

**DOCUMENTACION PARA PROCESO DE HABILITACION DE LA CLINICA SANTA
CLARA.**

**CRISTIAN CAMILO ALVAREZ
COD. 1088240970
CHRISTIAN ANDRES GRAJALES
COD.9862673**

**Director
CARLOS ALBERTO BURITICA NOREÑA
Ingeniero**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE INGENIRÍA INDUSTRIAL
PEREIRA
2010**

**DOCUMENTACION PARA PROCESO DE HABILITACION DE LA CLINICA SANTA
CLARA.**

**CHRISTIAN ANDRES GRAJALES RESTREPO
CHRISTIAN CAMILO ALVAREZ GOMEZ**

Proyecto presentado como requisito para optar el título de Ingeniera Industrial

Director

CARLOS ALBERTO BURITICA NOREÑA

Ingeniero Electricista

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

FACULTAD DE INGENIERIA INDUSTRIAL

PEREIRA

2010

17

Nota de aceptación:

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Pereira, Noviembre 17 de 2010

DEDICATORIA

A Dios por acompañarnos todos los días de nuestras vidas.

A nuestros padres gracias por ser nuestros mejores amigos, nuestros aliados, nuestro ejemplo y por el gran apoyo durante la carrera y nuestras vidas; a la Dra. Idaly Sarmiento Orozco por el apoyo en la elaboración de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Al terminar la tesis es necesario agradecer a todas las personas que con todo su apoyo han podido hacer que este proyecto se haya podido realizar, en especial los autores le dan sus más sinceros agradecimientos a:

Carlos Alberto Buriticá Noreña, Ingeniero Electricista y Director del presente trabajo de grado de manera especial y sincera por aceptarnos y darnos su apoyo y confianza en todas las fases del proceso. Muchas gracias profesor.

Debemos destacar también el apoyo de la Dra. Idaly Sarmiento Orozco quién nos acogió y motivó de manera permanente el trabajo en la Clínica Santa Clara.

Agradecer al Ingeniero mecánico Martin Felipe López Ballesterero por la orientación brindada en la elaboración de este trabajo y su aceptación para la posterior evaluación.

Queremos también agradecer a todos los profesores que durante toda la carrera nos han transmitido el valioso y necesario conocimiento y todas sus experiencias que tanto nos han ayudado en el desarrollo de este trabajo.

Para todos los miembros de la Clínica Santa Clara por colaborar y prestar siempre disposición para documentar todos los procesos para la habilitación de la Clínica.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	10
1. SITUACIÓN PROBLEMA	11
2. PROBLEMA DE INVESTIGACION	12
3. DELIMITACION	13
4. OBJETIVOS	14
4.1 OBJETIVO GENERAL	14
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
5. JUSTIFICACIÓN	15
6. MARCO REFERENCIAL	16
6.1 MARCO TEORICO	16
6.1.1 ¿QUE HA CAMBIADO?	¡Error! Marcador no definido.7
6.2 MARCO CONCEPTUAL	¡Error! Marcador no definido.7
6.2.1 MANUAL ÚNICO DE ESTANDARES Y VERIFICACION	¡Error! Marcador no definido.
6.2.2 OTROS CONCEPTOS	¡Error! Marcador no definido.3
6.3 MARCO LEGAL	177

6.4	MARCO SITUACIONAL	30
7.	DISEÑO METODOLOGICO	272
7.1	TIPO DE INVESTIGACION	302
7.2	FASES DE LA INVESTIGACION	32
7.3	VARIABLES DE LA INVESTIGACION	33
8.	PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	36
8.1	DIAGNOSTICO ESTADO DE LA DOCUMENTACION	36
8.2	RECURSOS HUMANOS	37
8.2.1	PRESENTACION MANUAL DE FUNCIONES	37
8.2.2	PRESENTACION MANUALES DE PROCEDIMIENTOS	38
8.2.3	PRESENTACION CODIGO DE ETICA	¡Error! Marcador no definido.38
8.3	INFRAESTRUCTURA-INTALACIONES FISICAS-MANTENIMIENTO	3738
8.4	DOTACION Y MANTENIMIENTO	4339
8.5	GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS	45
8.6	PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	4640

8.7	HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES	41
8.8	INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	41
8.9	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	42
8.10	SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	42
9.	CONCLUSIONES	43
10.	RECOMENDACIONES	44
11.	BIBLIOGRAFIA	45
12.	LISTA DE ANEXOS	46

RESUMEN

La legislación colombiana exige que todas las empresas que presten servicios médicos generales como las clínicas, deban estar habilitadas para prestar un servicio óptimo. Como objetivo fundamental el estado colombiano tiene la organización, reglamentación y vigilancia de la prestación de los servicios públicos y privados de salud, por lo que es obligación estar acreditado ante el gobierno garantizando así la calidad de los bienes y servicios ofrecidos de salud a las comunidades.

Para realizar el proceso de habilitación de la clínica se utiliza las herramientas estipuladas en la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006 en donde se explican los 8 criterios que se deben tener en cuenta en el momento de prestar los servicios y bienes en salud, dichos criterio son: Recurso Humano, instalaciones físicas, dotación y mantenimiento, gestión de medicamentos y dispositivos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica y registros asistenciales, interdependencia de servicios, referencia y contrareferencia de pacientes, seguimiento a riesgos en la prestación de servicios y traslado asistencial de paciente. Cada uno de los criterios anteriores será explicado de acuerdo al desarrollo del proyecto en cada una de sus etapas.

SUMMARY

Colombian law requires all companies providing general medical services and clinics, should be enabled to provide optimum service. Fundamental objective of the Colombian state has the organization, regulation and monitoring of the provision of public services and private health, so it is required to be accredited with the government guaranteeing the quality of goods and services of community health. To make the process of enabling the clinic uses the tools provided in Resolution N °. 1043 April 3, 2006 which detail the 8 criteria that must be taken into account when providing goods and services in health, these criteria are: Human Resource, physical facilities, staffing and maintenance, medication management and devices, processes, priority care, medical history and records of care interdependence of services, reference and counter of patients, risk monitoring service delivery and transfer of patient care. Each of the above criteria will be explained according to the project development in each of its stages.

