

**PLAN DE MEJORAMIENTO DEL ESTANDAR GERENCIA DEL AMBIENTE  
FISICO DE LA UNIDAD INTERMEDIA DE SALUD DE KENNEDY PEREIRA**

**SANDRA MONICA BUITRAGO OBANDO  
COD. 42131059**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD DE CIENCIAS AMBIENTALES  
ADMINISTRACION DEL MEDIO AMBIENTE  
PEREIRA, JUNIO DE 2007**

**PLAN DE MEJORAMIENTO DEL ESTANDAR GERENCIA DEL AMBIENTE  
FISICO DE LA UNIDAD INTERMEDIA DE SALUD DE KENNEDY PEREIRA**

**SANDRA MONICA BUITRAGO OBANDO  
COD 42131059**

**TRABAJO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL TITULO DE  
ADMINISTRADORA AMBIENTAL BAJO LA MODALIDAD DE PRÁCTICA  
EMPRESARIAL**

**DIRECTOR  
DIEGO MAURICIO ZULUAGA DELGADO. Esp.**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD DE CIENCIAS AMBIENTALES  
ADMINISTRACION DEL MEDIO AMBIENTE  
PEREIRA, JUNIO DE 2007**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

**DIEGO MAURICIO ZULUAGA DELGADO**  
**DIRECTOR**

---

**LUZ YANETH LENIS PÉREZ**  
**EVALUADORA**

## **AGRADECIMIENTOS**

El desarrollo del presente trabajo no hubiese sido posible sin el apoyo y colaboración de las entidades que de alguna manera contribuyeron con el mismo.

Por tal motivo expreso mi agradecimiento a:

Mi Director Diego Mauricio Zuluaga Delgado, por su colaboración y acompañamiento en la finalización del proyecto.

ESE Salud Pereira por su apoyo y asesoría.

A la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy, por su apoyo humano para la realización de entrevistas que fueron fundamentales para la construcción del plan.

A todas las personas que me colaboraron en el transcurso de mi trabajo.

A la Facultad de Ciencias Ambientales por la formación integral como Administradora Ambiental por su compromiso y diligencia.

## DEDICATORIA

*Le doy gracias a Dios y a María Santísima quienes me dieron las ideas, el intelecto, la valentía y la fortaleza, para sacar éste proyecto adelante por encima de las dificultades. A mis padres que estuvieron allí para apoyarme y no importara la situación y que con su amor y apoyo me ayudaron a seguir adelante.*

*A mi esposo Ramiro y a mi hijo Alejandro “Gugita” quienes constantemente me ofrecieron su amor, apoyo y colaboración.*

*A mis compañeras Claribel y Sofía quienes siempre estuvieron a mi lado apoyandome en el transcurso de mi carrera.*

*Y a la Facultad de Ciencias Ambientales por la enseñanza impartida que hace de mí lo que soy hoy: una Administradora Ambiental.*

## CONTENIDO

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>I</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>II</b>
<b>CONTENIDO</b>	<b>III</b>
<b>INDICE DE CUADROS</b>	<b>VI</b>
<b>INDICE DE FIGURAS</b>	<b>VIII</b>
<b>INDICE DE ANEXOS</b>	<b>IX</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>X</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>XI</b>
<b>1. INTRODUCCION</b>	<b>12</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>15</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>17</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Objetivo General</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos</b>	<b>20</b>
<b>5. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>21</b>
<b>5.1 Acreditación y Gerencia del Ambiente Físico</b>	<b>23</b>
<b>5.2 Esquema Gerencial y Contexto Organizacional</b>	<b>35</b>
<b>UNISAKE</b>	
<b>6. METODOLOGIA</b>	<b>46</b>
<b>7. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>50</b>

