

UNIVERSIDAD EAN

Plan de mejora para el cumplimiento de las condiciones de habilitación del servicio de Atención Domiciliaria en la UNIDAD DE CUIDADO MINGA de Popayán, Cauca 2021

**SEMINARIO DE INVESTIGACIÓN – ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y
GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD**

NOMBRE DEL AUTOR:

Ana María Jaramillo Silva

María Cristina Muñoz Mosquera

CAUCA, 2021

CONTENIDO

1. RESUMEN	5
SUMARY	6
2. INTRODUCCION	7
3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
4. OBJETIVO GENERAL.....	10
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
5. JUSTIFICACIÓN	11
6. MARCO LEGAL.....	12
Ley 100 de 1993 del Congreso de la Republica de Colombia.	12
Ley 1438 de 2011	12
Ley 1751 de 2015:	12
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006:	12
RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 Y ANEXO TÉCNICO	12
LEY 1122 DE 2007	12
LEY 10 DE 1990:	13
Ley 715 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia:	13
Política nacional de prestación de servicios de salud – 2005 del Ministerio de Salud y Protección Social.	13
Resolución 1043 de 2006:	13
Decreto 1011 de 2006	13
Resolución 1441 de 2013	14
Resolución 2003 de 2014:	15
Decreto 682 de 2018	16
RESOLUCION 3100 DE 2019	16
7. MARCO TEÓRICO.....	17
Atención Domiciliaria	17
Atención médica domiciliaria en Colombia	18
Flebitis química:	20
Lavado de manos:	21
Plan de mejora:	21
EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD (SOGCS)	21
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	21

El ciclo de mejoramiento o PHVA.....	22
Gestión de la Calidad.....	23
SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)	23
RESOLUCIÓN NÚMERO 3100 DE 2019 25 DE NOVIEMBRE DE 2019	24
ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN.....	24
ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO.....	24
ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA:.....	24
ESTÁNDAR DE DOTACIÓN.....	24
ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS.....	25
ESTÁNDAR DE HISTORIA CLINICA Y REGISTROS:.....	25
EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.....	25
PLAN DE MEJORAMIENTO	25
LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:	26
EVENTO ADVERSO	26
8. MARCO INSTITUCIONAL	27
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	27
MISIÓN	28
VISIÓN	28
JIGRA DE CUIDADOS	28
COBERTURA	29
9 METODOLOGÍA.....	32
MODELO 5WIH.....	33
OPERACIÓN DE VARIABLES.....	34
TALENTO HUMANO	34
INFRAESTRUCTURA	34
DOTACIÓN.....	35
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	35
PROCESOS PRIORITARIOS.....	35
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	35
10. PLAN DE ANÁLISIS.....	36
11. ANALISIS DE RESULTADO.....	43
12. DISCUSIÓN	44
13. CONCLUSIONES	45
13. ANEXOS	46

14. REFERENCIAS 51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estructura orgánica UNIDAD DE CUIDADO MINGA, (Fuente; Minga 2018)28

Figura 2. Mapa de procesos UNIDAD DE CUIDADO MINGA, (Fuente; Minga 2018)29

1. RESUMEN

El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, en su decreto 1011 del 2006 establece los criterios mínimos de obligatorio cumplimiento para el funcionamiento de los servicios de atención en salud ofertados por los diferentes prestadores.

El presente estudio se enfatiza en los cambios realizados en los criterios de habilitación por la resolución 3100 del 2014, para el servicio de atención domiciliaria de la UNIDAD DE CUIDADO MINGA. OBJETIVO: Establecer un plan de mejora para el cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019 mediante la realización de una auditoria externa para el servicio de Atención Domiciliaria de la UNIDAD DE CUIDADO MINGA, en la ciudad de Popayán. METODOLOGIA: estudio de tipo cuantitativo descriptivo y transversal RESULTADOS: no cumple con 3 estándares de los 7 de la Resolución 3100 de 2019, criterios de obligatorio cumplimiento para el funcionamiento de los servicios de salud correspondiente a un 25% de incumplimiento CONCLUSIONES: Se proyecta un plan de mejoramiento para la IPS, con el propósito de apoyar en la transición hacia el cumplimiento de la normatividad vigente

PALABRAS CLAVES: Calidad, SOGCS, Atención en salud, Estándares

SUMARY

The mandatory system of quality assurance, in its decree 1011 of 2006 establishes the minimum criteria of mandatory compliance for the operation of the health care services offered by the different providers.

This study emphasizes the changes made in the qualification criteria by resolution 3100 of 2014, for the IPS MINGA home care service.

OBJECTIVE: To establish an improvement plan for compliance with Resolution 3100 of 2019 by conducting an external audit for the Home Care service of the MINGA CARE UNIT, in the city of Popayán.

METHODOLOGY: Qualitative descriptive study and cross.

RESULTS: It does not comply with three of the seven standards of Resolution 3100 of 2019, mandatory criteria for the operation of health services corresponding to 25% non-compliance.

CONCLUSIONS: An improvement plan is projected for the IPS, in order to support the transition towards compliance of the current regulations.

2. INTRODUCCION

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019, un servicio de salud se define como la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación, conformado por procesos, procedimientos, actividades, recursos humanos, físicos, tecnológicos y de información con un alcance definido, que tiene por objeto satisfacer las necesidades en salud en el marco de la seguridad del paciente, y en cualquiera de las fases de la atención en salud.

El sistema único de habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema. Estos buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). (MiniSalud, ABC SOBRE EL SOGCS, 2019)

La realización de este trabajo nace desde el interés académico y profesional de conocer y profundizar los cambios de la resolución 3100 de 2019 en las instituciones prestadoras de servicios de salud, en este caso nuestro trabajo está enfocado en la atención domiciliar de pacientes crónicos de una IPSI de la ciudad de Popayán, donde se evaluaron a través de una lista de chequeo cada estándar de habilitación para verificar el cumplimiento de los mismos y poder determinar un plan de mejora para el servicio. (MiniSalud, ABC SOBRE EL SOGCS, 2019)

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los requerimientos de la Resolución 3100 de Habilitación, que cambian frente a la resolución anterior y que se necesita implementar por parte de IPS Minga para dar cumplimiento?

En la actualidad, se evidencia que diferentes instituciones que prestan servicios de salud, a pesar de tener el registro de habilitación, no cumplen con los requisitos mínimos, aun sabiendo que son de obligatorio cumplimiento.

En el caso de las EPS indígenas que deseen obtener la habilitación como EPS indígena - EPSI, deberán radicar ante la Superintendencia Nacional de Salud, en los primeros quince (15) días del mes, la solicitud de habilitación de funcionamiento mediante carta firmada por el representante legal, a través del "Módulo de Autorización, Habilitación de EPS y Modificación de capacidad de afiliación", dispuesto en la página web de esta superintendencia, anexando lo siguiente:

Componente Jurídico: La solicitud deberá contar con los siguientes documentos: a) Certificado de existencia y representación legal acorde con la naturaleza jurídica que adopte la entidad y contar una razón social que la identifique como Entidad Promotora de Salud Indígena; para ello adicionará a su razón social la sigla "EPS Indígena". Para tales efectos el Ministerio del Interior expedirá el certificado de registro en donde aparezca con claridad el nombre completo de la entidad, su representante legal, ubicación geográfica, domicilio principal, fecha de constitución y órganos de Dirección y Administración.

b) Estatutos de creación de la entidad acorde con la naturaleza jurídica adoptada, los cuales deben incluir por lo menos lo siguiente: /'. Objeto social como entidad responsable del aseguramiento, ii. Funciones indelegables del aseguramiento en salud.

c) Declaración juramentada de los miembros de juntas directivas, representantes legales y revisores fiscales. Declaración juramentada de inhabilidades e incompatibilidades de los socios, accionistas, asociados, directores, representantes legales y revisores fiscales.

