

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD (SOGCSS)

Definición: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Aplica para todos los profesionales de salud, Instituciones prestadoras de servicios de salud y entidades administradoras de planes de beneficios.

NORMATIVIDAD:

1. **DECRETO 1011 DE 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**
2. **DECRETO 780 DE 2006** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
3. **RESOLUCION 2003 de 2014** “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”

Se encuentra vigente hasta el 25 de noviembre de 2020, en el momento se esta en un proceso de transición, para los Prestadores de servicios de salud antiguo les aplica, los nuevos pueden escoger entre habilitarse con esta o con la resolución 3100 de 2019
4. **RESOLUCIÓN 3100 de noviembre de 2019** por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.
5. **RESOLUCION 1995 DE 1999** Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica
6. **RESOLUCION 839 DE 2017** Por la cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.
7. **RESOLUCION 2626 DE 2019** Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud Territorial MAITE
8. **RESOLUCION 459 de 2012** Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual AIEPI
9. **Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.**

COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD :

1. Sistema Único de Habilitación: normado por la resolución 2003 de 2014, es la base, el piso para la prestación de servicios de salud, considerando que precisa y establece las condiciones y requisitos mínimos que debe cumplir un prestador de servicios de salud, recordar es lo mínimo.

Actualmente nos encontramos en un periodo de transición frente a la normatividad, considerando que a partir del 25 de noviembre de 2019 se expedido la resolución 3100, la cual entra en vigencia el 25 de noviembre de 2020, en este momento los prestadores de servicios de salud nuevos tienen la posibilidad de elegir si se habilitan con esta o se les puede aplicar la resolución 2003 de 2014.

Para los prestadores de servicios antiguos se les aplica la resolución 2003 de 2014.

Ningún Prestador de servicios de salud puede prestarlo sin tenerlos habilitados, por favor revisar en la Institución donde vayan a prestar sus servicios como medico de servicio social obligatorio que este habilitado y que además cumplan con todos los requisitos allí establecidos.

Ma adelante se va ampliar mas sobre este sistema por la importancia de este.

2. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD “PAMEC”

QUE ES EL PAMEC?

El Decreto 780 de 2016 define Auditoria para el Mejoramiento como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios.

Por tanto el PAMEC es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud

Es otro de los componentes obligatorios que deben realizar los Prestadores de Servicios de salud, como son las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, las Entidades Administradoras de Prestadoras de servicios de salud (EAPB) y las Entidades Territoriales de Salud (Secretarías de Salud Municipal y Departamentales), normado en la circular 012 de 2016.

Para el Planteamiento del PAMEC se debe aplicar la ruta crítica del Pamec, enfocada en el ciclo PHVA, planear, hacer, verificar y actuar, el planteamiento de actividades, el tiempo de la ejecución de estas lo realiza el Prestador, se debe realizar de acuerdo al enfoque de seguridad del paciente, acreditación.

Es importantísimo que se lleve un control de los procesos,. Análisis cuales son los procesos de servicios de salud, que hace el PAMEC evalúa diagnóstica,

prioriza y de acuerdo a ello hace un plan de mejora, establece indicadores y les hace seguimiento para mirar cómo está la mejora continua.

3. SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA CALIDAD

El Sistema de Información para la Calidad pretende:

- a) Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- b) Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- c) Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

En el artículo 2.5.1.5.3 decreto 780 de 2016, se definen los principios del Sistema de Información para la Calidad y son:

1. Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
2. Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
3. Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.
4. Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
5. Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
6. Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada

4. SISTEMA UNICO DE ACREDITACION:

De acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 2.5.1.6.5 Sistema Único de Acreditación en Salud. Entiéndase como Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2.5.1.6.2 del presente Capítulo, los cuales están destinados a

comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se regirá por lo dispuesto en el presente Capítulo, así como por la reglamentación que para su desarrollo e implementación expida el Ministerio de Salud y Protección Social

Es un proceso voluntario de al cual pueden acogerse los Prestadores de servicios de salud del país, sin embargo las Entidades Publicas deben evaluarse con estándares de acreditación, es el escalón mas alto en el cual se ubican los Prestadores de servicios de salud, es mas exigente y requiere cumplir indicadores mas elevados.