<b>7.1 Diagnóstico por Procesos</b>	<b>50</b>
<b>7.1.1 Ambiente Físico, Equipo Insumos y Seguridad Industrial.</b>	<b>52</b>
<b>7.1.2 GIRSH</b>	<b>55</b>
<b>7.1.3 Prevención de Emergencias y Desastres</b>	<b>57</b>
<b>7.1.4 Prevención y Control de infecciones</b>	<b>59</b>
<b>7.2 PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO</b>	<b>62</b>
<b>7.2.1 Estándar Ambiente Físico, Equipos e Insumos y Seguridad Industrial.</b>	<b>62</b>
<b>7.2.2 Estándar GIRSH</b>	<b>69</b>
<b>7.2.3 Estándar Prevención de Infecciones</b>	<b>71</b>
<b>7.2.4 Estándar de Emergencias y Desastres</b>	<b>72</b>
<b>7.2.5 Estándar Mejoramiento de la Calidad</b>	<b>76</b>
<b>7.3 ESTIMATIVO DE COSTOS</b>	<b>77</b>
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>79</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS</b>	

## **INDICE DE CUADROS**

- CUADRO No. 1** Marco normativo aplicable al proceso de acreditación.
- CUADRO No. 2** Principios de la acreditación.
- CUADRO No. 3** La calidad en la atención al usuario.

## **INDICE DE FIGURAS**

- FIGURA No. 1** Mapa de procesos.
- FIGURA No. 2** Mejoramiento continuo de la calidad Integrado a la gestión ambiental.
- FIGURA No. 3** La planeación y el proceso de gestión.
- FIGURA No.4** Instrumentos de gestión.
- FIGURA No. 5** Servicios prestados.

## **INDICE DE TABLAS**

- TABLA No. 1** Diseño Metodológico.



## **LISTA DE ANEXOS**

- ANEXO No. 1** Lista de verificación para el seguimiento del manejo de residuos sólidos hospitalarios.
- ANEXO No. 2** Matriz de recolección de información cualitativa acerca de los residuos sólidos generados en la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy.
- ANEXO No. 3** Lista de chequeo por estándares

## **RESUMEN**

La ESE Salud Pereira, ha tomado la decisión de unir esfuerzos mediante un trabajo conjunto con las Unidades Intermedias de salud, especialmente la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy; con el fin de obtener la acreditación. Para ésta se debe dar cumpliendo con los requerimientos necesarios de los diferentes estándares principalmente el de Gerencia de Ambiente Físico, fortaleciendo las necesidades del Hospital para convertirlas en potencialidades y así cumplir con todos los requisitos necesarios.

Por medio del establecimiento de unos objetivos enmarcados en 5 áreas temáticas como es: Ambiente Físico, Equipos e Insumos, seguridad Industrial, Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios, Prevención de Emergencias y Desastres, Prevención y Control de infecciones; sin embargo se presenta la necesidad de contar con los diferentes protocolos, normatividades y guías para proponer un plan de mejoramiento y facilitar un proceso de seguimiento y evaluación a la implementación.

## **ABSTRACT**

The ESE Pereira health has taken the decision to unite efforts through a work group the Intermediate Units of health, specially the Intermediate Unite of Kennedy s health hospital; in order to obtain the recognition. For this we must accomplish to the necessary requirements of the different standars mainly Phisycal Environment management striving on the necessities of the hospital to change them in potential and so to fulfill all necessary requirements.

Through the establishment of some objectives franied in five special areas as: Phisycal Environment, Equipments and Insumos, Industrial Security, Solid Hospital Residual Integral Gestion, Prevention of Emergencies and Desasters, Prevention and Control of Infections; however it"s necessary to take into account in the different and facilitate a following process and evaluation of that accomplishment.

## 1. INTRODUCCION

En el marco de la reforma a la ley general o ley 100 de 1993, los lineamientos de Política de Salud actuales, señalan como retos, incrementar progresivamente la equidad en la provisión de servicios de salud, la eficacia en el uso de los recursos, la productividad y una mejora sustancial en la calidad de atención, considerando al usuario como centro de las actividades del sector, con acceso a la información y ejercicio de sus derechos.