Gobierno Organizacional y buenas prácticas: La Superintendencia Nacional de Salud emitió como buenas prácticas de gobierno organizacional aquellas contenidas en la Circular Externa 007 de 2017, las cuales son de adopción voluntaria por parte de las EPS, quienes deben contar con un código de conducta y buen gobierno. No obstante, las EPS no indígenas deben cumplir con las medidas del código de conducta y de buen gobierno que son de obligatorio cumplimiento y están contenidas en el Capítulo 1 numeral 3 de la Circular Externa 004 de 2018 la cual modifica a la Circular Externa 007 de 2017.

En cuanto al incumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia la superintendencia evaluará la gravedad del incumplimiento de las condiciones de autorización, habilitación y permanencia y aplicará amonestación escrita, multa o revocatoria de la autorización de funcionamiento, de conformidad con la graduación de las sanciones establecidas en la reglamentación vigente sobre la materia y a los análisis realizados por la misma. (SuperSalud, 2018)

En conformidad con los cambios que ha generado el desarrollo del país, el Ministerio de Salud y Protección Social, ajustó los procedimientos y condiciones mínimas para la habilitación de los servicios de salud, por medio de la Resolución 2003 de 2014, la cual permite brindar la mayor seguridad y satisfacción a los usuarios frente a riesgos que se puedan generar en el proceso de atención en salud y en el año 2019 se decide por medio de la resolución 3100 de 2019 definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo. (Suarez Guarnizo, 2019)

Para el caso de la UNIDAD DE CUIDADO MINGA del municipio de Popayán, se evidencia según los procesos que se llevan a cabo, que el servicio de atención domiciliaria no tiene ajustada la prestación de su servicio a la resolución 3100 de 2019 por lo cual es necesario identificar cuáles son las oportunidades de mejora y poder realizar el plan de acción necesario para actualizar e implementar la nueva norma en el servicio

4. OBJETIVO GENERAL

Establecer un plan de mejora para el cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019 mediante la realización de una auditoria externa para el servicio de Atención Domiciliaria de la UNIDAD DE CUIDADO MINGA, en la ciudad de Popayán, para que la Institución pueda dar cumplimiento a la normatividad vigente

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente en el servicio de atención domiciliaria, por medio de la lista de chequeo, para identificar los hallazgos que se evidencien en la auditoria.
2. Identificar las oportunidades de mejora de servicio de atención domiciliaria para dar el cumplimiento con la resolución 3100/2019
3. Proponer el plan de mejora, para la UNIDAD DE CUIDADO MINGA a la nueva norma 3100 DE 2019 para que la Institución pueda cumplir los requisitos mínimos de habilitación.

5. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación pretende dar conocer las condiciones de habilitación del servicio de atención domiciliaria en la UNIDAD DE CUIDADO MINGA en cumplimiento de lo establecido por la resolución 3100 del 2019 y los requisitos mínimos de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios en salud, con el fin de generar un plan de mejora que pueda servir para que la UNIDAD DE CUIDADO MINGA realice las adecuaciones necesarias y ponga en práctica las recomendaciones que se hagan de acuerdo a los hallazgos.

Con este trabajo de investigación se busca contribuir al cumplimiento del sistema de garantías en salud para la prestación de los servicios en el área de Atención Domiciliaria, teniendo en cuenta que la institución no cuenta con ningún avance en el tema, nuestro propósito es encaminar a la institución para facilitar la identificación de hallazgos, plan de mejora para que puedan presentarse en la visita de la secretaria departamental de Salud del Cauca, y obtener la aprobación frente a todos los cambios que propone esta nueva resolución.

6. MARCO LEGAL

Ley 100 de 1993 del Congreso de la Republica de Colombia.

“Artículo. 153.-Fundamentos del servicio público.

Calidad. El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”. (MiniSalud, 1993).

Ley 1438 de 2011 : Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. (MiniProteccionSocial, Ley 1438, 2011)

Ley 1751 de 2015: La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (Mini Proteccion Social, Ley 1751, 2015)

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006: reglamenta el decreto 1011 en lo referente al Sistema Único de Habilitación y al PAMEC (MiniProteccionSocial, Resolucion 1043, 2006)

RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 Y ANEXO TÉCNICO: realimentan el Sistema de Información Para la Calidad, el cual es transversal a los demás componentes del SOGCS incluido el PAMEC (MiniProteccionSocial, Resolucion 1446, 2006)

LEY 1122 DE 2007

realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, contemplado en la ley 100 de 1993. Uno de sus objetivos es Mejor calidad y oportunidad de los

servicios de salud. ARTÍCULO 2. Establece mecanismos que permiten la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (MiniProteccionSocial, Ley 1122, 2007)

LEY 10 DE 1990: ARTÍCULO 49 Sobre normas científicas y calidad de los servicios (MiniProteccionSocial, Ley 10, 1990)

Ley 715 de 2001 del Congreso de la Republica de Colombia: “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución. (Congreso de la Republica, 2001)

Política nacional de prestación de servicios de salud – 2005 del Ministerio de Salud y Protección Social: “Garantiza el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos”. (MiniProteccion, Colombia, 2005)

Resolución 1043 de 2006: “Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones (MiniProteccion Social, 2006)

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. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. (Miniproteccion Social, 2006)

Por lo cual y para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá tener las siguientes características: Accesibilidad, la cual se entiende como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la oportunidad, es la posibilidad que tiene el usuario de

obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios; la seguridad, es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias; la pertinencia está estrechamente ligada con el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales; finalmente, la continuidad, según la norma está definida como el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (Miniproteccion Social, 2006)

El Decreto 1011 de 2006, tiene los siguientes componentes:

- El Sistema Único de Habilitación,
- la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
- El Sistema Único de Acreditación Y el Sistema de Información para la Calidad.

(Miniproteccion Social, 2006)

Resolución 1441 de 2013

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones. Dicha Resolución tiene como finalidad establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir: a) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, b) los Profesionales Independientes de Salud, c) los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, y d) 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. El cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución es de obligatoria verificación por parte de las Entidades

Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia. (MiniProteccionSocial, Resolucion numero 1441, 2013)

Resolución 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, la resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Como campos de aplicación de la Resolución 2003 de 2014, se encuentran: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos y las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su Competencia. La resolución no establece competencias para el talento humano, dado que las mismas se encuentran reguladas en el marco legal correspondiente.

Por lo cual 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, Suficiencia Patrimonial y Financiera y Capacidad Tecnológica y Científica. Además, 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 Salud adoptado con la resolución.

Según lo anterior, 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. (MiniProteccionSocial, Resolucion 2003, 2014)

Decreto 682 de 2018

Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las entidades responsables del aseguramiento en salud. (MiniProteccionmSocial, Decreto 682, 2018)

RESOLUCION 3100 DE 2019

La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

La presente resolución aplica a:

- Las instituciones prestadoras de servicios de salud.
 - Los profesionales independientes de salud.
 - Los servicios de transporte especial de pacientes.
 - Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.
 - Las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias
- Las entidades responsables del pago de servicios de salud.
 - La Superintendencia Nacional de Salud. (MiniSalud, Resolución 3100, 2019)

7. MARCO TEÓRICO

Atención Domiciliaria

La atención médica domiciliaria en Colombia ha estado descrita como posibilidad desde la Resolución 5261 de 1994 (Manual de Actividades, Intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud), en donde se realiza la primera definición normativa de este tipo de servicios y con base en la cual se genera la descripción que se hace en las modificaciones del Plan Obligatorio de Salud, estando vigente la mencionada en el Acuerdo 029 de 2011, en la cual se menciona la atención domiciliaria como “Atención extrahospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud desde el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud con participación de la familia”. (MiniSalud, Circular 022, 2017)

Con las modificaciones en la legislación y el aseguramiento que sufrió el país posterior a la Ley 100 de 1993, son muchas las reglamentaciones creadas para modular la prestación de servicios de salud, sin embargo, el campo de la atención médica domiciliaria carece hoy de una reglamentación específica que norme de forma particular su operación. Aun cuando en los estándares mínimos de habilitación de servicios de salud existentes en la actualidad, mencionan de manera directa las unidades de atención domiciliaria, será necesario reglamentar de forma más puntual su operación, tal y como se nombrará más adelante.

