compañía los estándares necesarios para tener la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, como componente de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud según lo establece la Ley 780 de 2016, la Ley 1438 de 2011, el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1445 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006, las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y la Lista de Chequeo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad - PAMEC, Guías básicas para Auditoría en el Mejoramiento de la Calidad y las Guías básicas para Auditoría en el Mejoramiento de la Calidad. En las entidades del estado es de obligatorio cumplimiento lo relacionado en la NTCGP 1000 de 2004/2005/2009, Decreto 1599/05 MECI 1000-2005 y la Ley 872 de 2003.

En el cuarto capítulo se desarrollan los conocimientos prácticos necesarios para aplicar las competencias metodológicas y legales, en cumplimiento de los estándares que requiere una empresa del sector salud para tener un Sistema Único de Acreditación, (Sistema de Gestión de Calidad), como componente de un Sistema Obligatorio de

Garantía de Calidad en Salud, según lo establece el Decreto 780 de 2016, el Decreto 903 de 2014, Ley 1438 de 2011, el Decreto 4295 de 2007, el Decreto 1011 de 2006, y la Resolución 1445 de 2006, “Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación la Resolución 346 de 2017 “Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud” hasta el 31 de enero de 2021, Resolución 6055 de 2016 “Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Unico de Acreditacion en Salud”, la Resolución 2082 de 2014 “Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud”, la Resolución 2427 de 2014 “Por la cual se inscribe una entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud” hasta el 31 de enero de 2017, el Decreto 903 de 2014 “Por el cual se dictan las disposiciones en relacion con el Sistema Unico de Acreditacion en Salud”, Resolución 2082 de 2014 “ Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Unico de Acreditacion en Salud”, la Guía de preparación para la acreditación, el Manual de Acreditación de Salud Ambulatorio y Hospitalario, el Glosario Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, el Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología, el Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación, Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que Ofrecen Servicios de Laboratorio Clínico y el Abecé de planes de mejoramiento con enfoque en Acreditación. En las empresas de carácter público que ofrecen servicios de salud se entiende cumplidas las exigencias de la Ley 872 de 2003, la NTCGP 1000 de 2004/2005/2009, cuando se han cumplido los requisitos establecidos por el Decreto 1011 de 2006, en cuanto a los componentes de un Sistema de Garantía de calidad en Salud.

En el quinto capítulo se establecen las competencias necesarias para implantar y desarrollar en una compañía del sector salud, los parámetros que exige un Sistema de Información para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, como componente de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, según lo establece el Decreto 780 de 2016, la Resolución 0256 de 2016, los Indicadores de Calidad de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud IPS y los Indicadores de Calidad de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

En el sexto capítulo, a manera de ejemplo práctico, integramos en una compañía del sector salud (aseguradoras y prestadoras), las competencias necesarias en la Implantación y desarrollo de todos los estándares que exige un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, según lo establece el Decreto 780 de 2016, Resolución 2003 de 2014, Ley 1438 de 2011, el Decreto 4295 de 2007, la Circular 047 de 2007 modificada C. E. No. 049 y 052 de 2008, el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1043 de 2006, Resolución 1445 de 2006, la Promocionales 1446 de 2006 y La Ley 872 de 2003, la NTCGP 1000 de 2004/2005/2009.

1.1. Estándares de un Sistema de Garantía de Calidad en Salud

1.1.1. Metodología

Una empresa organizada para hacer parte de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, debe tener estandarizado un nivel de primer orden de la responsabilidad del gerente y un nivel de segundo orden de la responsabilidad del auditor interno de calidad, estos niveles, derivan en un componente de gestión y un componente de control. La implantación y desarrollo de los cuatro niveles que integran el sistema, es de la responsabilidad del gerente de la compañía, quien debe propugnar por su montaje y buen funcionamiento, de acuerdo con los estándares que registra la figura 1.1.



Fuente: elaboración propia a partir de las normas.

Figura 1.1. Estándares de un sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.

1.2. Cómo funciona el sistema

El nivel 1 lo integran los procesos que componen cada área de la compañía, cada paso debe estandarizarlo el dueño del proceso con su equipo de trabajo, de acuerdo con la metodología establecida para tal fin. El nivel 1 es lo que audita el auditor interno para determinar el estado de implantación y desarrollo de los estándares.

El nivel dos en ejercicio de la Auditoría interna de Calidad, evalúa el cumplimiento de los controles (estándares) al nivel uno, para determinar si los estándares están debidamente implantados y si las actuaciones administrativas se realizaron conforme a lo determinado en el estándar, realizando las siguientes preguntas, están debidamente implantados y desarrollados (montados y se están utilizando) todos los estándares necesarios, en cada una de los procesos y áreas de la compañía.

El auditor externo hace auditoría al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, auditando primero el nivel 2, para verificar que estén implantados y desarrollados los estándares necesarios en el área de auditoría interna; si el Auditor Externo considera que el nivel 2 o área de auditoría interna de calidad está debidamente estandarizada, no audita el nivel 1, porque se le puede dar credibilidad a los informes de auditoría presentados por el nivel 2, o área de auditoría interna de calidad. Pero si el auditor externo determina que el nivel 2 no tiene implantado o no está desarrollando sus estándares debidamente, puede pasar a auditar el nivel 1, porque no le da credibilidad a lo que informa el nivel 2.

La auditoría puede ser integral, cuando se realiza a todas las áreas; o específica, cuando se realiza a un área o proceso.

El Sistema de Gestión de Calidad, en su integralidad (nivel 1 y nivel 2) es evaluado por el auditor externo de calidad, las empresas contratantes del servicio y/o para el sector público la Contraloría respectiva;² la Secretaría de Salud respectiva³ evalúa el nivel 1 o Sistema Único de habilitación.

El sistema de habilitación debe incluir la implantación y desarrollo de estándares en el nivel 1, los cuales son auditados por el ente territorial (Secretaría de Salud); la Resolución 1441 de 2013, la Ley 1438 de 2011 y el Decreto 1011 de 2006, no exige para la sistema de habilitación el componente de auditoría o nivel 2.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, también puede ser evaluado por funcionarios de diferentes áreas, que auditan otras áreas fungiendo de auditores internos de calidad, de acuerdo con la programación realizada por el jefe de auditoría de calidad, quien debe tener precaución para no programar a los mismos funcionarios para que se auditen entre sí.

² Contraloría Nacional Distrital, Departamental y Municipal.

³ Departamental o municipal.

1.2.1. Niveles

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud debe tener cuatro niveles: nivel 1, nivel 2, el nivel de Gestión y el nivel de Control.

El nivel 1 está conformado por todas las áreas de la compañía, sin incluir el área de auditoría o nivel 2.

El nivel 2 o área de auditoría, que audita al nivel 1 para determinar si están implantados y se están desarrollando los estándares y controles en cada uno de los procesos que conforman el nivel 1.

El nivel de gestión integrado por todos los planes de gestión de cada uno de los procesos de la compañía, se estandariza y evalúa cuantitativamente, ej. Planeamos ofrecer 10.000 consultas médicas externas en el mes de enero y alcanzamos a ofrecer solo 8.000 consultas este mes, tenemos una eficacia del 80% en la oferta de consultas médicas para el mes de enero.