En el departamento de Nariño orgullosamente se cuenta con dos prestadores de servicios de salud públicos acreditados como son la ESE Hospital Civil de Ipiales y la ESE Hospital Universitario Departamental de Nariño y un privado como es el Hospital Infantil Los Ángeles.

. CARACTERISTICAS DEL SOGC

- **DECRETO 780 DE 2016**
- Capítulo 2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS

Artículo 2.5.1.2.1 *Características del SOGCS*

1. *Accesibilidad*
2. *Oportunidad*
3. *Pertinencia*
4. *Seguridad*
5. *Continuidad*

ACCESIBILIDAD:

Es la posibilidad de tienen los usuarios de obtener a todos los servicios que tiene derecho dentro del Sistema de Seguridad Social.

Recibir los servicios de urgencias en las instituciones de salud, públicas y privadas.

OPORTUNIDAD:

Todos los Usuarios de salud puedan tener acceso a los servicios y a la atención de salud sin que haya demoras que pongan en peligro su vida o su salud.

Oportunidad en la asignación de citas

Oportunidad en la aplicación de medicamentos ordenados, se formulan a las 8 de la mañana y se aplican a las 10 de la mañana.

PERTINENCIA:

Usuario que consulta se le brinde lo que realmente necesita haciendo un balance de los riesgos, costos y beneficios y que sean mayores los beneficios que los riesgos y los eventos adversos que puedan presentar.

Ejemplo: Menor con dos años de edad con EDA se ordena amoxicilina y no lo indicado en el AIEPI.

SEGURIDAD

Es la capacidad de minimizar al máximo el evento adverso en la prestación de servicios de salud, los Usuarios de salud en Colombia tienen derecho a tener acceso rápido, a tener oportunidad y además que ese servicio cuando tengan acceso a ellos se les brinden con mucha SEGURIDAD, que cada Institución tenga controlado sus eventos adversos, tenga controlado sus riesgos y haga gestión del evento adverso.

Usuario llega al servicio de urgencias se le realiza triage, Se atiende a los 30 minutos se ordena tratamiento médico y se aplica sin cumplir con el protocolo de venopunción, ocasionándole una flebitis.

Usuario con diagnóstico de pancreatitis atendido oportunamente, valorado por Especialidad de turno a las dos horas de llegada, tomado y reportados los laboratorios en los tiempos adecuados, presenta APACHE 12, Especialista ordena dejar en observación, se complica y muere.

CONTINUIDAD:

Derecho que tenemos todos los Usuarios de salud a que todos los tratamientos en salud tengan continuidad, sin interrupciones.

Gestante a quien se le ordena multivitamínicos pero solo hay la mitad del tratamiento porque se terminó en farmacia.

CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD:

Superimportante tener en cuenta este concepto, porque es lo que todos los profesionales en salud debemos enfocarla:

Está enfocada en la Satisfacción del Usuario: comparando el nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus **expectativas**.

SISTEMA UNICO DE HABILITACION

Por la importancia de este componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se va a abordar de una manera más puntual:

Definición:

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

Es la puerta de entrada, es el primer escalón que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.

Su cumplimiento es **obligatorio** para los prestadores de servicios de salud del País, normado en el Artículo 2.5.1.3.1.1 Decreto 780 de 2016.

Objetivo

Que las Instituciones cumplan condiciones mínimas para prestar de servicios de salud con calidad

Que todos los prestadores de servicios de salud tengan claro que hay unos estándares de habilitación que le van a permitir prestar o no los servicios de salud de acuerdo a su cumplimiento.

Para dar operatividad al cumplimiento del sistema único de habilitación se encuentra la:

RESOLUCION 2003 DE 2014

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

CAMPLO DE APLICACIÓN:

Los que deben cumplir con esta resolución son:

- ★ Instituciones Prestadoras de servicios de salud (IPS ESE)
Ejemplo: Hospitales, Clínicas, clínicas de odontología, empresas sociales del estado, etc.
- ★ Profesionales Independientes: se habilita un solo Profesional y no puede contratar con otro.
Ejemplo: Consultorios de medicina general, consultorio de Odontología.
- ★ Transporte Asistencial de Pacientes: Son las empresas de servicio de ambulancias, se pueden habilitar para prestar servicios de transporte asistencial básico y transporte asistencial medicalizado
- ★ Instituciones con Objeto Social Diferente: Son instituciones cuyo objeto o razón de ser no es la prestación de servicios de salud, sin embargo dentro de sus instalaciones tienen una área para prestar servicios de salud.
Ejemplo: Universidades, Fundaciones, Ancianatos.