En respuesta a tales retos el Ministerio de Salud viene implementando un conjunto de estrategias, entre las cuales se hace indispensable la definición e implementación de un programa de Garantía de Calidad, lo cual significa procesos y esfuerzos participativos, es decir que involucre a todas las categorías del personal de salud en todos los niveles así como de un permanente perfeccionamiento de los procedimientos establecidos para la gestión de la calidad.

Para lograr los beneficios que se derivan de un Programa de Garantía de Calidad, éste debe de responder también a los aspectos humanos, esencialmente éticos, implícitos en la prestación de un servicio.

Así mismo la reestructuración del sector, considera la formación de redes con servicios de salud, debidamente acreditados y categorizados, con una mejor capacidad de resolución, nuevos mecanismos de asignación de recursos y una administración que permita la participación social en la salud.

En el contexto actual, en el que se desenvuelven los establecimientos de salud, caracterizados por un desigual desarrollo tecnológico, costos elevados, incertidumbre sobre la efectividad o costo beneficio del servicio recibido, es imprescindible garantizar al usuario que las atenciones que reciben son seguras y efectivas.

En el país como una de las estrategias para mejorar la calidad de atención, se viene trabajando la acreditación, la cual se constituye un instrumento muy importante para el logro de los objetivos planteados.

El Sistema Único de Acreditación 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).

La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud, y por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

La Acreditación en Salud es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, 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, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Decreto 1011 de 2006

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, donde se evalúan los diferentes estándares; estos estándares son los requisitos máximos que una empresa de salud debe asegurar para el bienestar del paciente desde el momento en que ingresa al hospital.

En lo concerniente a la Gerencia del Ambiente Físico, se distribuyen en cuatro áreas temáticas como son: Ambiente Físico que incluye equipos e insumos y seguridad industrial, Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios y Similares, Prevención de Emergencias y Desastres, Prevención y Control de Infecciones y el mejoramiento de la calidad. Estos estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados<sup>2</sup>.

las organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada tres años.

---

<sup>2</sup> Elaboración Propia. Basada en el Ministerio de Salud

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de los procesos en el estándar Ambiente Físico, es parte fundamental en la prestación del servicio de salud, siendo éste un derecho social fundamental del cual se debe garantizar su promoción y acceso para la protección y recuperación de la salud de las personas; según lo estipulado en el artículo 49 de la Constitución Nacional. En nuestro país, la implementación normativa del sistema de garantía de la calidad ya se ha establecido y es obligatoria, sin embargo la " cultura de calidad " por medio de los profesionales de la salud todavía es muy baja, dificultando su desarrollo.

Los servicios de salud actualmente ya no son ofrecidos por un médico particular sino por un sistema que involucra acción coordinada de muchos individuos, en forma compleja y tecnificada. Se reconoce que de los errores que se cometen en la atención médica no se originan en un médico en particular, sino en una falla del Sistema de Salud <sup>3</sup>. Sin embargo es el médico quien habitualmente debe responder ante el paciente. La mejor herramienta para disminuir estos resultados negativos se basa en establecer técnicas de garantía de la calidad que tiene como objetivo fundamental la protección del paciente, pero que en general ofrece ventajas a todos los actores de la atención.

Para la Unidad Intermedia de Kennedy por ser el actor donde se determinan las condiciones de la atención, la aplicación de un Sistema de Calidad, es fundamental para desarrollar sus actividades. Es así que cuando aplica adecuadamente los procesos de calidad, obtiene resultados efectivos para la acreditación.

---

<sup>3</sup> Ministerio de Protección Social.