El nivel de control integrado por todos los manuales de cada área, se estandarizan y evalúa cualitativamente, ej. Los Manuales de Procesos, Procedimientos y Funciones, pueden tener un nivel de aplicación Alto, Medio, bajo, dependiendo de la aplicación que se les esté dando.

1.3. Componentes

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, en el nivel 1 y en el nivel 2 se compone de estándares, tanto en la empresa pública como en la empresa privada, debe incluir tres tipos de estándares:

1. Los estándares legales,
2. Los estándares procedimentales,
3. Los estándares de gestión.

Un estándar es un parámetro de medición, es un control, son las metas y objetivos sobre los cuales se mide la evolución de la compañía y hacen parte de la etapa de planeación en su implantación.

Controlar es comparar, evaluar, analizar el cumplimiento de un estándar o control, en un proceso o área en la compañía.

1.3.1. Estándares legales

Los estándares legales, (me dicen lo que tengo que hacer), son la Constitución Política, leyes, Decretos, Directivas Presidenciales, Acuerdos, Ordenanzas, Resoluciones y Directivas Internas, las cuales son de obligatorio cumplimiento dentro de un Sistema

Obligatorio de Garantía de Calidad para el sector público. Para el sector privado se pueden adoptar internamente y pasan a ser también de obligatorio cumplimiento. Por ejemplo, la Ley 80 de 1993, me da los parámetros obligatorios que debo utilizar para realizar los contratos en la Entidad Pública, que entre otros, son: “todo contrato debe tener un objeto, una disponibilidad presupuestal, una reserva presupuestal, una cláusula de cumplimiento, una póliza de seguros y una interventoría”.

En la empresa privada, si adopta la Ley 80 de 1993, como un estándar legal, toda la contratación suscrita en esta entidad debe obedecer a los parámetros de esta norma, y como tal se le hará seguimiento, dentro de las obligaciones del Sistema de Garantía de Calidad en Salud.

1.3.2. Estándares procedimentales

Los estándares procedimentales (me dicen cómo lo debo hacer) son los manuales de procesos, procedimientos y funciones de la entidad, en complemento al estándar legal. Por ejemplo, el objeto de todo contrato debe ser claro, concreto y útil, para complementar el estándar legal que establece que todo contrato debe tener un objeto. En otro ejemplo, el estándar legal establece que debe tener una interventoría, el estándar procedimental lo complementa en las consideraciones establecidas en el respectivo manual de procedimientos, que establece, que el interventor debe ser del perfil profesional de lo que se va a comprar, debe tener 5 años de experiencia y debe ser seleccionado por méritos.

1.3.3. Estándares de gestión

Los estándares de gestión son los planes de gestión que tiene la compañía, (cuánto debo hacer y en qué tiempo), por ejemplo, las fechas de entrega y los pagos de lo que se compró.

1.4. Propósito de los estándares

Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación, la sección de los estándares del proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente-organización dentro de un proceso discreto de atención.

Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.

La organización debe entonces garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro como lo sintetizamos en los siguientes acápite:

1.5. Organización de los estándares de gestión

El propósito de éstos está en responsabilidad de la alta dirección, la organización debe garantizar la adecuada asignación de recursos para el logro de los objetivos formulados y establecer mecanismos de seguimiento que garanticen los resultados propuestos. La asignación de los recursos para que con un asesor metodológico cada jefe de área estandarice cada uno de los procesos de su área, para lo cual debe la compañía organizar el área de auditoría si tiene la capacidad económica y la necesidad. Cuando las empresas no tienen la capacidad económica, deben hacer una programación de auditoría para que los funcionarios de unas áreas auditen otras áreas, teniendo en cuenta que no se presente conflicto de competencias auditándose funcionarios de áreas entre sí.

El mecanismo de evaluación corresponde a la verificación que debe hacerse en cumplimiento de los estándares. Adicionalmente se evalúa la importancia que da la institución al desarrollo de la capacidad de liderazgo en todos los niveles y la participación directa de la alta dirección como líder y responsable principal de la creación y mantenimiento de un direccionamiento estratégico claro y visible, que sirva de guía al trabajo diario del equipo humano y actúe como promotor de un proceso permanente de mejoramiento, buscando dar una respuesta más efectiva a los usuarios, otros clientes y la comunidad. Todo lo anterior se evidencia en los estándares de Gerencia y Direccionamiento.

1.6. Organización de los estándares

Corresponden a los requisitos mínimos establecidos para la prestación de los servicios de salud, contemplados en las normas vigentes, siguientes:

Resolución 1416 de 2016
Resolución 5158 de 2015
Circular 0036 de 2015
Resolución 226 de 2015
Resolución 3678 de 2014
Resolución 2003 de 2014
Decreto 1011 de 2006
Resolución 4445 de 1996.

Como antecedentes normativos tenemos las siguientes:

Resolución 1441 de 2013
Resolución 2680 de 2007
Resolución 3763 de 2007
Resolución 1448 de 2006
Resolución 1315 de 2006
Resolución 1043 de 2006.

Como documentos técnicos, tenemos los siguientes:

- Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte de la Resolución 2003 de 2014
- Paquetes instruccionales de las buenas prácticas para la seguridad del paciente
- Lista de chequeo para evaluación de la seguridad del paciente
- Consolidado normatividad fitoterapéuticos y homeopáticos
- Estudio exploratorio de la situación de la telemedicina en municipios priorizados Colombia. Resultados Generales
- Guía para la habilitación de servicios oncológicos.

Como instrumentos, tenemos los siguientes:

- Abecé de Habilitación de Prestación de Servicios de Salud
- Para el formulario de inscripción y novedades remítase a la página de su entidad departamental o distrital donde esté prestando el servicio de salud.

Como base de datos

- Registro Especial de Prestadores de Salud, que sirve para definir los estándares necesarios para cumplir con un sistema de Garantía de la Calidad en Salud.

1.7. Componentes

Además de tener el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, un nivel 1 y un nivel 2, debe tener un nivel de gestión y un nivel de control, que son:

Nivel de gestión⁴

Nivel de control⁵

Todas las áreas y procesos deben ser estandarizados por el dueño del proceso o jefe de área y su equipo de trabajo, para que de esa manera en autocontrol cada funcionario cumpla los estándares, en desarrollo de su competencia.

Se debe contratar un asesor metodológico quién convoca a un recinto a los jefes de áreas, para facilitar la metodología de Garantía de Calidad y éstos a su vez compartan la metodología con su equipo de trabajo, para lograr el desarrollo necesario en autocontrol.

⁴ Son los planes, programas y proyectos que la empresa ejecuta con sus recursos en las diferentes y sucesivas etapas de planeación, organización, ejecución y control. Se planea cuantitativamente y se evalúa cuantitativamente, ej.: si se planea ofrecer 1000 consultas odontológicas en el mes x, y solo se ofrecieron 800 consultas odontológicas en el mes x, tenemos una eficacia del 80%.