A nivel macro se deberá trabajar en la creación de una normatividad acorde a la práctica de la atención médica en el domicilio del paciente; en la actualidad la única regulación existente está dada por la Resolución 5261 de 1994 (Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud) en la cual enuncian la asistencia domiciliaria como “aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin” permitiendo a las Instituciones prestadoras de servicios de salud la definición de los modelos de atención, niveles de intervención y control de riesgos. (MiniSalud, 1994)

ATENCIÓN INTEGRAL A DOMICILIO

La atención a domicilio en sus inicios era la única forma de atención médica, reservada a algunos privilegiados que se la podían permitir. Por su lado los hospitales estaban destinados para cuidados a los indigentes o a quienes no disponían de una familia que les pudiera atender durante la enfermedad o muerte. (Suarez, 2012)

El desarrollo de las técnicas diagnósticas y de tratamiento ha favorecido que los hospitales se conviertan en el centro de atención de los problemas de salud, dejando atrás la atención en domicilio. Sin embargo en los últimos años se ha despertado nuevamente el interés por la atención en domicilio, forzados por motivos económicos, y por el aumento de las enfermedades crónicas. (Suarez, 2012)

La atención a domicilio, es un recurso que permite proveer asistencia sanitaria para la resolución en el domicilio del paciente, problemas de salud, que por su situación de incapacidad física no puede desplazarse a un centro de salud, entendiéndose que el nivel de complejidad de los problemas de salud a resolver, no requiere la hospitalización del paciente, la realiza el equipo de atención primaria, y tiene características que la definen y la diferencian de la hospitalización en domicilio. (Suarez, 2012)

Atención médica domiciliaria en Colombia

Los programas de cuidado domiciliario surgen como una estrategia para la atención de los usuarios crónicos afiliados al Instituto Nacional de Seguros Sociales y se desarrollan con base en necesidades de atención derivadas de fallos judiciales en las que se obligaba a las empresas aseguradoras a garantizar la atención del enfermo en su hogar con prestación permanente de cuidados médicos, de enfermería y rehabilitación. (Fuentes, 2016)

Para los aseguradores de servicios de salud el cuidado domiciliario se convirtió en un campo atractivo por su capacidad de descongestionar las instituciones hospitalarias de gran complejidad, su costo-efectividad en las intervenciones y el nivel de cronicidad y dependencia funcional de la población afiliada. Aun no se observa un desarrollo importante de este campo en el país, si se analiza el potencial desarrollo que se describe

en países donde el modelo de prestación de servicios domiciliarios ha evolucionado, con capacidad de asistir de forma integral. (Fuentes, 2016)

Tipos De Pacientes:

Son susceptibles de Hospital domiciliario aquellos pacientes cuyo estado no justifica la estancia en el hospital, pero que necesitan una vigilancia activa con intervenciones frecuentes de personal facultativo y sobre todo de enfermería especializado, Ya que se trata de la pronta reintegración del paciente a su entorno familiar, evitar desplazamientos familiares, dar tranquilidad y apoyo más personalizado y en el "lugar más terapéutico", junto con una adecuada utilización de los recursos del hospital, para mejorar la calidad asistencial, reducir costes, incrementar la capacidad productiva, eficacia, y efectividad del hospital, evitando infecciones nosocomiales y aumentando la satisfacción paciente/familiar. (Fuentes, 2016)

Las condiciones de ingreso del paciente en la hospitalización domiciliaria son:

- a. Solicitud de colaboración por parte de su facultativo responsable por medio de una Hoja de Interconsulta.
- b. Consentimiento expreso y de colaboración por escrito del paciente o familiar.
- c. Que la distancia al hospital no supere los 15-20 minutos en coche desde el centro sanitario.
- d. Valoración Clínica y social por parte del facultativo de la UHD junto con su facultativo responsable.

Aunque puede haber también rechazo a la misma, por lo que no se llevaría a cabo dicho ingreso en la unidad, siendo las causas más habituales:

- a. Negativa del paciente o familiar a dicho ingreso.
- b. No estar médicamente indicado el ingreso.
- c. Problemas sociales que lo impidan.
- d. No necesitar de la asistencia especializada.

Al paciente:

- a. Dar atención y calidad sanitaria igual al hospital, en el "lugar más terapéutico".

- b. Obtener, lo antes posible el mayor grado de autonomía por parte del paciente, eliminando la dependencia hospitalaria.
- c. Eliminar riesgo nosocomial.
- d. Fomentar la Autonomía y la Independencia del paciente.
- e. Autoresponsabilización en el proceso de recuperación del paciente.
- f. Aumentar su comodidad y bienestar. (Entorno familiar y hogar).
- g. Acelerar la recuperación funcional.
- h. Mejorar la relación sanitario-paciente-familia
- i. Conservar la intimidad.
- j. Conseguir Educación Sanitaria.

Al Hospital:

- a. Movilización de camas (liberar camas hospitalarias).
- b. Acortar la estancia media de los pacientes.
- c. Aumentar la Calidad Asistencial.
- d. Menor incidencia de infección nosocomial.
- e. Racionalizar los recursos.
- f. Mejorar la Eficiencia del hospital
- g. Disminuir la estancia media (EM) del Hospital
- h. Abaratamiento de costos. (Coste por proceso más barato).
- i. Puente entre HOSPITAL/Equipo de Atención Primaria. (Fuentes, 2016)

17. Flebitis:

consiste en la inflamación de una vena debido a una alteración endotelial, que afecta la túnica íntima de los vasos sanguíneos. Se caracteriza por dolor leve a moderado, enrojecimiento y calor local, edema y disminución en la velocidad de infusión y, en algunos casos la palpación de un cordón venoso a lo largo del trayecto de la vena. (Urbanetto, 2016)

Flebitis química: es la más frecuente y se asocia a la administración de terapia endovenosa. Existen factores de riesgo: duración del tratamiento endovenoso, es decir, si la perfusión es continua, intermitente o administrada en bolo; características intrínsecas de cada fármaco como el PH, velocidad de infusión y medicamentos mal reconstituidos (Urbanetto,

2016)

Técnica aséptica: la constituyen un conjunto de procedimientos y actividades que se realizan con el fin de disminuir al mínimo las posibilidades de contaminación microbiana durante la atención de pacientes. (Urbanetto, 2016)

Lavado de manos: Esta práctica es la medida más sencilla para prevenir la diseminación de microorganismos cuyo vehículo son las manos del personal (Urbanetto, 2016)

Plan de mejora:

Conjunto de elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de autoevaluación, de evaluación independiente y de las observaciones formales provenientes de los órganos de control. (Vargas Beltrán, 2016)

EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD (SOGCS)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud 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. (Miniproteccion Social, 2006)

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El Decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios"

(MiniproteccionSocial, 2006) para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGC deberá cumplir con las siguientes características (Miniproteccion Social, 2006):

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Miniproteccion Social, 2006)

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Miniproteccion Social, 2006)

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Miniproteccion Social, 2006)

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. (Miniproteccion Social, 2006)

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.” (Miniproteccion Social, 2006)

El ciclo de mejoramiento o PHVA

Es la mejor forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo y en este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría paramédico de Médicos Asociados. El ministerio de la Protección social explica el ciclo de mejoramiento es un conjunto en el tiempo, a continuación, se explica cada uno de sus componentes:

PLANEAR: esta fase está compuesta de dos etapas; la primera por identificar la meta, es decir el ¿qué?. (Tamayo, 2016)