De lo anterior surge la necesidad de estrategias de acción que garanticen un mejoramiento continuo de los procesos en el estándar Ambiente Físico, incluyendo Equipos e Insumos (cuidado y manejo), Seguridad Industrial (correctivo y Preventiva en general) , Gestión Integral de Residuos Sólidos Hospitalarios (GIRSH) (cultura, manejo, políticas) , Prevención de Emergencias y Desastres (participación de la comunidad) Prevención y Control de Infecciones (Preventiva y correctiva) de la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy encargada de la prestación del servicio de salud. Es importante tener en cuenta algunos aspectos de los procesos en la calidad que se llevan a cabo en el estándar mencionado. En primer lugar, la baja atención en la acción preventiva de las infraestructuras, en segundo lugar el poco cuidado que se tiene en los equipos e insumos de los hospitales logrando así el desmejoramiento de éste. Se hace entonces pertinente que dicha institución evalúe la calidad y eficiencia de su actividad, comparándola con estándares de mejoramiento que permitan identificar fortalezas y sobre todo las debilidades que puedan ser objeto de mejoramiento en el estándar ambiente físico, este último asegurando mecanismos de monitoreo y control que eviten un retroceso de los procesos.

La acreditación en salud surge entonces, como una importante herramienta de gestión que puede impactar de manera notable en la solución de muchos de los problemas críticos de las instituciones prestadoras del servicio de salud pues está centrada en el usuario, lo cual hace que se de una mirada integral de la organización direccionandola hacia la excelencia en el desempeño de la calidad<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Ministerio de Salud



### 3. JUSTIFICACION

En Colombia a raíz de la implantación de la ley 100 de 1993 se produjeron cambios en la estructura administrativa y en la de prestación de servicios de salud, estos cambios están representados por el actual Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual busca dejar al Estado directamente responsable de la regulación del sistema, liberándolo de la prestación directa de servicios a través de una red de instituciones que dependen directamente del Ministerio de Salud.

Para llevar a cabo esta descentralización de los servicios de salud y con el objetivo de controlar su calidad, el estado ha adoptado el proceso de Acreditación de EPS, mediante el cual se comprueba que una institución o programa tiene y cumple con las características que le permiten garantizar al usuario calidad en los servicios ofrecidos. Además la acreditación en salud será la estrategia utilizada por la Unidad Intermedia de Kennedy para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de sus servicios, teniendo en cuenta lo establecido por el ente encargado de la evaluación del proceso de acreditación que ha definido los estándares que se utilizarán para el sector salud; especialmente el estándar de Gerencia de Ambiente Físico para la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy cuyas áreas a evaluar son: Equipos e insumos, seguridad industrial, GIRSH, Prevención de Emergencias y Desastres, Prevención y Control de infecciones; será una metodología para que la organización armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos para obtener beneficios como:

- Mejorar la imagen y credibilidad ante los clientes y la comunidad en general.
- Trabajar continuamente en el mejoramiento de los procesos centrados en la

vida, la salud y la seguridad de los clientes.

- Hacer pública su condición de acreditado y se destaquen entre sus pares por haber logrado un reconocimiento de una entidad externa y haber iniciado un proceso de mejoramiento continuo hacia la excelencia.
- Exportar sus servicios.
- Reducir los costos de la no Calidad.
- Mejorar su capacidad de negociación con las aseguradoras y el Estado  
Posibiliten que en el Sistema de Seguridad Social en Salud se estudien otros incentivos para la mejor prestación de dichos servicios.
- Motivar a los usuarios a ejercer el derecho a la libre elección.
- Mantener los logros alcanzados con la acreditación y se orienten hacia un proceso de mejoramiento continuo de la calidad.
- Mantener al país a la vanguardia de los sistemas de salud en América Latina.
- Disminuir los riesgos al paciente y por ende el cumplimiento de sus derechos.
- Lograr un incremento notable tanto en la efectividad como en la eficiencia del servicio dando esto como resultado la satisfacción total del usuario.