⁵ Es el componente donde están los manuales, que se planean cualitativamente y se auditan cualitativamente ej: los manuales tienen un nivel de aplicación alto, medio o bajo.

En la reunión de trabajo con el asesor metodológico, cada jefe de área debe identificar el perfil de los procesos que regenta, los cuales pueden clasificarse como misional o prioritarios y los procesos de apoyo.

1.8. Unidades Funcionales Multidisciplinares⁶

Son el paradigma de una organización operativa transversal, en la que distintos profesionales de distintas disciplinas y pertenecientes a más de un servicio, se coordinan para articular protocolos de actuación integrados que repercutan positivamente sobre la asistencia a los pacientes con un problema clínico determinado y, además, con un mayor grado de eficacia y eficiencia.

Así pues, la definición de este tipo de unidades facilita la implantación de protocolos, Guías de Práctica Clínica y Vías Clínicas con lo que se traslada la aplicación de la mejor evidencia científica posible al contexto clínico del día a día con los pacientes. Por otra parte, la definición de modelos de Unidades Funcionales Multidisciplinares⁷ en un contexto territorial, permitiría la aplicación homogénea en todas ellas, de estos protocolos, guías y vías clínicas, con lo que facilitaría la reducción de la variabilidad en la toma de decisiones y haría posible un control individual y general con indicadores, una comparación de las distintas prácticas y el *Benchmarking* como elementos de mejora.

En casi todas las disciplinas en la que existe una gran variedad de diagnósticos, pero en la que es fácil determinar grupos de pacientes con patologías que requieren tipos de actuación y recursos similares, por lo que es factible –y conveniente– su

⁶ Tomado del artículo “Propuesta de un modelo general para unidades funcionales multidisciplinares de neurología” Autor: Jaime Morera, Presidente Sociedad Valenciana de Neurología.

⁷ **Unidades de Atención de Cáncer Infantil (UACAI):** son unidades clínicas ubicadas al interior de instituciones prestadoras de servicios de salud que cuentan con servicios pediátricos de mediana y alta complejidad, cuya función es evaluar la situación de salud del paciente menor de 18 años con diagnóstico presuntivo de cáncer, definir su manejo y realizar el tratamiento, garantizando la aceptabilidad y calidad en la atención en salud con accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad e integralidad.

Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto (UFCA): son unidades clínicas ubicadas al interior de instituciones prestadoras de servicios de salud, cuya función es evaluar la situación de salud del paciente adulto con diagnóstico presuntivo de cáncer, definir su manejo y realizar el tratamiento, garantizando la aceptabilidad y la calidad en la atención con accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad e integralidad.

Normas vigentes	Ley 1384 de 2010 Ley 1388 de 2010 Resolución 1477 de 2016
Antecedentes normativos	Resolución 4504 de 2012. Derogada por la Resolución 1441 de 2016 Resolución 1419 de 2013. Modificada por la Resolución 1441 de 2016
Documentos técnicos	Modos de verificación de los estándares y criterios definidos en el manual de habilitación de Unidades Funcionales con alcance y especificidad
Instrumentos	Abecé de habilitación de unidades funcionales
Base de datos	Módulo de unidades funcionales del Registro Especial de Prestadores de Salud

agrupación en bloques homogéneos que permitan su protocolización, de modo que mejore la calidad de la asistencia al reducir la variabilidad en las decisiones, a la vez que la eficacia y la eficiencia de las mismas.

En este documento se presenta una propuesta de modelo general que permita homogeneizar la definición de las Unidades Funcionales Multidisciplinares, así como un método para calcular la necesidad de cada tipo de unidad.

Criterios para su definición:

- Determinar un equipo concreto (personas concretas para cada unidad).
- Determinar protocolos asistenciales de actuación.
- Definir agendas específicas de trabajo.
- Determinar circuitos asistenciales y criterios de derivación y seguimiento de pacientes.
- Establecer protocolos consensuados de actuación con atención primaria y otros servicios que colaboren en la asistencia y/o investigación.
- Determinar Indicadores de evaluación y control.
- Establecer convenios de colaboración con las Asociaciones de Pacientes (Administración, Sociedad Científica y Asociaciones de Pacientes).

* Los protocolos establecidos deberán ser comunes a todas las Unidades de la AVS, salvo pequeñas modificaciones que deban realizarse para su adaptación local.

1.9. Redes Integradas de Servicios de Salud -RIPSS.

Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud.

	Documentos
Normas vigentes	Ley 1438 de 2011 Ley 1751 de 2015 Ley 1753 de 2015 Resolución 429 de 2016 Resolución 1441 de 2016
Antecedentes normativos	Ley 100 de 1993 Ley 715 de 2001 Ley 1122 de 2007
Documentos técnicos	Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente” Lineamientos para la conformación, organización, gestión, habilitación, seguimiento y evaluación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud Manual de habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud para las Entidades Departamentales y Distritales de Salud Manual de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud para las Entidades Promotoras de Salud - EPS Manual de habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud para la Superintendencia Nacional de Salud
Instrumentos	Abecé de la habilitación de RIPSS Preguntas Frecuentes RIPSS
Registro	Módulo de Redes del REPS

Tomado página web Ministerio de Salud.

1.10. Un bien, puede ser un producto y/o un servicio.

Producto es un tangible que resulta de la transformación de una materia prima que dará como resultado un satisfactor de necesidades.

Servicio es un intangible que resulta de la combinación de conocimientos e insumos y servirá como satisfactor de necesidades.

1.11. Proceso

Es la secuencia lógica y ordenada de actividades que confluyen a la obtención de un bien, como lo muestra la siguiente figura 1.2:

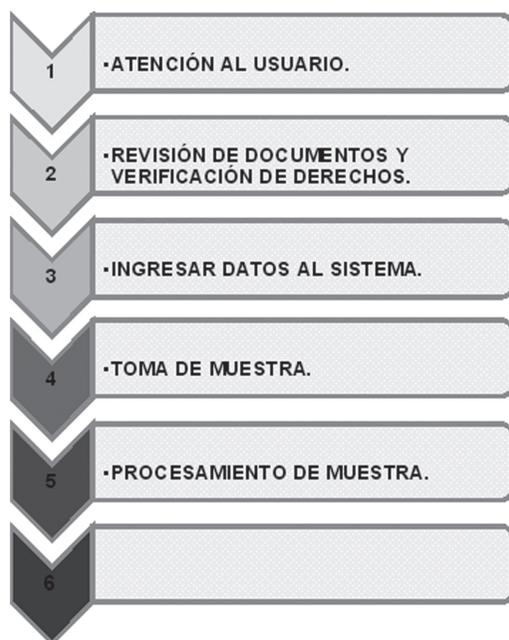


Figura 1.2. Proceso de realización de examen de hemograma.

1.11.1. Áreas/Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección, ejemplo: el área de planeación.

1.11.2. Áreas/Procesos Misionales o Prioritarios: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser, ejemplo: el área de producción de zapatos.

1.11.3. Áreas/Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación, ejemplo: el área de Contabilidad.

1.11.4. Áreas/Procesos de Evaluación: incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales, ejemplo: el área de Auditoría.