La segunda tiene que ver con definir el cómo, es decir los medios de lograr el cumplimiento de las metas. **H – HACER:** esta es la fase de ejecución de los medios establecidos es la fase anterior y a su vez tiene dos etapas: la primera, orientada a la educación y entrenamiento de las personas para la realización de los medios y la segunda es la ejecución de lo planteado y adicionalmente tiene que ver con la recolección de los datos. **V – VERIFICAR:** en esta fase se valida la ejecución de la etapa anterior, sobre la base de la evaluación del comportamiento de indicadores y de la aplicación de métodos de evaluación los cuales deben estar incluidos en la auditoría para el mejoramiento de la calidad. **A – ACTUAR:** en esta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. (Tamayo, 2016) Básicamente hay dos posibilidades; en el caso en que la meta se haya cumplido, es necesario estandarizar la ejecución para mantener los resultados. La

segunda opción es para el caso contrario, en el que la meta no se cumplió y por tanto, es necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar en el ciclo hasta alcanzar la meta. La meta. La relación del ciclo de mejora con las acciones de auditoría se presenta en que dichas acciones deben ser un plan de mejora en el cual la fase de verificación se convierte en actuar en un ciclo que se repite cuantas veces sea necesario para garantizar al usuario una prestación de servicios de calidad; para concluir, las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implementando acciones de mejora y reevaluando. (Tamayo, 2016)

Gestión de la Calidad

Es el conjunto de actividades coordinadas que se despliegan de la función general de la dirección, enfocadas a determinar e implantar la política de calidad, los objetivos y las responsabilidades; que se establecen por medio de la planificación de la calidad, el control de la calidad, el aseguramiento de la calidad y la mejora de la calidad dentro de un sistema de gestión, incluyendo “la planeación estratégica, la asignación de recursos, el desarrollo de actividades operacionales y la evaluación relativa a la calidad” (SISO, 2000)

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)

El Sistema Único de Habilitación se configura como la puerta de entrada al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La habilitación se entiende como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa indispensables para la entrada y permanencia en el sistema. (Miniprotección Social, 2006)

La habilitación busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la atención en salud.

La habilitación es de carácter obligatorio para:

1. Prestadores de Servicios de Salud
2. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y
3. Las redes integradas de Servicios de Salud

En los procesos de habilitación y acreditación se han identificado barreras externas (cambios en el gobierno, falta de legitimación y problemas de financiación) e internas (operación complicada y gestión deficiente de recursos, procesos, información y participantes) para una implementación exitosa y sostenible de programas de habilitación /acreditación. Se reconoce que la sostenibilidad del programa, independientemente de las características del país, está influenciada por el apoyo político gubernamental, tamaño de mercado sanitario suficientemente grande, financiación estable del programa, incentivos para participar y mejora continua en las agencias de acreditación. (Kerguelen, 2008)

Los procesos de habilitación y acreditación implican que realmente se desarrolle en el interior de la organización una cultura de mejoramiento continuo, responsable, donde se ajusten los procesos, se midan los resultados alcanzados frente a lo esperado, se establezcan planes de acción para corregir debilidades y garantizar el cumplimiento de estándares. Esta es una tarea ardua que exige disciplina y compromiso. Son muchos y variables los frentes que se deben auditar de manera permanente con un enfoque de seguridad en la atención. (Vasquez, 2009)

RESOLUCIÓN NÚMERO 3100 DE 2019 25 DE NOVIEMBRE DE 2019

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de 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” (MiniSalud, Resolución 3100, 2019)

ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO: El talento humano en salud que preste directamente servicios de salud debe cumplir con los requisitos exigidos en las normas que regulen la materia para ejercer la profesión u oficio. (MiniSalud, Resolución 3100, 2019)

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA: En caso de establecerse áreas o ambientes para el desarrollo de consulta, actividades y procedimientos, estas deben garantizar la privacidad y seguridad de los pacientes. (MiniSalud, Resolución 3100, 2019)

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN: Se debe contar con los equipos biomédicos necesarios para la valoración y atención de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas. (MiniSalud, Resolución 3100, 2019)

ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS: Los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de servicios de salud y las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias cuando sea el caso, deben organizar y coordinar la remisión de pacientes desde el lugar de la emergencia, conforme tengan definido y documentado en el procedimiento de remisión de pacientes, con el fin de garantizar la integralidad de la atención. (MiniSalud, Resolución 3100, 2019)

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS: Se aplicarán los procesos establecidos por el prestador de servicios de salud para el manejo de la historia clínica. (MiniSalud, Resolución 3100, 2019)

EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada. (Guerrero, 2011)

PLAN DE MEJORAMIENTO

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad

“concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” (Miniprotección Social, 2006)

LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:

Es la herramienta para Identificar las brechas entre la calidad esperada y la través de la verificación del continuo de la atención clínico – administrativa del paciente y su familia con el fin de promover la realización de acciones de mejoramiento que busquen mejorar, mantener o incrementar la calidad de la prestación los servicios de salud (Miniproteccion Social, 2006)

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendido como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. Este proceso tiene prolongados antecedentes en nuestro país, por lo que se debería entender como una herramienta de gestión de la calidad en la cual los implicados deben conocer los elementos básicos que la caracterizan, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos adaptándolos de manera responsable y creativa a su institución. (TORO, 2011)

EVENTO ADVERSO

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado. (MINISALUD, 2016)

8. MARCO INSTITUCIONAL

La UNIDAD DE CUIDADO MINGA, AIC - EPSI, fue creada el 13 de mayo de 2008 mediante la Resolución No 081, es una Institución Indígena Prestadora de Servicios de Salud Propios e Interculturales de carácter especial de orden nacional, que contribuye en el mejoramiento del Buen Vivir y fortalece las Forma Propias del Cuidado de la Salud según pueblo indígena en los departamentos donde hace presencia, cuida la salud de la población afiliada a la Asociación Indígena del Cauca, brinda servicios de salud a la comunidad como: Cuidado en Casa, Rehabilitación, Casas de Paso, Servicio Farmacéutico, Especialidades, Servicios de salud de baja complejidad en Riosucio Caldas y dinamiza los Modelos de Atención en Salud, en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural, de acuerdo a las necesidades específicas de cada pueblo que permitan un cuidado de salud con calidad y calidez. De otra parte, LA UNIDAD DE CUIDADO MINGA, apoya los procesos Políticos Organizativos de acuerdo a cada plan de vida de la comunidad haciendo énfasis en los Derechos y Deberes en salud, ha aportado en la construcción del Sistema Indígena en Salud Propio Intercultural, enmarcado en la cosmovisión respetando la diversidad étnica y cultural. MINGA. (MINGA, 2018)

OBJETIVOS ESTRATEGICOS

Consolidar el Modelo de Cuidado de la salud, en el marco del SISPI: Cumpliendo el proceso Misional, LA UNIDAD DE CUIDADO MINGA, avanza como Unidad de Cuidado de la Salud, implementando los Modelos en Salud Propios e Interculturales en cada pueblo indígena, aplicando la estrategia de Atención Primaria en Salud Integral. (MINGA, 2018)

Reducir los costos de salud de la EPSI AIC: Es importante mencionar que la contención de los costos como tal en salud son complejos, sin embargo, la UNIDAD DE CUIDADO MINGA, a lo largo del tiempo ha contribuido a que paulatinamente se vaya cumpliendo el objetivo.