Proceso de Inscripción y habilitación.

Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la resolución 2003 de 2014.

Para iniciar con el proceso de inscripción de habilitación debe realizar lo siguiente:

- 1) Autoevaluación de las condiciones de habilitación.
La autoevaluación consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.
- **Requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el REPS.**
Los Prestadores de Servicios de Salud que se inscriban y habiliten servicios en el REPS deberán cumplir lo siguiente:
 - a) Determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS, incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio.
 - b) Realizar la autoevaluación y la posterior declaración en el REPS.

- c) Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.
- d) Radicar el formulario de Inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva y los demás soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

SERVICIO HABILITADO:

Importantísimo:

Hasta tanto el Ente Departamental No realice visita de verificación y certifique el cumplimiento de las condiciones de habilitación el código estará inactivo y los servicios NO se consideran habilitados (el PSS no puede ofertarlos ni prestarlos)

EL DISTINTIVO Es el mecanismo que le sirve a los ciudadanos para ejercer control y verificación de que los servicios de salud que se están prestando, se encuentren habilitados.

 MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social	
DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS	
Código y Nombre del Prestador	11001 - HOSPITAL XXXXX
Código y Nombre de la Sede	11001 - XXXXX
Grupo del Servicio	Consulta Externa
329 - MEDICINA INTERNA	
	
Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHS241711	
Verifique la información de este documento, ingresando a: http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo.aspx	
<small>En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección: Carrera 32 No. 12-81 - Teléfono(s): 3649598-3649599 3649090 EXT 9890-9873 - Correo Electrónico: habilitacionesdbogota@saludcapital.gov.co</small>	
<small>Fecha de Impresión: jueves 26 de marzo de 2015 (4:03 p. m.)</small> <small>El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011, abril 3 de 2006 y sus normas reglamentarias.</small> <small>Código interno MinSalud_PS:194255610</small> <small>Versión 1.0.</small>	

REPÚBLICA DE COLOMBIA 	
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS	
Código y Nombre del Prestador	11001 - FISIOTERPIA
Código y Nombre de la Sede	11001 - FISIOTERAPIA
Departamento	Distrito BOGOTÁ
Municipio	Distrito BOGOTÁ
Dirección	AVENIDA CRA. INTERIORES Barrio:
Grupo del Servicio	Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica
739 - FISIOTERAPIA	
	
Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHS201175	
Verifique la información de este documento, ingresando a: http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultadistintivo.aspx y posteriormente digitando el Número Único del Distintivo de Habilitación de Servicios: DHS201175	
<small>En caso de cualquier inquietud con el DISTINTIVO DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS comuníquese con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección: Carrera 32 No. 12-81 - Teléfono(s): 3649598-3649599 3649090 EXT 9890-9873 - Correo Electrónico: habilitacionesdbogota@saludcapital.gov.co</small>	
<small>Fecha de Impresión: viernes 10 de julio de 2015 (3:33 p. m.)</small> <small>El presente documento se expide de conformidad con lo previsto en el Decreto 1011, abril 3 de 2006 y sus normas reglamentarias.</small> <small>Código interno MinSalud_PS:1654817425</small> <small>Versión 2.0.</small>	

En las Instituciones prestadoras de servicios de salud donde van a prestar sus servicios profesionales como Médicos de servicio social revisen y verifique que tengan habilitados los servicios, así como también cuando se acuda como pacientes a los servicios de salud es importante revisar que cuenten con esta estrella que evidencie que están habilitados.

Consulta en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud

Es una plataforma de consulta publica, que todos debemos ingresar para conocer los prestadores de servicios de salud habilitados, los servicios que hay, la capacidad instalada del departamento.