La representación gráfica de los procesos Estratégicos, Misionales, de Apoyo y de Evaluación y sus interacciones conforman el Mapa de Procesos. A su vez, la interrelación de los procesos misionales dirigidos a satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios se denomina Cadena de Valor.

Tomada de Guía de la Función Pública.

1.11.5. Área

Es una división o apartado dentro de cada nivel jerárquico de la compañía, encargada de desarrollar un objeto social en torno a la competencia que cumple; están conformadas por procesos que se relacionan entre o que pueden ser independientes entre sí; las áreas de apoyo se conforman con procesos de apoyo, las misionales y/o prioritaria se conforman con procesos misionales y/o prioritarios. Así, por ejemplo como área prioritaria/misional, el área asistencial de esta compañía que ofrece servicios de salud, tiene 6 procesos prioritarios/misionales que registramos a continuación:

- Consulta médica externa general.
- Atención odontológica.
- Exámenes de laboratorio.
- Electrocardiograma.
- Urgencias.
- Imagenología.

De la misma manera el área de contabilidad de esta empresa como área de apoyo tiene registrados los siguientes procesos de apoyo:

- Elaboración del balance general
- Elaboración del estado de resultados
- Elaboración del flujo de fondos
- Elaboración del estado de cambios en el patrimonio.
- Elaboración del estado de cambios en la situación financiera.
- Elaboración y presentación de la información tributaria.
- Colocaciones financieras.

1.12. Metodología para estandarizar los procesos

Las organizaciones podrán utilizar la metodología que deseen para estandarizar los procesos una vez se logren los resultados esperados, la cual deberá ser única para toda la institución y conocida por todos. Se debe recordar que estandarizar es la actividad sistemática de formalización, documentación e implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, entendiendo el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas.

Estos documentos son obtenidos por consenso para lograr un objetivo, con el propósito de unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas.

Los pasos que pueden ser utilizados por quienes realizan la función de auditoría interna como facilitadores de calidad son:

- Defina como estrategia la estandarización.
- Establezca el clima necesario para comenzar el proceso de estandarización.
- Tenga claro el propósito de la estandarización.
- Entrene a las personas en los métodos y formatos estándares aprobados por la institución para ser utilizados en la estandarización.
- Fomente que los miembros de la institución trabajen de acuerdo con los estándares, para lo cual es útil realizar verificaciones.

Una vez las personas que van a hacer parte de los procesos prioritarios objeto de auditoría están capacitadas, se puede proceder a elaborarlos, siguiendo las siguientes pautas:

- Describa paso a paso el proceso. Escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.
- Identifique las tareas que agregan valor y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).
- Diagrame el proceso mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegúrese que todos entiendan su significado.
- Formalice mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

Debe en la implantación del sistema participar un tutor como asesor metodológico, el cual debe convocar a todos los jefes de áreas de la compañía a un recinto, para que éstos se apropien de la metodología y luego la compartan con su equipo de trabajo; no se debe convocar a todos los funcionarios de la compañía porque la empresa debe seguir funcionando.

Cada jefe de área o su delegado, debe identificar si el área que regenta es prioritaria/misional o es de apoyo; luego cada jefe de área debe identificar cada uno de los procesos que componen el área que regenta. Si es una unidad funcional, se integran procesos prioritarios/misionales y de apoyo de las áreas que conforman la unidad funcional multidisciplinar, para estandarizar, implantando⁸ y desarrollando⁹ los estándares necesarios a cada uno de los procesos, en el siguiente orden:

Planeación¹⁰ estratégica¹¹ o a largo plazo

Plan de acción¹² o a mediano plazo¹²

⁸ Montar, estructurar.

⁹ Utilizar, aplicar, desarrollar.

¹⁰ Proyección de metas y objetivos propuestos.

¹¹ A largo plazo, incluye las estrategias para nuevos bienes, líneas de bienes, organización, capacitación de personal, tecnología de punta, materia prima de punta y políticas agresivas de mercadeo.

¹² La herramienta de gestión Institucional que le permite a los jefes de procesos, proponer y materializar los compromisos y responsabilidades en términos de resultados concretos, medibles, realizables y verificables,

Plan de acción de costos o a mediano plazo¹³(solo para los procesos prioritarios).

Plan operativo o a corto plazo¹⁴

Ficha técnica para el manual de procesos del área¹⁵

Ficha técnica para el manual de procedimientos¹⁶ del área.

frente al cumplimiento de los objetivos Institucionales y metas del Plan Estratégico del mismo proceso, de acuerdo con las funciones legales y su capacidad de gestión.

¹³ Es el plan donde determinamos el costo de la producción mensual, producción anual de acuerdo a cada plan de gestión de cada proceso prioritario de la compañía.

¹⁴ Cada proceso debe tener uno, para planear exhaustivamente lo que vamos a producir y/o ofrecer cada mes, cada semana, cada día, cada hora, de acuerdo al plan de acción de ese proceso. Es una herramienta de nivel operativo, de control interno del área, a diferencia del plan de acción y el plan estratégico que son herramientas gerenciales que van al gerente y a la junta directiva.

¹⁵ Cada proceso debe tener una ficha técnica; el acopio de las fichas técnicas de los procesos de cada área, integran el manual de procesos. En cada ficha técnica interactúan dependiendo del nivel jerárquico del proceso, actividades y operarios para el nivel operativo o funciones y funcionarios para el nivel directivo y/o ejecutivo, se registra en matriz flujo grama con el orden lógico de cada una de las actividades que conforman el proceso; se registran tiempo de ejecución de cada actividad y tiempo de ejecución del total del proceso; se identifican puntos críticos de éxito, puntos críticos de fracaso.

¹⁶ Cada área debe tener un manual de procedimientos, donde se acopian las fichas técnicas de procedimientos de todos los procesos del área. En cada ficha técnica, se copia literalmente en orden lógico y secuente cada una de las actividades que conforman un proceso; se clasifican en macro proceso, proceso principal, procesos subsecuentes, actividades y actividades subsecuentes.

2. Sistema único de habilitación¹⁷

Las condiciones de habilitación corresponden al conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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.¹⁸

Las condiciones se debe aplicar como mínimo a:

- 1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).** Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- 2. Profesional Independiente de salud.** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar y no les será exigido el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. (PAMEC).
- 3. Servicio de Transporte Especial de Pacientes.** Son las IPS o personas naturales que prestan servicios de salud cuyo objeto es el traslado de los pacientes a los servicios de salud correspondientes, de conformidad con el requerimiento de atención en virtud de la patología o trauma padecido.
- 4. Entidades con Objeto Social Diferente.** Con esta denominación se habilitan los servicios de salud que son prestados por entidades cuyo objeto social no es la

¹⁷ Artículo 107 de la Ley 1438 de 2011. Resolución 2003 de 2014.

¹⁸ Adoptado por Resolución 2003 de 2014.

prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización, ni quirúrgicos.