Estructurar la Clínica Indígena: Objetivo que se ha planteado desde la Organización Indígena, en el cual se está trabajando en coordinación con el Programa de Salud del CRIC, teniendo en cuenta los avances anteriores. (MINGA, 2018)

MISIÓN

LA UNIDAD DE CUIDADO MINGA, es una unidad de cuidado de la salud, encargada de ejecutar los modelos interculturales de cada pueblo y comunidad afiliada a la AIC EPSI que garantiza el derecho de la salud de forma integral, humanizada y oportuna, con procesos sociales, organizativos y culturales de alta calidad, en un entorno armónico de mejoramiento continuo que contribuye al buen vivir comunitario. (MINGA, 2018)

VISIÓN

LA UNIDAD DE CUIDADO MINGA, en el año 2022, será un centro de armonización líder en el cuidado de la salud de baja, mediana y alta complejidad, reconocida a nivel nacional, que implementa los modelos interculturales de cada pueblo y comunidad afiliada a la AIC EPSI en el marco del sistema indígena de salud propio e intercultural SISPI. MINGA. (MINGA, 2018)

JIGRA DE CUIDADOS

La UNIDAD DE CUIDADO MINGA presta servicio de fomento de la salud, protección, recuperación y armonización del comunero, en el marco del proceso de la transición al SISPI, con cuidados especiales en 2 regionales: (MINGA,2018)

CAUCA:

Mediana complejidad:

Rehabilitación

Atención Domiciliaria

Servicios farmacéuticos

Ambulancia

Programas Especiales

PSI

CALDAS:

Baja complejidad

Fomento de la salud y protección de la salud

Medicina General

PSI

Odontología

COBERTURA

La UNIDAD DE CUIDADO MINGA hace presencia en 9 departamentos:

La Guajira, Valle del Cauca, Cauca, Putumayo, Caldas, Huila, Antioquia, Nariño y Caquetá, por medio de 14 casas de paso.

Además, tiene cobertura en 5 departamentos con el proyecto de salud indígena PSI, y con prestaciones de servicio de baja, mediana y alta complejidad en 2 departamentos: Cauca y Caldas. (MINGA,2018)

ESTRUCTURA ORGANICA



FIGURA 1: ESTRUCTURA ORGANICA, UNIDAD DE CUIDADO MINGA:
FUENTE; MINGA, 2018)

MAPA DE PROCESOS



FIGURA 2: MAPA DE PROCESOS UNIDAD DE CUIDADO MINGA, FUENTE;
(MINGA,2018)

9 METODOLOGÍA

Enfoque Y Tipo De Estudio

Según Fernández y Díaz (2002), “la investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede. Tras el estudio de la asociación o correlación pretende, a su vez, hacer inferencia causal que explique por qué las cosas suceden o no de una forma determinada.” (p. 1)

Así mismo, Méndez (2003), indica que la investigación descriptiva utiliza criterios sistemáticos que permiten poner de manifiesto la estructura de los fenómenos en estudio, además ayuda a establecer comportamientos concretos mediante el manejo de técnicas específicas de recolección de información. Así, el estudio descriptivo identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación

Por otro lado, los estudios transversales se definen como el diseño de una investigación observacional, individual, que mide una o más características o enfermedades (variables), en un momento dado. La información de un estudio transversal se recolecta en el presente y, en ocasiones, a partir de características pasadas o de conductas o experiencias de los individuos. Por su exposición se puede clasificar en observacional, en un momento dado; por su temporalidad, es retrospectivo; su unidad de análisis es un individuo y se mide en un solo momento. (García García et al., 2013)

Por tanto, el presente trabajo de investigación es un estudio de tipo cuantitativo descriptivo y transversal; es cuantitativo porque se medirá por medio de lista de chequeo el cumplimiento a los estándares de habilitación según la resolución 3100 de 2019 y a través de un proceso sistemático de las variables operacionales, que facilitaron la medición de los objetivos a partir de

datos que analizados determinaron el nivel de cumplimiento de la IPSI MINGA con la nueva normatividad.

Es descriptiva porque busca especificar las variables de la lista de chequeo que fueron encontradas como hallazgos en la evaluación de los estándares de calidad.

Transversal porque permitió recolectar los datos en un momento específico y en un tiempo determinado, en este caso abril -mayo de 2021.

MODELO 5W1H.

Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se sugiere la utilización de la matriz 5W1H que es una metodología de análisis empresarial que consiste en contestar seis preguntas básicas: qué (WHAT), por qué (WHY), cuándo (WHEN), dónde (WHERE), quién (WHO) y cómo (HOW). Esta regla puede considerarse como una lista de verificación que debe complementarse con indicadores para poder realizar un seguimiento regular, lo que hace necesario concertar metas a todo nivel de la organización. (Trias, 2009)

Parte del estudio de los estándares que pueden explicar la diferencia entre los resultados de las mediciones y la calidad esperada para los procesos involucrados. Implica postular causas

Probables, y las distintas alternativas que presenten a consideración los responsables de la Implantación de los correctivos las propuestas de mejoramiento.

La regla de las 5W1H facilita la planificación de las acciones a desarrollar para la aplicación de las acciones generadas por la utilización del ciclo de mejora PHVA.

El estudio se desarrollará en 3 fases:

- 1.** Caracterizar los estándares de habilitación que apliquen en la atención de pacientes domiciliarios
- 2.** Aplicar la lista de chequeo a la auditora de la IPSI MINGA según caracterización de estándares de calidad de la resolución 3100 de 2019

3. Evaluar el nivel de cumplimiento que tiene la IPSI MINGA respecto a la resolución 3100 de 2019 y plantear un plan de mejora que se dejara a la líder de calidad y coordinación de cuidado en casa de la IPSI MINGA

Universo:

IPSIMIGA

Población Y Muestra

Coordinadora de Calidad

Unidad de Análisis

Estándares de habilitación según la Resolución 3100 del 2019.

Criterios de Inclusión

Cambios de Estándares que requiere la IPSI MINGA

Muestreo:

Estándares de habilitación que apliquen al servicio de atención domiciliaria según resolución 3100 de 2019

Componentes de la lista de chequeo:

- Fecha
- Hora

- Nombre completo
- Cargo
- Estándar a evaluar

OPERACIÓN DE VARIABLES

Los estándares de habilitación son los patrones que definen los criterios mínimos de un servicio de salud.

Según la normatividad vigente los estándares son 7:

TALENTO HUMANO

Son las características de recurso humano solicitadas en un servicio de salud.

INFRAESTRUCTURA

Son las condiciones y el mantenimiento preventivo de infraestructura de las áreas de la institución.

DOTACIÓN

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

MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

Es el contenido de todos los medicamentos, insumos, procesos y procedimientos de la institución en cuanto al manejo, desde su compra, transporte, dispensación, devolución y desecho final.

PROCESOS PRIORITARIOS

Es el consolidado de la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, de acuerdo a las condiciones de servicio que presta la institución.

HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

Es el documento 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, software y dispositivos para el diligenciamiento de estos requisitos.

INTERDEPENDENCIA

Es la disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo.

10. PLAN DE ANÁLISIS

MEDICION DE VARIABLES

A continuación se relacionan las variables que se van a desarrollar en el ejercicio de la auditoria en la IPS Minga con la auditora Laura Tobar, estas variables se medirán con los parámetros de cumplimiento, no cumplimiento y no aplica para el servicio, parámetros establecidos en el instrumento de la autoevaluación de la norma 2003 del 2014, teniendo en cuenta que la resolución 3100 del 2019 no cuenta hasta el momento con el anexo de auto evaluación, se acogen los parámetros de la anterior norma para ser evaluados. Cabe resaltar que los documentos y soportes solicitados deben estar completos y actualizados para que la calificación aplique para el cumplimiento, de lo contrario se calificara como no cumplimiento

Estándar Talento Humano:

- *Listado de Talento Humano asistencial distribución de funciones según perfil*
- *Soportes: Rethús, certificado de violencia sexual del talento Humano Asistencial SVB y SVA*
- *Certificado de formación en manejo de dolor y cuidado paliativo profesional tratante que no sea especialista (prestación del servicio de medicina del dolor y cuidado paliativo)*
- *Certificado de duelo(talento humano de atención al parto, cuidados intensivos, cuidados intermedios neonatal, pediátrico y adultos)*
- *Certificado vigente cuidado del donante (expedido instituto nacional de salud - profesionales de la medicina de servicios intramurales)*
- *Certificado de atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos (personal de urgencias)*
- *Constancia de formación continua en tecnologías (Talento Humana preste servicio bajo modalidad de telemedicina)*