INTRODUCCIÓN

Está estipulado por la ley colombiana que los hospitales y clínicas están en la responsabilidad y compromiso de ofrecer al paciente, a la familia y a la comunidad en general servicios médicos oportunos y de óptima calidad. Para lo anterior se deben seguir unos criterios de habilitación en donde se indican las pautas fundamentales con las que se debe contar a al momento de colocar en funcionamiento una clínica u hospital. Se debe contar con un recurso humano profesional comprometido con la salud de los pacientes y con el servicio que se presta. De la misma manera se debe contar también con las instalaciones físicas óptimas para la prestación del servicio con tecnología que facilite establecer un diagnóstico confiable para el paciente y permita ejecutar un tratamiento adecuado. Los criterios que otorga la normatividad que rige el proceso de acreditación de clínicas y hospitales en Colombia, otorga las condiciones generales que se tienen que dar de manera simultanea, favoreciendo siempre a los pacientes en cuanto a un servicio eficiente, eficaz y de excelente calidad.

A las actividades que se realicen en pro del servicio que prestan las clínicas y hospitales pueden ser medibles desde el punto de vista de indicadores que permitan el mejoramiento continuo de los procesos de atención de los clientes y la recuperación del mismo. El Sistema Único de Habilitación que está comprendido dentro de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006, establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, da la pauta principal para desarrollar el proceso de Habilitación. Este proceso es obligatorio para todos los hospitales, clínicas, centros médicos, el cual establece normas y procedimientos mediante los cuales se registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones necesarias de capacidad tecnológica y científica, infraestructura, capacidad técnico administrativa que se necesitan para prestar siempre un servicio óptimo que favorezca la seguridad y la salud de las personas que adquieran dicho servicio.

El proceso de habilitación implica una generación de una cultura de mejoramiento continuo donde los procesos sean ajustables y medibles con respecto a cumplimiento de objetivos y alcances. Procesos que deben ser auditados de manera permanente para garantizar siempre el cumplimiento de un servicio seguro y óptimo.

La habilitación le permite a las clínicas y demás entidades prestadoras de salud, obtener un alto estándar en donde todos los factores son de igual importancia. Exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento de los procesos, fortalece el trabajo en equipo y obliga a mirar hacia adentro de las organizaciones de manera objetiva, establecer planes de acción con medición y seguimiento siempre buscando el mejoramiento continuo.

1. SITUACIÓN PROBLEMA

La clínica **SANTA CLARA** solo cuenta con la planeación estratégica dejando a un lado la implementación de los demás procesos con los cuales se garantiza un plan de mejoramiento continuo; el ministerio de la protección decide que las entidades prestadoras de salud tienen que pasar por un proceso de Habilitación y Acreditación con fines a la mejora de la calidad, como principal paso se establece la realización del **PAMEC** el cual fue implementado en el año 2008 y posteriormente en el año 2009, dejando como resultado oportunidades de mejora con sus respectivas acciones de mejoramiento; el paso a seguir es realizar el proceso de documentación para obtener la Habilitación, llevando de la mano procesos administrativos y de control de calidad con el objetivo de que esas oportunidades de mejora se conviertan en fortalezas.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿La clínica **SANTA CLARA** cuenta con la documentación necesaria para afrontar un proceso de Habilitación?

Sistematización del Problema:

¿La clínica **SANTA CLARA** tiene una estandarización en sus formatos?

¿La clínica **SANTA CLARA** posee la caracterización de los procesos?

¿La clínica **SANTA CLARA** cuenta con los manuales de funciones respectivos según los cargos existentes?

3. DELIMITACION

La documentación para acceder a la habilitación otorgada por el ministerio de protección se realizara en la **CLINICA SANTA CLARA** ubicada en el municipio de santa rosa de cabal departamento de Risaralda.

Se estipula una duración de 4 meses (Marzo a Junio de 2010), tiempo en el cual se elaborará la documentación necesaria para acceder a la habilitación, todo basado en las necesidades que presenta la clínica **SANTA CLARA**, regidos por la resolución No 1043 de 3 de Abril de 2006.

En este estudio se realizaran manuales de funciones, se estandarizaran formatos para el flujo de información, se levantarán los procesos asistenciales y administrativos, manual de calidad, inspecciones de acuerdo a la resolución para realizar un plan de mejora continua, y se realizara toda la documentación pertinente con miras a la habilitación.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Documentar y gestionar el proceso de Habilitación de la clínica **SANTA CLARA LTDA**, teniendo en cuenta cada estándar de calidad exigido por la resolución 1043 del 3 de abril del año 2006 y sus modificaciones.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Documentar el estándar número 1 “**Recursos Humanos.**”
- Documentar el estándar número 2 “**Instalaciones Físicas.**”
- Documentar el estándar número 3 “**Dotación y Mantenimiento.**”
- Documentar el estándar número 4 “**Medicamentos y Dispositivos Médicos.**”
- Documentar el estándar número 5 “**Procesos Prioritarios Asistenciales.**”
- Documentar el estándar número 6 “**Historia Clínica y Registros Asistenciales.**”
- Documentar el estándar número 7 “**Interdependencia de Servicios.**”
- Documentar el estándar número 8 “**Referencia y Contrareferencia de pacientes.**”
- Documentar el estándar número 9 “**Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios.**”

5. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la normatividad y exigencias implementadas por el ministerio de la protección social, todo hospital o clínica perteneciente al área de prestación de servicios de salud deberá atravesar un proceso de habilitación y acreditación con fines a la mejora de la calidad.

La clínica SANTA CLARA de acuerdo a su planeación estratégica pretende estar acreditada este año, pero para poder lograrlo se debe realizar un proceso de documentación y mejora continua.

Al momento de revisar la situación actual de SANTA CLARA se encuentra que solo tiene diseñada la planeación estratégica por lo cual se hace necesario y de carácter urgente realizar la documentación necesaria para poder atravesar por este proceso.

6. MARCO REFERENCIAL

6.1 MARCO TEÓRICO

El sector de la salud en Colombia desde la aprobación de la constitución del 1991 ha afrontado grandes etapas cronológicas, debido a que en cada gobierno se establecen pautas para mejorar este sector, llevando de esta manera a encontrar falencias importantes.