La ruta es la siguiente:

En Google se digita Registro especial de prestadores de servicios de salud, luego allí se da clic en prestadores de servicios de salud, en tercer lugar se ingresa como invitado allí esta una contraseña predeterminada, se ingresa y en la columna que se describe registro REPS VIGENTE: se da clic en registro actual y allí se consulta por departamento, ciudad, tipo de prestador etc.

Artículo 3. De la resolución 2003 establece Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud 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:

- **Capacidad Técnico-Administrativa:**

Los estándares que aquí se consideran, van ligados a las condiciones propias de la organización. Son parámetros de tipo administrativo que deben garantizarse para que el servicio cuente con el debido respaldo, e incluye lo relativo a la existencia y representación legal, el sistema contable y estados financieros, ajustados a las disposiciones legales en la materia.

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 Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), para lo cual se requiere que soporten con lo siguiente:

- ✓ Certificado de Existencia y Representación Legal.
- ✓ Sistema Contable
- ✓ En toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud se verificará:

- 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 libros oficiales registrados ante el ente correspondiente, cuando aplique.

- **Suficiencia Patrimonial y Financiera:**

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.

Garantizará que el prestador cuenta con unas condiciones mínimas que aseguran que el servicio no va a tener inconvenientes de orden financiero o patrimonial para poder estar adecuadamente sustentado al momento de ofrecerlo al público y deben presentar lo siguiente:

- ✓ Patrimonio
- ✓ Obligaciones Mercantiles
- ✓ Obligaciones Laborales

IMPORTANTE: Las condiciones Técnico Administrativas, así como las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera deben cumplirlas las Instituciones Prestadoras de servicios de salud y las de Transporte Asistencial de pacientes y las Objeto Social diferente

- **Condiciones Tecnológicas y Científicas**

En estas condiciones se encuentran establecidos todos los estándares de habilitación que 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 atentan 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, entendiendo 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, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia. 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 se encuentran en el presente manual. El Ministerio de Salud y Protección Social, será el encargado de establecer los estándares para los servicios que no se encuentren contemplados en el presente manual.

IMPORTANTE: para definir si una tecnología, talento humano, equipo debe tenerla permanente o no el Prestador de servicios de salud (IPS, ESE, Profesional independiente, Objeto Social diferente, Transporte Asistencial de Pacientes), la resolución 2003 define cuando es cuenta con o disponibilidad de la siguiente manera:

CUENTA CON: Debe estar dentro de la Institución, exclusivo para la institución o servicio, no puede ser compartido.

Ejemplos:

- Médico de Urgencias debe permanecer dentro del servicio durante el tiempo de su turno, no puede salir a recibir alimentos, ni a descansar fuera de la Institución.
- Monitor fetal electrónico, incubadora estándar y ecógrafo en obstetricia de baja complejidad, no puede compartir con consulta externa.
- Deben contar con el protocolo de atención a víctimas de violencia sexual en el servicio de urgencias y consulta externa.
- Urgencias de mediana y alta complejidad debe contar con hospitalización, dentro de la misma institución.

DISPONIBILIDAD: Talento humano en permanente disposición y fácil localización para hacerse presente y atender con la oportunidad requerida el evento en salud, conforme a lo definido en el estándar de procesos prioritarios, según guías y protocolos de atención sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

Ejemplos:

- Disponibilidad del proceso esterilización
- Disponibilidad de: 1. Sala de espera con unidad sanitaria
- Disponibilidad de: 1. Radiología básica

ALCANCE DE CADA UNO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACION:

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

Ejemplos:

- Urgencias de Baja Complejidad:
Cuenta con: - Médico general con certificado de formación en soporte vital avanzado.
- Transporte Especial de Pacientes:
Cuenta con: Tecnólogo en atención prehospitalaria o técnico profesional en atención prehospitalaria o auxiliar en enfermería, en cualquier caso, con certificado de formación en soporte vital básico.

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

Ejemplos:

Cuenta con:

1. Tanques de almacenamiento de agua que garantizan como mínimo 24 horas de servicio y su construcción permite que durante la operación de limpieza y desinfección no se interrumpa el suministro de agua.