- *Constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la atención y el tratamiento en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas (si presta servicios de salud mental o consumo de sustancias psicoactivas)*

- *Plan y soportes de capacitación institucional*

Estándar Infraestructura:

- *Plan de mantenimiento preventivo 2021 a las instalaciones físicas y mobiliario*

- *Soporte de recarga de extintores 2021*

- *Plan de contingencia en casos de interrupción del fluido eléctrico, de acueducto*

- *Capacidad de distribución a Instalaciones físicas (Distribución de consultorios etc.,)*

- *Cuenta con unidades sanitarias para personas con discapacidad.*

- *Cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.*

- *Tanques de almacenamiento de Agua Potable capacidad de almacenamiento en litros – Soportes de desinfección primer semestre 2021*

- *Las condiciones de aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados.*

- *Techo, muros, paredes son impermeables, de fácil lavado, resistentes a factores ambientales e incombustibles, de superficie lisa y continua (media caña)*

- *Plan hospitalario de emergencia*

- *Soporte de mantenimiento preventivo 2021 de la Planta eléctrica*

- *Sede cuenta con ambiente o áreas exclusivos para:*

- *Almacenamiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos cuando se requiera.*

- *Almacenamiento de equipos biomédicos*

- *Ambiente para archivo de historias clínicas y registros.*

Estándar de dotación:

- *Inventario de equipos biomédicos*

- *Soporte mantenimiento preventivo a equipos biomédicos primer semestre 2021*
- *Soporte de calibración de equipos 2021 aplica a equipos en comodato*
- *Soportes socialización protocolo de tecnologías existentes*
- *Plan de capacitación en el uso exclusivo de dispositivos medicos*
- *Contrato de mantenimiento de equipos biomedicos*
- *Cuentan con equipos de telecomunicaciones de doble vía y conectividad para notificar a la Red de Donación y Trasplantes sobre la existencia de un posible donante(Aplica para IPS con servicios con servicios de hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural*
 - *Cuenta con paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, disponible para su uso en los servicios y ambientes donde se requieran.*
 - *En el servicio cuenta con kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos, kits de derrames de medicamentos, y kit de atención de violencias sexuales, según su contenido. (aplica urgencias y atención prehospitalaria)*

Estándar Medicamentos Dispositivos Médicos e Insumos:

- *Kardex de Reactivos, dispositivos médicos de uso intra institucional*
- *Protocolos para, selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, semaforización, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frio, distribución, dispensación, devolución de dispositivos médicos de uso institucional*
- *Cuenta con la resolución de autorización vigente, expedida por el Fondo Nacional de Estupefacientes (IPS que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud)*

- *Política Re-uso o No Re-uso de Dispositivos médicos: por recomendación del fabricante adjunto actas comité de infecciones.*
- *Realiza dispensación de los medicamentos pendientes dentro de las 48 horas siguientes a su solicitud, en sitio concertado con el usuario. Evidencia del proceso Artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 - Artículos 38 y 47 de la Resolución 5269 de 2017. Decreto 780 de 2016, Artículos 2.5.1.2.1, Resolución 1604 de 2013, Artículo 1.*

Estándar Procesos Prioritarios:

- *Plan Anual de Educación al talento Humano*
- *Porcentaje de cumplimiento al plan anual de educación primer semestre 2021*
- *Análisis del perfil morbilidad 2020*
- *Guías de atención Clínica, Manuales, porcentaje de adopción*
- *Soportes de socialización, implementación, evaluación de adherencia a primer semestre 2021.*
- *Listado de Protocolos, manuales y programas que aplican a la institución*
- *Los prestadores con servicios de hospitalización, hospitalización de paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural, cuentan con la siguiente información documentada:*
 - Manejo de la enfermedad cerebro vascular.*
 - Manejo del Trauma Craneoencefálico.*
 - Detección de donantes de componentes anatómicos*
 - Mantenimiento del donante de componentes anatómicos*
- *Los prestadores que cuenten con servicios quirúrgicos de neurocirugía de alta complejidad, cuentan con información documentada del procedimiento para el diagnóstico de muerte encefálica y muerte en asistolia.*

- *Documentado el proceso y soporte de condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos, kits de derrames de medicamentos y kit de atención de violencias sexuales, según su contenido. (aplica servicios de urgencias y atención prehospitalaria)*

Estándar de Historia Clínica:

- *Software*
- *Manual de Seguridad del manejo de la HC digital*
- *Formatos HC programas de P y P (si aplica)*
- *Registros de atenciones realizadas por telemedicina (si aplica)*
- *Plan de contingencia en caso de fatlas del sistema activo o pérdida de datos (hc clinica sistematizada o realizan telemedicina)*
- *Proceso y consentimiento informado*
- *Cuenta con los siguientes registros: (extramural-domiciliario)*
- *Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.*

Nombre de los pacientes atendidos

Registros de referencia y contrarreferencia, cuando se requieran

Cuidados por parte del personal de salud

Cuidados encargados a la familia cuando aplique

Estándar Interdependencia:

- *Interdependencias que tiene la IPS (listado y contratos vigentes)*

PAMEC

- *Enfoque de autoevaluación, ruta crítica que se encuentra ejecutando*

Porcentaje de cumplimiento a las metas propuestas para el Punto de Atención primer semestre 2021

Programa Seguridad del Paciente

- *Formato reporte de eventos adversos*
- *Soportes análisis, plan de mejora de eventos adversos reportados con afiliados de AIC EPS-I, en primer semestre 2021*
- *Evaluación de adherencia a protocolo lavado de manos*

- *Análisis al protocolo rondas de seguridad*
- *Estrategias de cultura de Seguridad del Paciente*
- *Acto administrativo del Referente de Seguridad del Paciente en la IPS*
- *Estrategias de cultura de reporte de incidentes, Eventos Adversos*

Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

- *Estudio de control microbiológico de ambientes hospitalarios*
- *Criterios de inclusión para diagnosticar IAAS*
- *Protocolo Normas generales de Asepsia*
- *Protocolo de Aislamiento*
- *Protocolo Higiene de Manos*
- *Control de paquetes estériles*
- *Protocolo Manejo de derrames de sangre y fluidos corporales*
- *Protocolo Cumplimiento de normas de circulación*

Procedimiento de limpieza y desinfección de planta física, muebles, equipos biomédicos, tecnología y material

Protocolo de precauciones de aislamiento universales. Plan educativo: personal asistencial, visitantes.

Programa de Fármaco – Tecno – Reactivo Vigilancia

Soporte de reporte periódico de conformes no conformes al invima 2020 Tecno - Fármaco Reactivo vigilancia

Gestión Ambiental

Soporte aprobación de la Corporación Ambiental al documento Peghir

Permiso vertimientos Decreto 1076 de 2015, Ley 1955 de 25 de mayo de 2019

Artículo 13

Soporte de fumigación contra plagas primer semestre 2021

Soporte del último certificado de recolección disposición final de residuos emitido por la empresa contratada para tal fin

Protocolo bioseguridad por emergencia Covid 19, soportes de socialización, implementación, evidencias fotográficas

v *Comités: (Últimas Actas)*

- *Acta Comité Seguridad del paciente*
- *Acta Comité Historias Clínicas*
- *Acta Comité de Ética*
- *Acta Cove - Comité de Infecciones*

11. ANALISIS DE RESULTADO

Teniendo en cuenta el instrumento de actualización de la Resolución 3100 de 2019, el cual cuenta con todos los estándares de habilitación requeridos como criterios mínimos de obligatorio cumplimiento para el funcionamiento de la atención a los servicios de salud, A continuación se relacionan los resultados que se verifico los hallazgos de incumplimiento de la IPS MINGA, entidad evaluada.