Estos servicios se habilitarán con el cumplimiento de las condiciones de capacidad técnico – científicas y deberán cumplir con los requisitos legales de acuerdo con la normatividad vigente respecto a su existencia, representación legal y naturaleza jurídica, según lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, no requerirán presentar el PAMEC y no podrán ser ofrecidos en contratación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5. Las entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

2.1. Condiciones de habilitación que deben cumplir 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.

Las definiciones, estándares, criterios y parámetros de las condiciones de habilitación, son las establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud¹⁹.

2.1.1. Condiciones de Capacidad Técnico – Administrativa²⁰.

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

(Art. 9 del Decreto 1011 de 2006)

Clasificación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por naturaleza jurídica

Deberán cumplir con el documento de creación que es el acto administrativo que le da vida jurídica a la entidad. De acuerdo con la naturaleza jurídica para la inscripción en el

¹⁹ Resolución 2003 de 2014.

²⁰ Resolución 2003 de 2014.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), la entidad debe anexar el o los siguientes documentos, *(en el libro en las páginas 213 a 238)*:

Naturaleza	Modalidad	Tipo
Derecho privado	Entidades con ánimo de lucro	Sociedad por acciones simplificadas SAS
		Empresa unipersonal
		Sociedad de responsabilidad limitada
		Sociedad anónima
		Sociedad en comandita simple y por acciones
		Sociedad de economía mixta
	Entidades sin ánimo de lucro	Fundación
		Asociación
		Corporación
		Cooperativa
Canónica		
Derecho público	Empresas sociales del Estado	Nacional
		Departamental
		Distrital
		Municipal
	Otras IPS públicas	Nacional
		Departamental
		Distrital
		Municipal

- Para las entidades privadas con ánimo de lucro, se debe anexar el certificado de existencia y representación legal vigente, de la principal y de las sedes, expedido por la Cámara de Comercio.
- Para las entidades privadas sin ánimo de lucro se debe anexar la resolución que les dio vida jurídica, así como un certificado de existencia y representación legal vigente.
- Para las entidades de derecho público se debe anexar: el decreto, ley, acuerdo, ordenanza o acto administrativo, que les dio vida jurídica.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud deberá verificar el cumplimiento de estas condiciones, analizando en el documento de creación:

- El nombre o razón social de la institución y su concordancia con el nombre o razón social registrada en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).
- El nombre de la sede o sedes de la institución y su concordancia con el registrado en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

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, solamente cumplirán con la presentación del certificado de existencia y representación legal y no les serán exigidos los criterios de sistema contable ni de suficiencia Patrimonial y Financiera. Los servicios prestados por estas entidades no podrán ser ofrecidos en contratación.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y sea propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las Entidades con Objeto Social Diferente además de los requisitos señalados anteriormente, deben cumplir con los requisitos legales de acuerdo con la normatividad vigente respecto a su existencia, representación y naturaleza jurídica, según lo previsto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Los servicios prestados por estas entidades no podrán ser ofrecidos en contratación.

Las Fuerzas Militares, la Policía Nacional y Ecopetrol, de conformidad con las excepciones definidas en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, cuando voluntariamente se acojan al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Salud (SOGCS) o cuando ofrezcan la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o a Entidades Territoriales, caso en el cual deben acogerse de manera obligatoria al SOGCS, dichas entidades solamente cumplirán con lo establecido en los criterios técnico-científicos y deben anexar el certificado de existencia y representación legal vigente.

Sistema Contable

Se verificará que la institución cuente con registros contables con las especificaciones definidas en el Plan General de Contabilidad Pública cuando se trate de entidades descentralizadas del orden nacional, y territorial, entidades autónomas y entidades

públicas o Plan Único de Cuentas Hospitalario cuando se trate de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

En toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud se verificará (*en el libro en las páginas 213 a 238*):

1. Certificado de Existencia y Representación Legal vigente.
2. Fotocopia del RUT.
3. Estados financieros de apertura.
4. Certificado de cuenta bancaria cuyo titular sea la IPS.
5. Libros²¹ oficiales registrados ante el ente correspondiente, cuando aplique.

De acuerdo con lo anterior, la Compañía que ofrece servicios de salud, pública o privada debe presentar periódicamente, de acuerdo a lo establecido en la norma contable mínimo una vez al año, los siguientes estados financieros:

Balance General²²

Estados de resultado²³

Flujo de fondos²⁴

Estado de cambios en el patrimonio²⁵

²¹ Página 236 de este libro. Decreto 19 de 2012.

²² Según la Circular externa 100 de 1995. Por definición el balance general es un estado financiero estático, mediante el cual se reportan cifras acumuladas a una fecha dada, que corresponde a la situación financiera a dicha fecha. Bajo este criterio, y teniendo en cuenta que la comparación se refiere a dos cortes o cierres de ejercicio consecutivos y de igual duración, ella -la comparación- se debe realizar en relación con cifras acumuladas a una fecha de corte determinada, la cual puede ser anual, semestral, trimestral o cualquier otra. En otras palabras, el usuario de los Estados Financieros al referenciar las fechas de corte o cierre debe poder establecer sin dificultad lo que es materia de comparación.

Así mismo el usuario de la información debe poder determinar qué variaciones importantes se han presentado entre una fecha y otra, aspecto éste que es el que se debe revelar respecto del balance de publicación.

²³ Según la Circular externa 100 de 1995. El estado de resultados, a diferencia del balance general, se caracteriza por lo dinámico, puesto que por definición mide lo que ha pasado en un período determinado. En este sentido, necesariamente la comparación debe referirse a períodos de tiempo iguales, con independencia de la duración estatutaria de los ejercicios comparados.

²⁴ El flujo de efectivo es uno de los estados financieros más complejos de realizar y que exigen un conocimiento profundo de la contabilidad de la empresa para poderlo desarrollar. Según el Consejo Técnico de la Contaduría, se entiende que el flujo de efectivo "es un estado financiero básico que muestra el efectivo generado y utilizado en las actividades de operación, inversión y financiación. El objetivo del flujo de efectivo es básicamente determinar la capacidad de la empresa para generar efectivo, con el cual pueda cumplir con sus obligaciones y con sus proyectos de inversión y expansión. Adicionalmente, el flujo de efectivo permite hacer un estudio o análisis de cada una de las partidas con incidencia en la generación de efectivo, datos que pueden ser de gran utilidad para la el diseño de políticas y estrategias encaminadas a realizar una utilización de los recursos de la empresa de forma más eficiente.

Es importante que la empresa tenga claridad sobre su capacidad para generar efectivo, de cómo genera ese efectivo, para así mismo poderse proyectar y tomar decisiones acordes con su verdadera capacidad de liquidez.

²⁵ El estado de cambios en el patrimonio es uno de los cinco estados financieros básicos contemplados por el artículo 22 del decreto 2649 de 1993.

El estado de cambios en el patrimonio tiene como finalidad mostrar las variaciones que sufran los diferentes elementos que componen el patrimonio, en un periodo determinado.

Además de mostrar esas variaciones, el estado de cambios en el patrimonio busca explicar y analizar cada una de las variaciones, sus causas y consecuencias dentro de la estructura financiera de la empresa.

Estado de cambios en la situación financiera²⁶.