En conformidad a lo encontrado se establecen unos estándares de calidad con los cuales se determina el nivel del servicio que se está prestando; por otra parte se conoce que mediante la aplicación de un programa de calidad e implementando el ciclo de mejora continua cada organización crece de tal manera que la prestación de su servicio es garantizada por la normatividad vigente; la clínica SANTA CLARA LTDA, es una institución de primer nivel y solo cuenta con la atención de urgencias básicas y consulta externa en el municipio de Santa Rosa de Cabal.

Al revisar la documentación con la que contaba la clínica, se establece que para la implementación de un proceso de calidad acorde a las normas existentes y para garantizar que la habilitación de sus servicios sea un éxito, se determinan los pasos a seguir; en el trabajo que se realizara en la clínica determinara la obtención nuevamente de la habilitación de sus servicios, pero también buscando un ciclo de mejora continua que nos permita prepararnos para la acreditación de la clínica, ya que dentro de poco tiempo será una obligación que las instituciones de salud estén acreditadas para poder seguir prestando su servicio.

Los estándares que se documentaran son muy claros en las exigencias, cabe aclarar que por ser una institución de primer nivel, muchos de los ítems de cada estándar no aplicaran a nuestra organización por esta razón no se tendrán en cuenta.

La clínica SANTA CLARA LTDA, se destaca debido a que la administración asume que para la prestación del servicio a los usuarios, lo mínimo que se les debe garantizar es la calidad y el buen trato, debido a esto la selección que realiza del personal se basa completamente en personas que estén dispuestas a asumir un reto de calidad y que sientan gran compromiso por la institución, esto en busca de cumplir con los diferentes estándares de calidad y así ser una institución de salud confiable en el municipio.

6.1.1 ¿QUE HA CAMBIADO?

En la actualidad el sector de la salud en Colombia se enfrenta a una verdadera crisis debido a la reforma a la salud que estableció en su inicio la ley 100 de 1993, con la cual se enuncian los parámetros rectores de las diferentes EPS (entidad promotora de salud) y las IPS (institución prestadora de salud) adscritas a cada EPS; el mal manejo del sector público ha desarrollado grandes falencias en los diferentes hospitales de la región, teniendo que verse obligados en adoptar la contratación con IPS del sector privado como clínicas que garanticen la atención de toda su población; por esto que se adopta la resolución 1043 del 3 de abril de 2006, la cual busca que todas las IPS independientemente de la naturaleza de la institución habiliten la totalidad de los servicios prestados dentro del sistema de garantía de calidad en la atención al usuario; se establece que cada institución debe afrontar una visita de habilitación cada cuatro años con el fin de garantizar que la atención al usuario se realice con todas las exigencias establecidas dentro de la resolución, es importante establecer medidas y acciones de mejora para el cumplimiento a cabalidad de los diferentes estándares que se encuentran inmersos dentro de la resolución y es de suma importancia estar al tanto de los cambios y reformas que se puedan presentar en el transcurso de cada habilitación.

6.2 MARCO CONCEPTUAL

ACREDITACION EN SALUD

Es una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con la cual las empresas de salud desarrollan un proceso continuo y sistemático de auto evaluación interna y externa que les permite detectar oportunidades de mejora y afianzar sus fortalezas.

DOTACION:

Determinado por las condiciones y la cantidad de los equipos médicos y el mantenimiento que se da a los mismos.

ESTANDARES

Son las condiciones mínimas indispensables para la prestación de los servicios.

HISTORIA CLINICA Y REGISTROS CLINICOS

Son los procesos que garantizan el archivo, custodia y diligenciamiento de las historias clínicas para cada uno de los pacientes, así como los procesos documentados que garanticen la reserva en la información de la misma. Igualmente deben registrar cada una de las atenciones mediante el sistema RIPS.

INFRAESTRUCTURA FISICA E INSTALACIONES

Determina las características de las áreas y el mantenimiento que se realiza en las mismas para la prestación de los servicios.

INSUMOS Y SU GESTION

Son los procesos que garantizan un adecuado almacenamiento y uso de los insumos médicos. Se verifica la existencia de registros sanitarios del INVIMA para cada uno de los insumos, así como los procesos para la verificación de las fechas de vencimiento. Todos los insumos deben tener registro sanitario.

INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

Es la existencia y disponibilidad de servicios que son necesarios para el funcionamiento de otros servicios.

PAMEC

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. PAMEC. Es la forma a través de la cual la institución implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida 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". Anexo Técnico N° 2, Resolución 1043.

PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Son procesos para la atención de usuarios que minimizan la presencia de riegos. Se verifica la existencia documentada de Guías Clínicas de atención para las principales patologías y Manuales de Procedimientos.

REFERENCIA DE PACIENTES

Determina los procesos documentados que existen para la remisión de pacientes entre instituciones.

RECURSOS HUMANOS

Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la competencia que tiene el mismo para la atención.

SEGUIMIENTO A RIESGOS

Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos inherentes en la prestación de los servicios definidos como prioritarios.

SISTEMA UNICO DE HABILITACION

Es un componente del Sistema de Garantía de Calidad que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación (por ejemplo, educación personalizada al paciente y su familia y procesos para identificar las necesidades y el cuidado del paciente después de su egreso de una entidad hospitalaria).

6.2.1 MANUAL UNICO DE ESTANDARES Y VERIFICACION

El Manual Único de Estándares y Verificación es una herramienta que facilita el proceso de auditoría de las empresas prestadoras de servicios médicos al enumerar punto por punto cada uno de los estándares que la Resolución 1043 de 03 de Abril de 2006. Cada uno de los estándares se enumeran a continuación y se presenta también el documento completo (**Ver Anexo A**).

Estándar 1 – Recursos Humanos

El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

Beneficios claves:

- ✓ El perfil ocupado por el personal de la clínica es el óptimo y es el más capacitado para realizar las tareas asignadas a cada cargo.
- ✓ Se facilita el proceso de inducción, capacitación y entrenamiento en cada uno de los puestos de trabajo, ya que se cuenta con la documentación pertinente.

Estándar 2 – Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento

Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

Beneficios Claves:

- ✓ Un servicio rápido, oportuno y adecuado a cada uno de los pacientes de la clínica, con el apoyo de los equipos e infraestructura necesaria.

Estándar 3 – Dotación – Mantenimiento.

Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

Beneficios claves:

- ✓ La seguridad del paciente es dada por la capacidad de los equipos con los que se cuenta.
- ✓ El respaldo del mantenimiento le brinda la seguridad de tener soporte técnico a los equipos con los que cuenta la clínica para que estos funcionen correctamente en todo momento.

Estándar 4 – Medicamentos y Dispositivos Médicos- Gestión de Medicamentos y Dispositivos.

Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Beneficios claves:

- ✓ Se garantiza la salud y la seguridad de los pacientes, evitando riesgos al darle un manejo adecuado a los medicamentos que se suministran en la Clínica.
- ✓ El almacenamiento, distribución y entrega se ciñe a los estándares de calidad garantizando y respetando la salud de todos los pacientes.

Estándar 5 – Procesos Prioritarios Asistenciales

Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Beneficios claves:

- ✓ Se garantiza la calidad del servicio mediante la estandarización de los procesos y procedimientos.
- ✓ Se produce un mejoramiento continuo en los procesos de la Clínica, al estar documentados se retroalimentan.

Estándar 6 – Historia Clínica y Registros Asistenciales

Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

Beneficios claves:

- ✓ La información de los pacientes es reservada y confidencial.

Estándar 7 – Interdependencia de Servicios

Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

Beneficios claves:

- ✓ Se cuenta con servicio de ambulancias que pueden remitir al paciente si es requerido para un servicio más especializado.

Estándar 8 – Referencia y Contrarreferencia de Pacientes

Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

Beneficios claves:

- ✓ Se cuenta con toda la documentación requerida de remisión de pacientes por urgencias para garantizar la vida de los mismos.

6.2.2 OTROS CONCEPTOS

ORGANIZACIÓN

Conjunto de personas e instalaciones con una disposición ordenada de responsabilidades, autoridades y relaciones.

CALIDAD

Capacidad de un conjunto de características inherentes de un producto, sistema o proceso para cumplir los requisitos de los clientes o de otras partes interesadas.

GESTION TOTAL DE LA CALIDAD

El enfoque gerencial de una organización, centrado en la calidad, basado en la participación de todos sus miembros y buscando el éxito a largo plazo a través de la satisfacción del cliente, y los beneficios para los miembros de la organización y para la sociedad.

Hay tres elementos o suposiciones básicas sobre las cuales está basado el concepto.

Nadie dentro de la organización está excluido y todos participan en la implementación de la calidad y tiene un impacto en la percepción de calidad por parte del cliente, apreciación por la sociedad.

- ↳ No solamente el cliente externo necesita ser satisfecho, sino también el cliente interno.
- ↳ La apreciación de la organización por la sociedad puede y frecuentemente juega un papel importante, asegurando el éxito del negocio.

MANUAL DE CALIDAD

Especifica la política de calidad de la empresa y describe el sistema de calidad de una organización. Documento de trabajo de circulación controlada que resume las políticas, misión, visión, organigrama, funciones relacionadas con la calidad y nivel de responsabilidades competente, enuncia los procedimientos e instrucciones de trabajo de una empresa.

El fin del mismo se puede resumir en varios puntos:

- ❖ Única referencia oficial.
- ❖ Unifica comportamientos decisionales y operativos.
- ❖ Clasifica la estructura de responsabilidades.
- ❖ Es un instrumento para la Formación y la Planificación de la Calidad.
- ❖ Es la base de referencia para auditar el Sistema de Calidad

MANUAL DE FUNCIONES

Documento que forma parte de la documentación de la norma ISO 9000. Posee la información sobre la descripción de cargos en forma abreviada y sintética. Contiene la identificación del cargo, la descripción de funciones: (permanentes, periódicas, y ocasionales), requisitos del cargo: (conocimientos y experiencias, competencias, y responsabilidades), entorno del cargo y condiciones de trabajo.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Es una sección del manual de calidad que resume los flujogramas y la descripción literaria de los procedimientos que debe seguir un empleado de una empresa.

CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD

Es el reconocimiento formal que otros hacen de su sistema de gestión de la calidad. En algunos países, los sistemas de gestión de la calidad certificados se consideran registrados y el término “registro” se emplea en lugar de certificación.

La certificación / registro no es un requisito obligatorio para implementar la norma ISO 9001, pero puede exigírselo alguno de sus clientes. Su decisión en cuanto a la certificación / registro puede estar influenciada por sus competidores o por requisitos reglamentarios o estatutarios.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Todas las actividades planificadas y sistemáticas implementadas dentro del sistema de calidad, y evidenciadas como necesarias para dar adecuada confianza de que una entidad cumplirá los requisitos de calidad.

PLANIFICACIÓN ESTRATEGICA DE LA CALIDAD

La Planificación Estratégica de la Calidad es el proceso por el cual una empresa define su razón de ser en el mercado, su estado deseado en el futuro y desarrolla los objetivos y las acciones concretas para llegar a alcanzar el estado deseado. Se refiere, en esencia, al proceso de preparación necesario para alcanzar los objetivos de la calidad.

La Planificación Estratégica requiere una participación considerable del equipo directivo, ya que son ellos quienes determinan los objetivos a incluir en el plan de negocio y quienes los despliegan hacia niveles inferiores de la organización, en primer lugar, identificar las acciones necesarias para lograr los objetivos; en segundo lugar, proporcionar los recursos oportunos para esas acciones, y, en tercer lugar, asignar responsabilidades para desarrollar dichas acciones.

Los principales elementos dentro de la Planificación Estratégica de la Calidad son:

- ☞ La Misión, cuya declaración clarifica el fin, propósito o razón de ser de una organización y explica claramente en qué negocio se encuentra.

- ☞ La Visión, que describe el estado deseado por la empresa en el futuro y sirve de línea de referencia para todas las actividades de la organización.
- ☞ Las Estrategias Claves, principales opciones o líneas de actuación para el futuro que la empresa define para el logro de la visión.

PROCESO DE MEJORA CONTINUA

La Mejora de la Calidad es un proceso estructurado para reducir los defectos en productos, servicios o procesos, utilizándose también para mejorar los resultados que no se consideran deficientes pero que, sin embargo, ofrecen una oportunidad de mejora.