ESTANDAR DE TALENTO HUMANO

- Soportes: Rethús, certificado de violencia sexual del talento Humano Asistencial SVB y SVA, faltan algunos dinamizadores por soportes de certificado de violencia sexual, actualizar certificados SVA
- Certificado de formación en manejo de dolor y cuidado paliativo profesional tratante que no sea especialista (prestación del servicio de medicina del dolor y cuidado paliativo), faltan por este soporte los médicos de cuidado en casa.
- Certificado de atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos (personal de urgencias) Los dinamizadores asistenciales del servicio de ambulancia no cuentan con el certificado.

ESTANDAR DE INFRA ESTRUCTA

- Soporte de mantenimiento preventivo 2021 de la Planta eléctrica, no cuenta con mantenimiento.

ESTANDAR DE DOTACION

- En el servicio cuenta con kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos, kits de derrames de medicamentos, y kit de atención de violencias sexuales, según su contenido. (aplica urgencias y atención pre hospitalaria) No cuenta con kit.

12. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos basados en la lista de chequeo, no cumple con 3 estándares de los 7 de la Resolución 3100 de 2019, criterios de obligatorio cumplimiento para el funcionamiento de los servicios de salud correspondiente a un 25% de incumplimiento.

El estudio realizado en la IPS MINGA permitió generar espacios de nuevos conocimientos de la norma y de la implementación de la verificación de los estándares de habilitación, además de permitir tener claridad de la calidad de la atención, a pesar de tener el cumplimiento documental, las adherencias a las guías y protocolos de los colaboradores asistenciales se debe realizar estrategias de verificación estrictas, ya que a diferencia de otras instituciones, esta IPS sus servicios son domiciliarios dificultando la supervisión continua, con lo que se pueden generar medidas inseguras en diferentes procesos.

LA IPS MINGA nos da una mirada diferente de los servicios de atención convencionales, intramurales, es un reto el cumplimiento de los estándares, teniendo en cuenta que es muy dinámico el servicio, la infraestructura está en función de los domicilios de los pacientes y hace que juegue un papel crucial los criterios de inclusión al programa con el objetivo de minimizar riesgos de infecciones, eventos adversos, en el estándar de talento humano el tema de capacitaciones continuas debe ser priorizado para las buenas practicas asistenciales, ya que no cuentan con una supervisión directa, lo que puede favorecer a riesgos de infecciones y eventos adversos relacionados con la atención en salud. En el tema de gestión ambiental el cumplimiento de la ruta de recolección un tema crucial para los desechos hospitalarios, debido a que la prestación de los servicios son domiciliarios, las personas que se encuentran en las casas de los usuarios, pueden hacer un uso inadecuado de estos residuos.



13. CONCLUSIONES

Se tuvo en cuenta la actualización de la resolución 3100 de 2019 al momento de la evaluación de cada estándar se evidenció que de los 7 estándares de habilitación se da un cumplimiento a 4 de ellos lo que corresponde a un 75%.

Se evidencio que en el estándar de talento humano hace falta la actualización de certificados de soporte vital básico y avanzado, Certificado de formación en manejo de dolor y cuidado paliativo del personal médico que realizan la atención a los pacientes domiciliarios y Certificado de atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos del personal de ambulancia que trasporta a los pacientes domiciliarios a citas médicas y/o servicio de urgencias en el estándar de infraestructura no se ha realizado la prueba de mantenimiento de la planta eléctrica, este estándar no afecta directamente en la atención de los pacientes ya que se encuentran en el domicilio de cada uno , pero si puede incurrir en procesos administrativos en el estándar de dotación no se evidencio kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos, kits de derrames de medicamentos, y kit de atención el cual es indispensable en la atención pre hospitalaria.

Con los hallazgos se deja un plan de mejora establecido para la ejecución de los ítems pendientes con el objetivo de dar cumplimiento al 100% de los criterios a evaluar, teniendo en cuenta que en la ejercicio de cada estándar es de suma importancia puesto que se trata de una atención domiciliaria donde el personal y el paciente está sin la supervisión continua por el personal de salud, lo que conlleva a que el servicio se deba prestar de manera oportuna, clara y responsable disminuyendo riesgos en la atención.

13. ANEXOS

	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA "AIC EPS-I" Resolución 083 del 15 de diciembre de 1997 Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior NIT: 817.001.773-3	
Código: SOGC-F-26 Versión 1.0		

Decreto 780 de 2016 Titulo 3 - REPS - DECRETO 1011 DE 2006 ARTÍCULO 56. Sistema Único de Habilitación Resolución Número 0003100 del 25 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”.

FECHA AUDITORIA:					
NOMBRE IPS:			NIVEL DE COMPLEJIDAD:		
REPRESENTANTE LEGAL:			Correo Electronico:		
DEPARTAMENTO:			MUNICIPIO:		
REGIMEN QUE ATIENDE		CONTRIBUTIVO:		SUBSIDIADO:	
CRITERIOS DE VERIFICACION					
Decreto 1011 de 2006 Artículo 36					
DOCUMENTO DE REFERENCIA	C	NC	NA	NE	BSERVACIONES
Acta:					
Cuenta con acta de inspeccion para establecimiento farmaceutico por parte de SSDS donde autorizan su funcionamiento.					
Estándar Infraestructura:					
El servicio farmaceutico esta ubicado en un lugar independiente con facilidad de acceso para los usuarios					
Se identifica con un aviso visible que exprese la razón o denominación social del establecimiento, ubicado en la parte externa					
Se identifica aviso exterior e interior de horarios de atención, espacio libre de humo, requisitos de formula medica y acceso restringidos al personal ajeno al establecimiento.					
Plan de mantenimiento preventivo 2021 a las instalaciones físicas, mobiliario, redes eléctricas, soportes de ejecución					
Pisos y paredes de material impermeables de fácil limpieza, con sistema de drenaje y resistentes a factores ambientales.					
Soporte de recarga de extintores 2021					
Soporte de Plan de contingencia en casos de interrupción del fluido eléctrico					

Cuenta con la dotación y mobiliario exclusivos y necesarios para el cumplimiento de los objetivos de los procesos generales y especiales de los servicios.				
Cuenta con area de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad exigidas en la norma vigentes.				
Evidencia condiciones adecuadas de conservación, higiene, limpieza y desinfección realizan el registro de dichas actividades (formatos de registros de limpieza y desinfección)				
Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica, por parte del personal diferente al químico farmacéutico o al profesional de medicina tratante.				
<input type="checkbox"/> Estándar Talento Humano:				
Listado de Talento Humano asistencial y distribución de funciones según perfil (area de recepción, almacenamiento, dispensación según necesidad)				
Hojas de vida del personal cuenta con los soportes (diploma, acta de grado y verificación del título del regente de farmacia a cargo o químico farmacéutico para instituciones de tercer nivel de complejidad)				
<input type="checkbox"/> Estándar de dotación:				
Inventario de equipos biomédicos del Servicio Farmacéutico				
Soporte mantenimiento preventivo a equipos biomédicos primer semestre 2020				
Soporte de calibración de equipos 2020 aplica a equipos en comodato				
Soportes socialización protocolo de tecnologías existentes				
Soportes de equipos, materiales, literatura científica, soporte bibliográfico actualizado y la farmacopea de base oficialmente adoptada en Colombia				
Cuenta con paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, disponible para su uso en los servicios y ambientes donde se requieran				
Estándar Procesos Prioritarios				
Kardex de medicamentos con los items requeridos según la normatividad				
Cuenta con un manual de farmacia (selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución de medicamentos y/o dispositivos médicos de uso intra institucional, desantrualización, disposición final de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.				