La Unidad Intermedia de Salud de Kennedy para dar cumplimiento a los preceptos

constitucionales y los requerimientos de la ley 100 de 1993 y comenzar a materializar su visión referida a la calidad en la prestación de sus servicios ha tomado la decisión de dar inicio a este proceso y con el fin de mejorar la gestión de calidad de la organización de salud, busca el mejoramiento del estándar ambiente físico, ya que éste comprende todos los aspectos externos al organismo humano de tipo físico, químico o biológico, que ejercen alguna influencia sobre su salud y respecto del cual se tiene limitada capacidad de control, de modo que, este estándar es parte esencial del mecanismo fundamental y de mayor credibilidad que direcciona el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia: la acreditación.

Debido al compromiso con el mejoramiento de la eficiencia de los procesos se contribuirá de manera importante a la productividad y a mejorar el aprovechamiento de los recursos disponibles con el fin de obtener mayor aceptación en el mercado de la salud.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas<sup>5</sup>.

En relación con el principio de eficiencia, plantea: " las actuaciones y procesos que se desarrollan dentro del sistema único de acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles <sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Ministerio de Protección Social.

<sup>6</sup> Artículo 47 del Decreto 2309 de 2002

#### **4. OBJETIVO GENERAL**

- Construir una propuesta de plan de mejoramiento del estándar Gerencia de Ambiente Físico en la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy para contribuir con su proceso de acreditación.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Realizar un Diagnóstico del estado del arte de los factores y procesos que constituyen el estándar de acreditación Gerencia del Ambiente Físico.
- Formular acciones operativas para el Hospital de Kennedy que contribuyan con la puesta en marcha de un plan de mejoramiento del estándar Gerencia del ambiente físico.

## 5. MARCO DE REFERENCIA

La acreditación como proceso orientado al mejoramiento de la calidad tiene una larga historia en los países que pueden ser considerados como pioneros de este fenómeno, los cuales son Canadá y Estados Unidos. Este proceso comenzó como experiencia compartida en estos países en la década de 1910, en donde se sitúan los primeros intentos de desarrollar estándares para evaluar aquellos hospitales que potencialmente actuarían como entes educativos para los facultativos de la época, intento que fue promovido por el colegio Americano de Cirugía.

Una particularidad observada es que la acreditación generalmente comienza como un proceso que recoge el consenso de diversos actores del sistema de salud, preferentemente prestadores, frente a la necesidad de asegurar o mejorar la calidad en sus organizaciones. Adicionalmente, se observan dos fenómenos que hacen aun más relevante el trabajo sobre el tema de la acreditación: el primero es la introducción de organizaciones encargadas del aseguramiento o manejo de un sistema de beneficios a unos usuarios (la EPS para el caso colombiano), y el segundo, más reciente es el principio de la Responsabilidad Social por parte de los actores sociales del sistema.

En Latinoamérica, es perceptible el trabajo de la organización Panamericana de la Salud (OPS), a comienzos de la década de los 90, en la definición de un manual de acreditación y el trabajo permanente de persuasión a los países de la región sobre la necesidad de adelantar un proceso de acreditación que pudiese ser adaptable a las consideraciones específicas de cada país.

En 1975 se organizó formalmente el Sistema Nacional de Salud, definido como “el conjunto de organismos, e instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”.

En la aprobación de la nueva Constitución Política del país en 1991 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<sup>7</sup>.

En 1993 se expidió la ley 100, la cual 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.

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.

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. Los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), 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.

---

<sup>7</sup> Constitución Política de Colombia de 1991.

## ACREDITACION Y GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO

Para la construcción del plan de mejoramiento para el Hospital de Kennedy es importante mencionar e implementar un esquema normativo, siendo éste guía en dicha construcción, este esquema es organizado según la Pirámide de Kelsen.