Un proyecto de mejora de la calidad consiste en un problema (u oportunidad de mejora) que se define y para cuya resolución se establece un programa. Como todo programa, debe contar con unos recursos (materiales, humanos y de formación) y unos plazos de trabajo.

6.3 MARCO LEGAL

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un "Manual de Acreditación de IPS", tomando como referencia el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe", publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in HealthCare), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial (Véase el Anexo 2).

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa

mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone:

“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.

La Calidad de la Atención en Salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y define sus Ceteréticas así:

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

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

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

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

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

En el último Decreto en mención se definieron como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilidadación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como

aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en la Resolución 1474 de 2002 se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema. Para divulgar esta decisión, el Ministerio de la Protección Social e ICONTEC realizaron varios eventos en las ciudades de Bogotá, Medellín, Manizales, Barranquilla y Cali, con la asistencia de representantes de los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Sociedades Científicas y Agremiaciones, durante los meses de febrero y marzo del 2004. Durante los meses de abril a junio del 2004 se diseñó el servicio de Acreditación en Salud para Colombia, que está contenido en su mayor parte en la denominada Ruta Crítica de la Acreditación

6.4 MARCO SITUACIONAL

La Clínica Santa Clara Ltda. Es una entidad prestadora de salud (IPS), de primer nivel de urgencias y consulta externa, correspondiente al sector privado, ubicada en la ciudad de Santa Rosa de Cabal del departamento de Risaralda, de la mano del hospital san Vicente de paúl atienden el total de la población de esta ciudad en urgencias de primer nivel asistencial.

Tiene habilitados los servicios de urgencias, hospitalización de primer nivel, laboratorio clínica, farmacia y consulta externa desde el año 2006 cuando la resolución 1043 determina que toda IPS deberá estar habilitada o de lo contrario deberá ser cerrada.

La resolución 1043 del 2006 determina que cada cuatrienio se realizaran visitas de habilitación con el único fin de actualizar los procesos y determinar el buen funcionamiento de la IPS en la prestación de servicios de salud, buscando siempre la calidad en la atención al usuario; este años se afrontara una nueva visita y hay que cumplir con la resolución y sus reformas para la nueva habilitación de la clínica.

Nuestros clientes son:

Los siguientes clientes son con los que se tienen convenios o contratos y se pacta una tasa de facturación entre ambos.

SALUDCOOP EPS

CAFESALUD EPS

SALUD TOTAL EPS

SERVICIOS OCCIDENTALES DE SALUD (S.O.S)

COOMEVA EPS

Los siguientes clientes no tienen ninguna clase de convenio con la clínica y por lo tanto se establece cobrar a tarifa SOAT 2010.

Aseguradoras en general ya que según la ley se debe atender siempre un SOAT o accidente de tránsito y una ARP o accidente laboral.

LOGO:



RESEÑA HISTORICA DE LA EMPRESA

La clínica santa clara fue fundada en 1987 como una respuesta a la necesidad de la comunidad santarrosana, debido a que no tenía en ese momento más que una opción de atención en salud brindada por el hospital local San Vicente de Paul. Es así como un visionario de la salud, Alirio Giraldo, vinculado indirectamente a través de sus hijos a esta rama por tener profesionales como médico, bacteriólogo y fonoaudióloga, funda la primera clínica privada del municipio, iniciando labores con servicios de consulta externa, medicina general, laboratorio clínico y servicios de fonoaudiología y ampliándose en los meses siguientes a los servicios de cirugía y sala de partos, además de hospitalización brindada bajo dos modalidades: pensión primera y pensión segunda.

En 1993 con la entrada en vigencia de la ley 100, se realizan las adecuaciones técnicas y normativas para la contratación con las diferentes EPS; en la actualidad la clínica Santa Clara presta los servicios de consulta externa, urgencias 24 horas, sala de pequeños procedimientos, servicio farmacéutico.

En busca de la nueva habilitación de sus servicios, la clínica Santa Clara Ltda. apuesta fuertemente hacia una planeación enfocada en la calidad y garantizando la atención a sus servicios.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de este proyecto, se empleó el tipo de investigación descriptiva, mediante la técnica de observación directa y recolección de la información a través de entrevistas realizadas al personal de la empresa. Posterior a la recolección se realizó el procesamiento, organización, clasificación y codificación del desarrollo de la documentación.

7.2 FASES DE LA INVESTIGACION

- ☺ Conocimiento general de la empresa Clínica Santa Clara Ltda.
- ☺ Definición del Plan de Trabajo.
- ☺ Definición del cronograma de actividades.
- ☺ Recolección de información.
- ☺ Procesamiento y organización de la información.
- ☺ Elaboración de la planeación estratégica.
- ☺ Documentación de los estándares de habilitación según resolución 1043
- ☺ Conclusiones.
- ☺ Recomendaciones.
- ☺ Bibliografía
- ☺ Anexos.

7.3 VARIABLES DE LA INVESTIGACION

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	INDICADOR	INDICE
Recurso Humano	El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.	Departamento Administrativo	Identificación del Cargo Funciones Requisitos Competencias Responsabilidades Entorno del Cargo Ambiente de trabajo	%
Instalaciones Físicas	Las condiciones y el mantenimientos de la infraestructura física de las aéreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicio ofrecido	Departamento Administrativo Departamento Operativo	Actas Acciones correctivas y preventivas Actas Acciones correctivas y preventivas	%
Dotación y Mantenimiento	Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador	Departamento Administrativo Departamento Operativo	Actas Acciones correctivas y preventivas Actas Acciones correctivas y preventivas	%
Medicamentos y dispositivos médicos, gestión de medicamentos y dispositivos médicos.	Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos, y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento distribución y entrega,	Departamento Administrativo Departamento Asistencial	Actas Acciones correctivas y preventivas Actas Acciones correctivas y preventivas	%

	condicionen directamente riesgos en la prestación del servicio.			
Procesos Prioritarios Asistenciales	Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales, la documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.	Departamento Administrativo Departamento Asistencial	Actas Acciones correctivas y preventivas Actas Acciones correctivas y preventivas	%
Historia Clínica y Registros Asistenciales	Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.	Departamento Administrativo Departamento Asistencial	Actas Acciones correctivas y preventivas Actas Acciones correctivas y preventivas	%
Interdependencia de Servicios	Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o	Departamento Administrativo Departamento	Actas Acciones correctivas y preventivas	%