Para la empresa es primordial conocer el porqué del comportamiento de su patrimonio en un año determinado. De su análisis se pueden detectar infinidad de situaciones negativas y positivas que pueden servir de base para tomar decisiones correctivas, o para aprovechar oportunidades y fortalezas detectadas del comportamiento del patrimonio.

La elaboración del estado de cambios en el patrimonio es relativamente sencilla puesto que son pocos los elementos que lo conforman y todo se reduce a determinar una simple variación.

²⁶ El objetivo es proporcionar información relevante y concentrada en un periodo, para que los usuarios de los estados financieros tengan elementos suficientes para:

- a) Evaluar la capacidad de la empresa para generar recursos.
- b) Evaluar las razones de las diferencias entre la utilidad neta y los recursos generados o utilizados por la operación.
- c) Evaluar las capacidades de la empresa para cumplir con sus obligaciones, para pagar dividendos, y en su caso, para anticipar la necesidad de obtener financiamiento.
- d) Evaluar los cambios experimentados en la situación financiera de la empresa derivados de transacciones de inversión y financiamiento ocurridos durante el periodo.

El estado financiero básico muestra (en pesos) los recursos generados o utilizados en la operación, los principales cambios ocurridos en la estructura financiera de la entidad y su reflejo final en el efectivo e inversiones temporales a través de un periodo determinado.

La expresión "pesos constantes", representa pesos del poder adquisitivo a la fecha del balance general (último ejercicio reportado de estados financieros comparativos).

La generación o uso de recursos es el cambio en pesos constantes en las diferentes partidas del balance general, que se derivan o inciden en el efectivo.

En el caso de partidas monetarias este cambio comprende la variación en pesos nominales más o menos su efecto monetario.

Las actividades de financiamiento incluyen la obtención de recursos de los accionistas y el reembolso o pago de los beneficios derivados de su inversión, pago de recursos obtenidos mediante operaciones a corto y largo plazo.

Las actividades de inversión incluyen el otorgamiento y cobro de préstamos, la compra y venta de deudas, de instrumentos, de capital, de inmuebles, equipo, maquinaria, de otros activos productivos distintos de aquellos que son considerados como inventarios de la empresa.

Las actividades de operación generalmente están relacionadas con la producción y distribución de bienes y prestación de servicios, con transacciones y otros eventos que tienen efectos en la determinación de la utilidad neta y/o con aquellas actividades que se traducen en movimientos de los saldos de las cuentas directamente relacionadas con la operación de la entidad y que no quedan enmarcadas en las actividades de financiamiento o de inversión.

El conjunto de los cambios en la situación financiera, muestran la modificación registrada, en pesos en cada uno de los principales rubros que la integran, los cuales, junto con el resultado del periodo, determinan el cambio de los recursos de la entidad durante un periodo.

En este estado se relacionan el resultado neto de la gestión con el cambio en la estructura financiera y con el reflejo de todo ello en el incremento o decremento del efectivo y de las inversiones temporales durante el periodo.

Dentro del conjunto de actividades desarrolladas por las empresas, se ha hecho más evidente que los recursos se generan y/o utilizan en tres áreas principales:

- a) Dentro del curso de sus operaciones.
- b) Como consecuencia de los financiamientos obtenidos y de la amortización real de los mismos, a corto y largo plazo.
- c) En función de inversiones y/o emisiones efectuadas.

Consecuentemente, los recursos generados o utilizados durante el periodo se deberán clasificar para fines del presente estado en:

- a) Operación.
- b) Financiamiento.
- c) inversión.

Los recursos generados o utilizados por la operación resultan de adicionar o disminuir al resultado neto del periodo (o antes de partidas extraordinarias), los siguientes conceptos: a) Las partidas del estado de

De acuerdo con lo anterior, hay que aclarar que la Ley 905 de 2004, clasifica a las empresas en Colombia, según tamaño y número de trabajadores, como micro, pequeñas, medianas y grandes empresas y que el Decreto 1878 de 2008, determina que las Mipymes solo deben presentar el balance general y el estado de resultados.

Además, lo establecido por la Ley 1438 de 2011, la NTCGP 1000 de 2004/2005/2009 para las entidades del sector público que ofrecen servicios de salud; el Decreto 4295 de 2007, decreto 1599 MECI 1000/2005, el Decreto 1011 de 2006, la Resolución 1445 de 2006 y la Ley 872 de 2003; todas las empresas para cumplir con las exigencias de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, deben implantar y desarrollar los planes estratégicos, planes de acción, planes de acción de costos y planes operativos por procesos, que son el insumo de la información y proyección financiera de la compañía.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica (componente legal) y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550²⁷ de 1999, o en la Ley 1380²⁸ de 2010, o en el Código de Comercio, demost-

resultados que no hayan generado o requerido el uso de recursos o cuyo resultado neto esté ligado con actividades identificadas como de financiamiento o inversión. Los movimientos en estimaciones devaluación de los activos circulantes no se considerarán en esta conciliación) Los incrementos o reducciones (en pesos constantes) en las diferentes partidas relacionadas directamente con la operación de la entidad, disminuidas de las estimaciones de valuación correspondiente. Los recursos generados o utilizados en actividades de financiamiento comprenden principalmente:

- a) Créditos recibidos a corto y largo plazo, diferentes a las operaciones con proveedores y/o acreedores relacionados con la operación de la empresa.
- b) Amortizaciones efectuadas a estos créditos, sin incluir los intereses relativos.
- c) Incrementos de capital por recursos adicionales, incluyendo la capitalización de pasivos.
- d) Reembolsos de capital.
- e) Dividendos pagados, excepto los dividendos en acciones.

Los recursos generados utilizados en actividades de inversión comprenden básicamente las siguientes transacciones:

- a) Adquisición, construcción y venta de inmuebles, maquinaria y equipo,
 - b) Adquisición de acciones de otras empresas con carácter permanente
 - c) Cualquier otra inversión o emersión de carácter permanente.
 - d) Préstamos efectuados por la empresa.
 - e) Cobranzas o disminución en pesos constantes de créditos otorgados (sin incluir los intereses relativos).
- La clasificación que se siga deberá ser la que refleje mejor la esencia de la operación, en base a la actividad económica más relevante de la empresa.

²⁷ Régimen de insolvencia.

²⁸ Régimen de insolvencia.

rán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

Introducción Normas Internacionales de Contabilidad

El cierre contable de 2016 es el primer año de reporte bajo los nuevos marcos técnicos normativos para las pymes, mientras que las entidades de los grupos 1 y 3 presentarán su segundo año de información bajo las nuevas normas.

Llegó el momento definitivo en la aplicación de los nuevos marcos técnicos normativos, pues al corte del año 2016 casi todas las entidades tendrán que publicar estados financieros bajo estos.

“Las únicas entidades que aún no se encuentran obligadas a presentar información financiera bajo las nuevas normas son las pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Cajas de Compensación Familiar”

Las únicas entidades que aún no se encuentran obligadas a presentar información financiera bajo las nuevas normas son las pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y Cajas de Compensación Familiar, clasificadas en el grupo 2. Estas, por disposición del artículo 1.1.4.4.1 del Decreto 2496 del 23 de diciembre de 2015, pueden aplazar hasta el corte del 31 de diciembre de 2017 sus primeros estados financieros bajo las nuevas normas.