Protocolo de disposición final de medicamentos, insumos, dispositivos médicos; y demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.					
Proceso de semaforización y proceso de control de Inventarios					
Política Re-uso o No Re-uso de Dispositivos médicos					
Evidencias donde se garantiza la entrega total de los medicamentos desde el momento de la primera solicitud.					
Evidencias donde garantiza la información sobre el uso adecuado de los medicamentos por parte del funcionario de la farmacia /droguería					
Plan Anual de Educación al talento Humano, cronograma, soportes de educación					
Soportes permiso para medicamentos de Control Especial del Fondo Rotatorio y su último informe presentado a la secretaria de salud departamental					
Análisis a los Registros de Control de Temperatura Humedad					
Proceso de Dispensación de Medicamentos Dispositivos Médicos Artículo 2.5.3.10.18 Prohibiciones del Dispensador Artículo 2.5.3.10.19					
Soportes del Proceso de Calidad: en la Verificación de las Formulas prescritas por personal medico					
Soportes de Negación de Dispensación de medicamentos donde justifique la seguridad del paciente					
<input type="checkbox"/> Programa de Fármaco – Tecno – Vigilancia					
Soporte o pantallazo de reporte periódico de conformes no conformes al invima 2021 Tecno Fármaco Reactivo vigilancia					
Soportes estrategias de seguridad del paciente					
-Soportes socializaciones, publicación de alertas tempranas primer semestre 2020					
-Soporte de procedimiento para la notificación, registro y procesamiento de eventos adversos					
-Soporte de procedimiento para el análisis de la información reportada del evento adverso, en entrega equivocada de medicamentos, inoportunidad en la entrega de medicamentos, recepción de fórmulas medicas no legibles, recepción de fórmulas o mipres sin firma,					

<input type="checkbox"/> Comités:					
-Soportes de Actas de Comité de Farmacia/Terapéutica y Farmacovigilancia					
<input type="checkbox"/> Gestión Ambiental					
- Soporte aprobación de la Corporación Ambiental al documento Peghir					
-Procedimiento de manejo, clasificación y tratamiento de residuos					
Soporte de fumigación contra plagas primer semestre 2021					
-Soporte Contrato con entidad autorizada para el tratamiento y la disposición final de residuos y desechos					
-Protocolo bioseguridad por emergencia Covid 19, soportes de socialización, implementación,					
- Soporte del último certificado de recolección disposición final de residuos emitido por la empresa contratada para tal fin					
Transporte de Medicamentos					
Soporte de contrato con una empresa certificada que garantice el cumplimiento de las condiciones especiales para el transporte de medicamentos, control de temperatura, humedad desde las bodegas del proveedor hasta la recepción en Traumaquer Riosucio					
Soportes de registros que compruebe el cumplimiento de las condiciones especiales de almacenamiento durante el transporte, cuando los medicamentos/ dispositivos - Actas de Recepción					
<input type="checkbox"/> Proceso de Atención al Usuario SIAU:					
Proceso Atención al Usuario, Soportes de Socialización					
Soportes de Socialización de Deberes y Derechos de los Usuarios					
Reporte, análisis del informe de primer semestre del proceso de PQRS de afiliados AIC, Actas aperturas de buzones, Porcentaje Encuestas de Satisfacción a afiliados de AIC EPS-I.					
Proceso de Respuesta a las PQRS					
<input type="checkbox"/> Indicadores:					
Realiza dispensación de los medicamentos pendientes dentro de las 48 horas siguientes a su solicitud, en sitio concertado con el usuario. Evidencia del proceso Artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012 - Artículos 38 y 47 de Ia Resolución 5269 de 2017. Decreto 780 de 2016, Artículos 2.5.1.2.1, Resolución 1604 de 2013, Artículo 1.					

Indicador de Quejas Interpuestas por los afiliados a la Supersalud/ Soportes Planes de Mejora					
Indicadores de Demanda Insatisfecha por medicamentos pendientes por dispensar y acciones de mejora					
Indicadores de Oportunidad en la Dispensación Medicamentos, Insumos, Dispositivos médicos NO PBS					
Ruta de atención según Resolución 521 de 2020, Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosuspensión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID- 19					
-Soportes de Registros, base de datos de afiliados atendidos a quienes se les dispensa los medicamentos en sus respectivos domicilios					
Análisis a los reportes de Indicadores Resolución 1604 de 2013					
<input type="checkbox"/> Requerimientos de Súper Salud, Procuraduría, Secretaria de Salud Departamental, Secretaria de Salud Municipal en el marco del cumplimiento de la Emergencia en Salud Pública, sanitaria SARS- CoV- 2 (COVID-19) en cuanto a:					
- Protocolo de bioseguridad, soportes de implementación de la ruta para atención a usuarios en consulta externa, domiciliaria					
- Soportes de implementación, socialización del manual de bioseguridad al talento Humano de la Institución					
-Soportes de entrega de Elementos de Protección personal al talento Humano, para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID- 19), Resolución No. 536 de 2020. Soportes por cada sede de atención, (listados que incluyan nombre, identificación, Sede de la IPS, Elementos entregados, fecha de entrega, número de contacto, (Se solicita Envío mensual de este ítem verificación del ente de control))					

4. REFERENCIAS

COLOMBIA, M. (2005). POLITICA NACIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. BOGOTA.

FUENTES, G. (2016). GESTIÓN CLÍNICA DE PROGRAMAS DE CUIDADO DOMICILIARIO. BOGOTA .

GUERRERO, R. (2011). SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA. SALUD PUBLICA DE MEXICO , 126.

KERGUELEN. (S.F.). CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA. LOS PRINCIPIOS. C.P. M SOCIAL, BOGOTA .

MINGA. (2018). INFORMA DE CONFORMACION IPS MINGA . POPAYAN. MINISALUD. (2017, JUNIO). CIRCULAR (022 DEL 2017).

[HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/SITES/RID/LISTS/BIBLIOTECADIGITAL/RI/DE/DE/DIJ/CIRCULAR-22-DE-2017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/RI/DE/DE/DIJ/CIRCULAR-22-DE-2017.pdf)

MINIPROTECCIONSOCIAL. (1990). LEY 10. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2006). DECRETO 1011. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2006). RESOLUCION 1043. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2006). RESOLUCION 1043. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2006). RESOLUCION 1446. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2007). LEY 1122. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2011). LEY 1438. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2013). RESOLUCION NUMERO 1441. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2014). RESOLUCION 2003. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2015). LEY 1751. BOGOTA.

MINIPROTECCIONSOCIAL. (2018). DECRETO 682. BOGOTA.

MINISALUD. (1993). LEY 100. BOGOTA: .

MINISALUD. (1994). RESOLUCION NUMERO 5261. BOGOTA.

MINISALUD. (2016). SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCION SEGURA. BOGOTA.

- MINISALUD. (2019). RESOLUCION 3100. BOGOTA.
- REPUBLICA, C. D. (2001). LEY 715. BOGOTA.
- SISO. (2000). ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE NORMALIZACIÓN. SUIZA.
- SUAREZ GUARNIZO, A. P. (2019). ASESORÍA Y CONSULTORÍA EN AUDITORÍA DE HABILITACIÓN EN EL HOSPITAL DE SAN JOSÉ DE SAN SEBASTIÁN DE MARIQUITA. REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCC, 8.
- SUÁREZ, D. I. (2013). ATENCIÓN DOMICILIARIA EN SALUD REALIZADA POR INSTITUCIONES.
- SUPERSALUD. (2018). CIRCULAR EXTERNA NUMERO 000008. BOGOTA.
- Tamayo, N. M. (2016). PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD. Popayan.
- TORO, M. A. (2011). DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA. Medellin.
- Trias, M. (2009). Las 5w + H y el ciclo de mejora en la gestion de procesos. INNOTECH GESTION, 22.
- Urbanetto, J. d. (2016). Incidencia de flebitis durante el uso y después de la retirada de catéter. Latino-Am. Enfermagem.
- Vasquez. (2009). Importancia de la Habilitación y la Acreditación de las Instituciones. Actualizaciones en Enfermería , 12.