	<p>productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.</p>	<p>Asistencial</p>	<p>Actas Acciones correctivas y preventivas</p>	
<p>Referencia y Contra Referencia de Pacientes.</p>	<p>Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.</p>	<p>Departamento Administrativo Departamento Asistencial</p>	<p>Actas Acciones correctivas y preventivas Actas Acciones correctivas y preventivas</p>	<p>%</p>
<p>Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios</p>	<p>Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.</p>	<p>Departamento Administrativo Departamento Asistencial</p>	<p>Actas Acciones correctivas y preventivas Actas Acciones correctivas y preventivas</p>	<p>%</p>

Para la realización del proyecto se establece un cronograma de actividades que delimitan el tiempo de ejecución de cada una, y de esta manera se evalúa el cumplimiento de lo que se encuentra programado en este; el cronograma de actividades se puede ver en el **(ANEXO J)**.

8. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

8.1 DIAGNOSTICO ESTADO DE DOCUMENTACION.

CARACTERÍSTICA	EXISTE	DOCUMENTADO	IMPLEMENTADO
Recurso Humano	NO	NO	0%
Instalaciones Físicas	SI	NO	50%
Dotación y Mantenimiento	SI	SI	60%
Medicamentos y dispositivos médicos.	SI	NO	40%
Procesos Prioritarios Asistenciales.	NO	NO	0%
Historia Clínica y Registros Asistenciales.	SI	NO	30%
Interdependencia de Servicios.	NO	NO	0%
Referencia y Contra Referencia de Pacientes.	SI	NO	35%
Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios.	NO	NO	0%

8.2 RECURSOS HUMANOS

8.2.1 PRESENTACION MANUAL DE FUNCIONES

En este documento se presentan todos los manuales de funciones que estipula la Resolución 1043 del 10 de Abril de 2006, que exige la documentación necesaria en su numeral # 1 referente al Recurso Humano. El manual de funciones contiene la descripción de cada uno de los cargos actuales de la **CLINICA SANTA CLARA**, con su respectiva identificación, funciones, requisitos, entorno y ambiente de trabajo. **(Ver Anexo B).**

PROPÓSITO

El manual de funciones es un instrumento que le permite a la organización y a sus empleados encontrarse en un ámbito enfocado en la calidad, en donde cada uno de sus colaboradores se enfoca en sus tareas y obligaciones cotidianas, con total conocimiento de ellas. En cada manual de funciones se especifica también la identificación del cargo, se describe el mismo de acuerdo a sus funciones, y se describe el perfil necesario que una persona debe tener para ocupar dicho cargo.

CONTENIDO

- ☞ Manual Gerencia Administrativa y financiera
- ☞ Manual Gerencia Asistencial
- ☞ Manual Jefe de Mantenimiento
- ☞ Manual Jefe de Recursos Humanos
- ☞ Manual Jefe de Calidad
- ☞ Manual Medico Auditor
- ☞ Manual Coordinador de Facturación
- ☞ Manual Médicos
- ☞ Manual Enfermera Jefe
- ☞ Manual Auxiliares de Enfermería
- ☞ Manual de Facturador
- ☞ Manual de Supernumerario Administración
- ☞ Manual Contador
- ☞ Manual Servicios Generales.

8.2.2 PRESENTACION MANUALES DE PROCEDIMIENTOS

En este documento se han incluido todos los manuales de procedimientos con los que se cuenta en la Clínica Santa Clara. A continuación se describen cada uno de ellos. **(Ver Anexo C).**

CONTENIDO

- ☞ Manual de procedimientos de facturación
- ☞ Manual de procedimientos de servicios generales

Los manuales de procedimientos para el área asistencia están implícitos en las guías médicas incluidas en el Anexo H. Los cargos directivos presentan informes de gestión de manera mensual ante la junta directiva.

8.2.3 PRESENTACION CODIGO DE ETICA Y BUEN GOBIERNO

La Clínica trata con respeto a sus empleados, clientes, proveedores y comunidad en general por eso cuenta con un Código de Ética en donde se establecen los valores que cada uno de los empleados debe tener para tratar con respeto a todas las partes interesadas de la Clínica. A continuación se presenta el Código de Ética para la Clínica Santa Clara. **(Ver Anexo I).**

8.3 INFRAESTRUCTURA-INSTALACIONES FÍSICAS-MANTENIMIENTO.

En términos generales, la Clínica Santa Clara debe contar con:

- Un espacio cerrado.
- Instalaciones únicamente y exclusivamente para prestar el servicio que presta la Clínica.
- Tiene infraestructura para el manejo de residuos sólidos y líquidos para todo el edificio, independientemente de que se trate de procesos independientes.
- Instalaciones interiores con suministro de agua para todo el edificio.
- La ubicación de la Clínica es óptima ya que está situada en la zona de centro de Santa Rosa de Cabal en donde no existe ningún riesgo o condición insegura.
- La Clínica cuenta con un depósito para cadáveres con buena ventilación.
- El área física de la clínica cuenta con la señalización reglamentada, con vías de evacuación definidas.
- Se dispone de un área fresca y alejada del calor para el servicio de vacunación.

8.4 DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO.

Los equipos de la Clínica Santa Clara cuenta con lo requerido y mencionado a continuación:

- Los equipos deben estar en condiciones técnicas de calidad y contar con soporte Científico y técnico, por lo que se cuenta con un área de mantenimiento preventivo y correctivo para todos los equipos de la Clínica.
- Los equipos emisores de radiación ionizante cuentan con la reglamentación dada por la Dirección territorial de la Salud.
- El área de mantenimiento da soporte a los equipos eléctricos o mecánicos de la Clínica revisando periódicamente mediante Mantenimiento Correctivo, predictivo y preventivo según las características de los equipos y exigencias del fabricante.
- Los equipos Biomédicos son manejados por la empresa que presta sus servicios a través de un outsourcing para la Clínica. Duana es una empresa certificada para prestar servicios de gestión de mantenimiento de equipos Biomédicos y gestión de medicamentos.
- Los equipos se encuentran correctamente calibrados y se les realiza revisión periódica.
- Todas las novedades de los equipos son consignadas en la ACTIVIDAD MANTENIMIENTO DE EQUIPO e HISTORIAL DE MANTENIMIENTO. Formatos que se muestran a Continuación. **(Ver Anexo E).**
- El mantenimiento de los equipos se lleva cronológicamente de acuerdo a los formatos de SOLICITUD DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS y ACTIVIDAD MANTENIMIENTO DE EQUIPOS que se muestran a continuación. **(Ver Anexo E).**
- Cada vez que se realiza un mantenimiento de equipos se lleva registro de ello en el formato de HISTORIAL DE MANTENIMIENTO. **(Ver Anexo E).**
- Los equipos Biomédicos e industriales cuentan con su hoja de vida consignada en el siguiente formato. **(Ver Anexo E).**
- El mantenimiento se le realiza constantemente a la infraestructura de la Clínica, manteniéndola siempre en óptimas condiciones. Para ello se lleva control en el formato de ACTIVIDAD MANTENIMIENTO INFRAESTRUCTURA que se relaciona a continuación. **(Ver Anexo E).**

La dotación está garantizada para todas las áreas de la clínica y además se cumple con:

- La lencería es inventariada constantemente con el fin de que siempre se cuente con la dotación necesaria para una excelente prestación del servicio. Se lleva un formato para realizar el inventario como el que se muestra a continuación. **(Ver Anexo E).**

8.5 GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS

Se cuenta con un diseño para el manejo, control, almacenamiento y entrega de medicamentos para el uso humano.

- La Clínica cuenta con un listado de medicamentos para uso humano que debe contener: principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial. A continuación se muestra la lista de medicamentos con los que la clínica cuenta. (Ver Anexo F).
- La gestión de medicamentos es manejada por la Clínica a través de outsourcing con una empresa de gestión de medicamentos DUANA, que maneja sus procesos internos y proporciona a la Clínica la regencia de farmacia que necesita.
- Todos los productos incluyendo las muestras médicas deben estar almacenadas bajo condiciones adecuadas de: Seguridad como la realización de un inventario y teniendo en cuenta la fecha de vencimiento de los medicamentos. Temperatura adecuada, ventilación y humedad

8.6 PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

La clínica Santa Clara Ltda. para garantizar la calidad en la prestación de los servicios cuenta con 3 macroporcesos que interactúan entre sí, fundamentados en el cumplimiento de los valores institucionales de humanidad, trabajo en equipo y honestidad.

Para garantizar que los procesos interactúen entre si debemos delimitarlos y establecer rutas y organismos de control que efectúen cambios si es necesario.

La resolución nos pide de forma clara y específica documentar todos los procesos asistenciales y demostrar la interacción entre ellos; los procesos asistenciales son documentados de tal manera que se evidencie la interacción entre sí, los manuales de procedimientos del área asistencial se adoptan según las guías de procedimientos emitida por la súper intendencia de salud para el buen manejo de las diferentes patologías de la región, de igual manera se adoptan las guías de buenas prácticas de enfermería.

La aplicación de todos los procesos asistenciales nos garantiza la seguridad del paciente y de esta manera se podrá fortalecer la política de calidad que se desarrollara en la clínica. La Clínica Santa Clara Ltda. Por ser una institución prestadora de salud de primer nivel solo habilitara los procesos de urgencias y hospitalización de primer nivel, acompañado de un buen sistema de referencia y contra referencia de pacientes, por otro lado la clínica habilitara el proceso de farmacia junto con el acompañamiento de DUANA encargada del outsourcing, y el servicio de consulta externa. La caracterización de los procesos es clara y se establece en el anexo E el cual se presento a toda la institución y de esta manera se empieza a trabajar en la adherencia de los procesos y guías adoptadas. Relacionado con la caracterización de procesos al llegar a la clínica se encontraron unos formatos, los cuales se tienen que estandarizar de acuerdo a lo exigido en los estándares de calidad (Ver anexo C).

8.7 HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

En la Clínica Santa Clara cada paciente cuenta con una historia clínica y su manejo es técnicamente adecuado. También se cuenta con los registros de procesos clínicos.

- Toda atención por primera vez debe tener una Historia Clínica.
- Las historias Clínicas son registradas en medio magnético en el sistema FACTSALUD y llevadas al Coordinador de Facturación o Gestión de Calidad y modificarla si es el caso.
- Las historias clínicas son bloqueadas por el sistema para evitar cambios en 7 horas si se trata de una urgencia o una hora si es consulta externa, y se garantiza por este medio la confidencialidad y la seguridad de la información.
- Los registros asistenciales son registrados en el sistema FACTSALUD en donde queda registrada la evolución del paciente, garantizándose siempre la confidencialidad de la información del paciente.
- Se cuenta con tarjetas triage o tarjetas de multitud de lesionados. A continuación se muestra la tarjeta triage. **(Ver Anexo G).**

8.8 INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS

La Clínica cuenta con el soporte de otros servicios asistencial y administrativo para la oportuna prestación de los servicios.

- Cuenta con laboratorio clínico y servicio de transfusión.
- Ambulancia.
- Radiología
- Servicios de apoyo hospitalarios (lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento)
- Cuenta con servicio Farmacéutico.
- Medicamentos y dispositivos médicos para reanimación.
- Carro de paro. El protocolo para el uso del carro de paro se establece en las guías médicas y de enfermería. **(Ver Anexo H).**
- Las ambulancias cuentan con sistema de telecomunicaciones de doble vía y de asignación exclusiva para cada ambulancia.

8.9 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.

Se tienen establecidos mecanismos de referencia y Contrarreferencia de pacientes.

Según las guías médicas y de enfermería se tienen definidos los procedimientos para la remisión de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

- Se tiene definido el flujo de urgencias de pacientes.
- La Clínica cuenta con una guía definida mediante los manuales de procedimientos para la remisión de pacientes.
- Se cuenta con equipos de comunicaciones óptimos para el contacto con la entidad de referencia.
- Dispone de ambulancias que prestan un servicio oportuno, óptimo y de excelente calidad para la remisión de pacientes a otros centros.

8.10 SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS

Los procesos obligatorios en la prestación del servicio son auditados constantemente por la misma Clínica para garantizar la seguridad del paciente y protegerlo de los riesgos de prestación del servicio.