En todo caso, si las entidades mencionadas en el numeral anterior ya estaban listas para la presentación de estados financieros bajo Normas para Pymes con corte al 31 de diciembre de 2016 pueden seguir con ese cronograma, como lo establece el párrafo 1.1.4.4.2 del mismo Decreto 2496 de 2015.

Las demás entidades deben seguir con el cronograma establecido de acuerdo con el grupo al que pertenecen, según se describe a continuación:

Entidades del grupo 3

El numeral 8 del artículo 1.1.3.3 del Decreto 2420 de 2015, el cual compiló todas las normas sobre información financiera y aseguramiento de la información, establece que las entidades pertenecientes al grupo 3 deben presentar sus primeros estados financieros con la aplicación de la Norma para microempresas con corte al 31 de diciembre de 2015.

Esta disposición es idéntica al requerimiento original contemplado en el Decreto 2706 de 2012, solo que fue compilado en el Decreto 2420.

De acuerdo con lo anterior, todas las entidades del grupo 3 clasificadas como microempresas deben presentar al corte del 31 de diciembre de 2016 sus estados financieros aplicando el marco normativo de contabilidad simplificada, contenido en el anexo 3 del Decreto 2420 de 2015.

Entidades del grupo 2

Por regla general, las entidades del grupo 2 deben presentar sus estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2016 aplicando la Norma para Pymes emitida por el IASB en el año 2009, la cual fue incorporada en el Decreto 3022 de 2013, luego compilado en el anexo 2 del Decreto 2420 de 2015.

Aunque la Norma para Pymes fue actualizada en el año 2015 por el Emisor, la norma a aplicar en Colombia corresponde al año 2009, pues se encontraba emitida y vigente en la fecha de transición (1 de enero de 2015).

Entidades del grupo 2 que decidieron aplicar las Normas Plenas

Ciertas entidades pertenecientes al grupo 2 decidieron aplicar las Normas Plenas. En ese caso, cada una debe tener presente el calendario que haya escogido en su momento. Algunas iniciaron como grupo 1, con el calendario original de este fijado en el Decreto 2784 de 2012, según el cual debieron presentar sus primeros estados financieros bajo ese marco normativo con corte al 31 de diciembre de 2015.

Otras entidades se acogieron a las Normas Plenas pero conservando el calendario del grupo 2, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo del artículo tercero del mencionado Decreto 3022 de 2013. Estas también deben presentar, al corte del 31 de diciembre de 2016, sus estados financieros con la aplicación de la Norma para Pymes.

Entidades del Grupo 1

Desde el año 2015, las entidades del grupo 1 debieron presentar sus primeros estados financieros siguiendo los requerimientos del Decreto 2784 de 2012, hoy compilado en el Decreto 2420 de 2015.

En razón a lo anterior, las entidades del grupo 1 deben presentar al corte del año 2016 sus estados financieros aplicando el nuevo marco técnico normativo.

Estados financieros presentados bajo normas locales

Si una entidad presenta estados financieros mediante las normas contables anteriores, tales como el Decreto 2649 de 1993 y las circulares de las superintendencias, estando obligada a presentarlos bajo los nuevos marcos técnicos normativos, dichos estados financieros no tendrán validez ante terceros, y el revisor fiscal deberá emitir un dictamen adverso donde señale que incumplen con las normas sobre contabilidad e información financiera.

Tomado página web actualícese.

2.1.2. Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera²⁹

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera³⁰ de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, se evidencian con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador. En el caso de las instituciones nuevas se evidencian con los estados financieros de apertura certificados por el revisor fiscal o el contador.

Para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar certificados y/o dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y sea de propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordato. La valoración de la suficiencia patrimonial y financiera se establecerá mediante la aplicación de los siguientes indicadores:

Para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)³¹, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente

²⁹ Resolución 2003 de 2014.

³⁰ Artículo 8 del Decreto 1011 de 2006

³¹ RESOLUCIÓN 3678 DE 2014,

ARTÍCULO 1o. Modifícase el numeral 5.5 del artículo 5o de la Resolución número 2003 de 2014, el cual, quedará así:

“5.5. En cualquier momento, antes del 30 de enero de 2015, para renovar la habilitación por un año más, para los prestadores que les aplique el artículo 11 de la presente resolución.”

ARTÍCULO 2o. Modifícase el artículo 11 de la Resolución número 2003 de 2014, el cual quedará así:

“Artículo 11. 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 enero de 2015.”

anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar certificados y/o dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

Resolución 00226 de 2015

Artículo 1. Adicionase el numeral 2.2 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014, así:

“l. . .) Cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que al momento de la autoevaluación o de la verificación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, se encuentren bajo medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar por la Superintendencia Nacional de Salud, demostrarán dichas condiciones, una vez culmine el proceso de intervención.

l. . .)” Artículo 2. Vigencia. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y adiciona el numeral 2.2 - Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014.

Patrimonio

Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo con la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad con los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

$$\frac{\text{Patrimonio total}}{\text{Capital}} \times 100$$

ARTÍCULO 3o. Modifícase los numerales 20.1 y 20.4 del artículo 20 de la Resolución número 2003 de 2014, los cuales, quedarán así:

“20.1. Los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS, deberán actualizar por una única vez el portafolio de servicios, ingresando al enlace de novedades del prestador, disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), publicado en la página web de la entidad departamental o distrital de salud correspondiente y diligenciar la información allí solicitada antes del 30 de enero de 2015. La actualización del portafolio de servicios es un requisito previo para que el prestador realice la autoevaluación.

20.4. Los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados a la entrada en vigencia de esta resolución, tendrán hasta el 30 de enero de 2015, para realizar los ajustes necesarios y dar cumplimiento a lo establecido en la presente resolución y en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado con la presente resolución”.

ARTÍCULO 4o. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación, modifica el numeral 5.5 del artículo 5o, el artículo 11 y los numerales 20.1., y 20.4, del artículo 20 de la Resolución número 2003 de 2014 y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

El valor resultante de la operación indicada deberá ser superior a 50%.

De acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad la cuenta que registra el capital es:

1. En las entidades descentralizadas del orden nacional, territorial y entidades autónomas una de las siguientes cuentas de acuerdo con las disposiciones legales de creación y funcionamiento:
 - a) Patrimonio Institucional – Aportes sociales Código 3203 del Plan General de Contabilidad Pública.
 - b) Patrimonio Institucional – Capital Suscrito y Pagado, Código 3204 del Plan General de Contabilidad Pública.
 - c) Patrimonio Institucional – Capital Fiscal, Código 3208 del Plan General de Contabilidad Pública.
2. En las entidades públicas es la cuenta Capital Fiscal, Código 3105, del Plan General de Contabilidad Pública o Patrimonio Público Incorporado, Código 3125, del Plan General de Contabilidad Pública.
3. En las entidades privadas el Capital Social, Código 31, del Plan Único de Cuentas Hospitalario (PUCH) para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

Obligaciones Mercantiles

Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles vencidas en más de 180 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles, aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la entidad, así:

$$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días}}{\text{Pasivo corriente}} \times 100$$

El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%.