2. Área para el uso técnico de los elementos de aseo.
3. Baños con accesorios para lavado y desinfección de patos o disponen de un ambiente específico para este proceso, el cual debe contar con unidad sanitaria exclusiva para este fin.

3. Dotación:

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

Ejemplos:

Cuenta con: 1. Instrumental gineco-obstétrico. 2. Equipo de atención de partos. 3. Monitor de signos vitales. 4. Sistema de succión.

Material de inmovilización para pacientes adultos y pediátricos. 6. Equipo de toracostomía. 7. Oxígeno. 8. Carro de paro con equipo de reanimación. 9. Desfibrilador externo manual que permita realizar cardioversión. 10. Oxímetro de pulso, cuando no se encuentre incluido en el monitor de signos vitales. 11. Bomba de infusión. 12. Laringoscopio con hojas para adulto, pediátrica y neonatal y guía de intubación para adulto y pediátrica

4. 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.

Ejemplos:

- Cuenta con kit para recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencia sexual, según lo definido en la Resolución 459 de 2012 ó la norma que la modifique, adicione o sustituya.

5. 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.

Dentro de este estándar se encuentra lo siguiente:

Programa de seguridad del paciente:

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.

d. Procesos Seguros: Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad. Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.

IMPORTANTE: Dentro del programa de seguridad del paciente se encuentra la política de seguridad del paciente, el comité de seguridad del paciente y la gestión del evento adverso, es importante que se definan los posibles eventos adversos que se pueden presentar tras la prestación de los servicios de salud, se debe fortalecer la cultura del reporte de los eventos, una vez reportado se realiza el análisis de este mediante la metodología que el Prestador haya implementado, se hace el planteamiento de las acciones dentro del plan de acción con un cumplimiento máximo a un mes y finalmente se hace el cierre del plan de acción verificando el cumplimiento de las acciones planteadas.

El evento adverso no es punitivo, pero al no realizar la gestión de este, sería un incumplimiento a la norma, considerando que la única forma de minimizar la aparición de los eventos adversos es con la búsqueda activa y pasiva de este y la gestión del mismo.

Procesos Seguros:

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.
2. Prevención de infecciones: lavado de manos, manual de buenas practicas, anual de bioseguridad.
Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.
3. Uso y reúso de dispositivos médicos.
4. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.
5. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.

Cuenta con protocolo de:

1. Limpieza y desinfección de áreas.
2. Superficies.
3. Manejo de ropa hospitalaria.
4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.

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.

6. Administración de medicamentos. 5 correctos.
7. 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

IMPORTANTE: Todo protocolo, guía, proceso y procedimiento se debe estar documentado, socializado a todo el personal y evaluado la adherencia y cumplimiento por parte de todos los trabajadores del Prestador.

6. 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. Aplica todo lo definido en la resolución 1995 de 1999.

Se especifica sobre todo lo relacionado con la obligatoriedad del diligenciamiento del consentimiento informado, ante cualquier atención de salud que se brinde al usuario.

IMPORTANTE: todo usuario que solicita atención debe hacerse apertura de historia clínica, la cual debe ser diligenciada con letra clara, legible y sin tachones, se debe diligenciar el consentimiento informado. Ninguna atención en salud debe hacerse sin el diligenciamiento del consentimiento informado.

7. 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.

Ejemplos:

- Disponibilidad de:
1. Radiología básica, salvo en Centro o Puesto de Salud con camas, donde no se exigirá.
 2. Laboratorio clínico.
 3. Hospitalización.
 4. Servicio farmacéutico.

5. Transporte Asistencial.
 6. Proceso de esterilización.
 7. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).
- IPS baja complejidad y disponibilidad de laboratorio clínico en otro municipio que esta a dos horas.

IMPORTANTE:

El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares. En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación

Recordar que aunque no existe normatividad vigente que disponga la obligatoriedad sobre el programa de humanización, toda la atención en salud debe hacer con humanización, recordar siempre las palabras a las cuales se comprometen cuando realizan el JURAMENTO HIPOCATRICO, puesto que en base a eso se debe realizar el ejercicio de sus profesiones.