9. CONCLUSIONES

- La verificación de los estándares de habilitación en una institución prestadora de salud es muy importante, ya que podemos determinar las falencias y corregirlas con el fin de garantizar que la prestación del servicio sea de excelentes condiciones; por esto se conforma el grupo multidisciplinario con el fin de evaluar cada estándar y determinar las acciones de mejora para afrontar la visita de habilitación.
- Al evaluar el estándar correspondiente al recurso humano, evidenciamos que la delimitación de los cargos no es clara y por esta razón la administración presenta fallas importantes; se realizan los manuales de funciones de cada cargo con el fin de establecer responsables y cargos jerárquicos dentro de la clínica, también se realizan manuales de procedimientos de los cargos más bajos y para los cargos a nivel directivo se establece que presentaran informes de gestión de manera mensual y de esta manera se evaluarán las metas propuestas en las reuniones de los diferentes comités.
- El estándar de habilitación relacionado con la infraestructura es muy claro y se establecen las obras infraestructurales que se deben realizar para el total cumplimiento de los requisitos de habilitación, para esto el encargado del mantenimiento de la clínica se encarga de contratar las obras infraestructurales según la importancia dentro del estándar.
- Para la dotación de la clínica santa clara se realiza un inventario, se compara con el estándar de habilitación y se procede a realizar la compra de los equipos y dispositivos médicos faltantes para cumplir con la totalidad de la dotación que por ley tiene que tener la clínica, por otra parte se decide dar de baja algunos de estos equipos y se proceden a reemplazarlos.
- Para la gestión de medicamentos se contrata un outsourcing que nos garantiza la regencia de farmacia y el suministro de medicamentos, medicamentos de control e insumos médicos, la contratación garantiza que para la visita de habilitación todo se encuentre documentado mediante los procesos de calidad que tiene esta entidad.
- Los procesos prioritarios asistenciales que se encontraban documentados no estaban bien presentados y los formatos que se utilizan en la parte asistencial no estaban codificados, por esta razón se realiza una reunión con la Jefe de Enfermería y el Coordinador Asistencial para determinar que procesos se deberían documentar, en que tiempo y como se debería codificar. Los procedimientos asistenciales son claros y se adoptan las guías médicas y guías de enfermería que la súper intendencia de salud pública mediante el ministerio de salud.
- Para el manejo de la historia clínica se cuenta con un programa que cumple a cabalidad todos los lineamientos establecidos en el estándar de habilitación, para la correcta custodia de la historia clínica y de los registros asistenciales establecemos un formato o solicitud de historia clínica que deberá ir con el respectivo documento de identidad y huella de la persona.
- La clínica santa clara relaciona su interdependencia de servicios mediante el mapa de procesos y se especifica que por ser una clínica de primer nivel de atención no requiere más servicios.

- La referencia y contra referencia de pacientes se estipula mediante los manuales de procedimientos y las guías médicas y de enfermería, con esto garantizamos que el usuario o paciente se remita en las mejores condiciones, el manejo de eventos adversos se documenta en el proceso del SIAU (sistema de información y atención al usuario) y dependiendo del evento se informa y registra ante las entidades correspondientes.
- Las auditorias permanentes a los procesos implementados en la clínica nos garantiza un control real y cuantificable del alcance de ellos y el compromiso de las personas en cumplirlos.

10. RECOMENDACIONES

- La auditoría constante de los procesos para el total cumplimiento y la adherencia de ellos, es indispensable mostrar las evidencias de las actividades desarrolladas para la correcta adherencia de los procesos estipulados en la clínica, es de suma importancia garantizar que todas las personas que laboran en la clínica sientan un gran compromiso por la calidad ya que la administración de la clínica enfoca su trabajo en esto.
- La ejecución de manera anual del PAMEC garantiza que se encontrarán oportunidades de mejora y se cuantificara la ejecución de todos los procesos de la clínica, la visita de habilitación solo se realiza cada 4 años o en el momento en que se declara la apertura de un servicio, pero la garantía de la calidad en la prestación de servicios de salud no acaba allí, es necesario una evaluación periódica y realizar monitoreo internos que determinen posibles falencias y de esta manera corregir de manera inmediata, ya que la salud es de gran importancia.
- La caracterización de los procesos de la clínica Santa Clara Ltda., se realiza pensando en posibles certificaciones de calidad, y dentro de los objetivos que se plantea la clínica es obtener una a una las certificaciones en calidad de todos los procesos o servicios prestados al beneficio de la comunidad.
- En el momento de alguna vinculación de recurso humano, se debe garantizar que cumpla con todos los requisitos de idoneidad para desempeñarse en el cargo y tener la plena disposición de cumplir todos los procesos estipulados en la clínica.

11. BIBLIOGRAFIA

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL.
<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION
INCONTEC INTERNACIONAL. Guía para las pequeñas empresas. ISO
9000:2000. STANDARDS AUSTRALIA INTERNATIONAL LTD.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS Y CERTIFICACION
INCONTEC INTERNACIONAL. <http://www.icontec.org/BancoConocimiento/>

INCONTEC, **NTC 1486 - "DOCUMENTACION. PRESENTACION DE TESIS,
TRABAJOS DE GRADO Y OTROS TRABAJOS DE INVESTIGACION"**, Bogotá
D.C 2008, 36 p.

COLOMBIA, ACREDITACION EN SALUD. <http://www.acreditacionensalud.Org.co/>

LEGIS INFORMACION EN SALUD, Ámbito médico. <http://www.medilegis.com/>

**Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud,
Serie MSD/SILOS, No.13.** La Garantía de la calidad. Acreditación de Hospitales
para América Latina y el Caribe. 1992

CHIAVENATO, Idalberto. Administración de Recursos Humanos. México: MC
Graw-Hill. 2007.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A Resolución 1043 de abril de 2006

ANEXO B Manual de Funciones y Procedimientos

ANEXO C Procesos Asistenciales y Administrativos

ANEXO D Manual de manejo de residuos hospitalarios y similares

ANEXO E Dotación y Mantenimiento

ANEXO F Listado de medicamentos

ANEXO G Tarjeta triage

ANEXO H Guías médicas

ANEXO I Código de ética y buen gobierno

ANEXO J Cronograma de actividades.