Para la obtención del valor del numerador, se solicitará a la entidad un reporte, certificado por el revisor fiscal y/o contador de las cuentas por pagar a los proveedores y demás obligaciones mercantiles que superen un período más de 360 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.

El pasivo corriente, son las deudas o acreencias de inmediata exigibilidad, que deben pagarse en el corto plazo.

En conclusión, el pasivo corriente, son las deudas o acreencias de inmediata exigibilidad, que deben pagarse en el corto plazo; si el 50% de estas obligaciones a corto plazo

están en mora de 360 días, la empresa no cumple con esta exigencia del Decreto 1011 de 2006, para poder funcionar.

Obligaciones Laborales

Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales vencida en más de 180 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales, aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

$$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días}}{\text{Pasivo corriente}} \times 100$$

El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50%.

Para la obtención del valor del numerador, se solicitará a la entidad un reporte, certificado por el revisor fiscal o contador de las moras de pago de nómina y demás obligaciones laborales que superen un período más de 360 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

En conclusión, si aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales tiene 180 días o un año y suman más del 50% de las obligaciones de inmediata exigibilidad o a corto plazo, la compañía no es viable financieramente y por eso incumple esta exigencia del Decreto 1011 de 2006.

2.1.3. Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica³²

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso,

Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

³² Art 7 del Decreto 1011 de 2006.

El Sistema Único de Habilitación (Decreto 0780 de 2016 Artículos 2.5.1.3.1.1 - Resolución 2003 de 2014 - Resolución 3678 de 2014 - Resolución 0226 de 2015), define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

La Dirección de Calidad de Servicios de Salud, a través de la subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, de la Secretaría Distrital de Salud, realiza el proceso de habilitación de los prestadores de servicios de salud del Distrito Capital y las visitas de verificación del cumplimiento de condiciones definidas por las normas vigentes.

Tomado Pagina secretaria de Salud de Bogota.

2.2. Estándares de habilitación

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca. Los estándares de habilitación son principalmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que éstos apunten a los riesgos principales.

Los estándares son esenciales, es decir, no son exhaustivos, ni 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.

El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio, dado que si los estándares son realmente esenciales como deben ser, la no obligatoriedad implicaría que el Estado permite la prestación de un servicio de salud a conciencia que el usuario está en inminente riesgo. En este sentido, no deben presentarse planes de cumplimiento.

Los estándares deben ser efectivos, lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiéndose por ello, que su ausencia, genera riesgos que atentan contra la vida y la salud. Por ello, están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud.

Los estándares buscan de igual forma 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.

Los estándares aplicables son siete (7) así:

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.

Los criterios establecen el detalle del estándar para su interpretación y son el elemento concreto dentro de cada servicio, para evaluar la seguridad en la atención del paciente. Los estándares y criterios para cada uno de los servicios. El Ministerio de Salud y Protección Social, será el encargado de establecer los estándares para los servicios faltantes.

2.2.1. Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

Todos los servicios

Los estándares y criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por todo prestador de servicios de salud para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar:

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.
	Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.
	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.
	Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.
	La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Soporte vital avanzado. 2. Monitoria de EKG. 3. Métodos avanzados en manejo de vía aérea. 4. Sedación. 5. Lectura e interpretación electrocardiográfica.
	Si realiza sedación grado IV, cuenta con anestesiólogo.
	Una vez termine el procedimiento los pacientes deberán ser vigilados por enfermera o auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el responsable del mismo.
	Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas.
	El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación.
	Cuenta con anestesiólogo cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Infra- estructura	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.
	Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.
	Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial.
	Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.
	En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores.
	Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.
	Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.
	Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra.
	En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.
	En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.
	La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
	Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin.
	Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.
	La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.
	En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de 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.
Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.	
En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos,	

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Infra-estructura	deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.
	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.
	Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.
	Si la institución presta servicios de hospitalización, urgencias, UCI, servicios quirúrgicos, obstétricos; los ascensores son de tipo camilleros y los servicios cuentan con un ambiente exclusivo para el manejo de la ropa sucia.
	El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.
	El prestador que utilice para su funcionamiento, fuentes radiactivas, cuenta en forma previa a la habilitación, con Licencia de Manejo de Material Radiactivo vigente, expedida por la autoridad reguladora nuclear (Ministerios de Salud y Protección Social y Minas y Energía o la entidad por éste designada para tal fin).
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.
	Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.
	La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.
	En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de hospitalización, urgencias y zonas de esterilización, en todas las complejidades, los ambientes de aseo son exclusivos para el servicio.
	La institución donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo a los componentes a transfundir.
Dotación	Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.
	En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.
	Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.
	En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de succión.
	Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.
	Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.
	Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Dotación	<p>Para los servicios donde se realicen procedimientos con sedación, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor de signos vitales. 2. Succión con sondas para adultos y pediátrica según el paciente a atender. 3. Oxígeno y oxígeno portátil. 4. Oxímetro de pulso y tensiómetro
	<p>Para las Instituciones donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes, contar con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes. 2. Sistema de registro y control de temperatura entre 1°C y 6°C. 3. Alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre pueda deteriorarse. 4. Equipo para descongelar plasma, cuando aplique. 5. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando aplique. 6. Agitador o rotador de plaquetas, cuando aplique.
	<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>
	<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>
	<p>Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.</p>
	<p>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>
	<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>

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Dotación	Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.
	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el re-procesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.
	Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.
	Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.
	Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.
	Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.
Procesos Prioritarios	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.
	Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.
	b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.
	c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Procesos Prioritarios	<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 re-actualiza el proceso.</p> <p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.</p> <p>Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.</p> <p>Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.</p> <p>Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.</p> <p>Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.</p> <p>Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.</p> <p>Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p> <p>Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. 2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente. <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.</p> <p>La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.</p> <p>Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.</p>

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Procesos Prioritarios	<p>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.</p> <p>4. Uso y reúso de dispositivos médicos.</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>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>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.</p>
	<p>El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.</p>
	<p>Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:</p> <p>Estabilización del paciente antes del traslado.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Medidas para el traslado. 3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: <ol style="list-style-type: none"> a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia. 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.

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Procesos Prioritarios	<p>Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de sedación. 2. Protocolo de manejo de emergencias. 3. Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de: <ol style="list-style-type: none"> a) Evaluación de la vía aérea. b) La determinación del tiempo de ayuno adecuado. c) Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria. d) Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares. <p>Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente. 6. Protocolo que defina atención por anestesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de conciencia, con obesidad mórbida, 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>Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. • Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. 2. Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.
	<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:

Todos los servicios	
Estándar	Criterio
Procesos Prioritarios	<p>a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.</p> <p>b) Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío.</p> <p>c) Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.</p> <p>d) Establece controles formales para: 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.</p>
Historia Clínica y Registros	<p>Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.</p> <p>Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.</p> <p>Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</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> <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> <p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con: 1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente. 2. Registro de la información post-transfusional.</p>