**Cuadro No. 1 MARCO NORMATIVO APLICABLE AL PROCESO DE ACREDITACIÓN**

<b>NORMAS</b>	<b>PROPOSITOS</b>
<b>Constitución Política de Colombia de 1991. Capítulo II Art. 49. Capítulo 3 de los Derechos Colectivos y del Ambiente.</b>	Cap. II Art. 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Conc.: Art.40 Num. 7.
<b>Ley 46 de 1988 Por la cual establece las competencias y mecanismos económicos y jurídicos más para la atención de desastres que para su prevención.</b>	Fijó como uno de los objetivos del sistema nacional para la atención y prevención de desastres, garantizar un manejo oportuno y eficiente de todos los recursos humanos, técnicos, administrativos, económicos indispensables para la prevención y atención de desastres.

<p><b>Ley 09 de 1979</b> <b>(Código Sanitario Nacional)</b></p>	<p>Art. 31 Quienes produzcan basuras con características especiales, en los términos que señale el ministerio de salud serán responsables de su recolección, transporte y disposición final.</p>
<p><b>Ley 100 de 1993</b></p>	<p>Crea el sistema de seguridad social integral. Capítulo.II. Instituciones prestadoras de salud, responsabiliza al estado de la regulación del sistema actual de salud en los entes territoriales.</p>
<p><b>Ley 99 de 1993</b></p>	<p>Por el cual se crea el Ministerio del Medio Ambiente, adopta como principio general de la política ambiental colombiana, la prevención como materia de interés colectivo y medidas tomadas para mitigar los efectos de su ocurrencia son de obligatorio cumplimiento.</p>
<p><b>Ley 253 de 1995</b></p>	<p>Por la cual se aprueba el convenio sobre el control de transporte internacional de desechos peligrosos y su eliminación.</p>



<b>Ley 361 de 1997</b>	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 400 DE 1997</b>	Por la cual se adoptan normas sobre la construcción sismo resistente Art. 1 establece criterios y requisitos mínimos para el diseño, construcción y supervisión técnica de edificación.
<b>Ley 715 de 2001</b>	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356, 357 de la constitución política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud.

<p><b>Decreto 919 del 1 de mayo 1989</b></p>	<p>Por el cual se organiza el Sistema Nacional para la prevención y atención de desastres. En su artículo 14 consagra que el Ministerio de Salud coordinará los programas de entrenamiento y capacitación para los planes de contingencia en los aspectos de orden sanitario, bajo vigilancia del Comité Técnico Nacional.</p> <p>Artículo 63 en su literal c, consagra que corresponde al Ministerio de Salud la evaluación de los aspectos de salud, la coordinación de las acciones médicas, el transporte de víctimas, la clasificación de heridos (Triage) la provisión de suministros médicos, el saneamiento básico, la atención médica en albergues, la vigilancia nutricional, la vigilancia y control epidemiológico.</p>
<p><b>Decreto 1295 del 22 de junio de 1994</b></p>	<p>Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales, que forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, establecido por la Ley 100 de 1993.</p>

<p><b>Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994</b></p>	<p>El cual en su capítulo V artículo 23, consagra la obligatoriedad de las empresas sociales del estado de elaborar un “Plan Integral de Seguridad Hospitalaria” que garantice la prestación de los servicios de salud en caso de situaciones de emergencia o desastre.</p>
<p><b>Decreto 2100 de 1995</b></p>	<p>Por la cual se adopta la tabla de clasificación de actividades económicas para el sistema general de riesgos profesionales y se dictan otras disposiciones.</p>
<p><b>Decreto 2676 de 2000 (modificado por el decreto 2763 de 2001 y el decreto 1669 de 2002</b></p>	<p>Por la cual se reglamenta la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, generados por personas naturales o jurídicas.</p>
<p><b>Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 (Ministerio de la protección social)</b></p>	<p>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. Concentra sus acciones hacia en la mejora de resultados de atención en salud, centrada en el usuario.</p>

<b>Resolución 2400 de 1979</b>	Por la cual se establecen algunas disposiciones sobre higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo. Artículo 2
<b>Resolución 1016 de 1989</b>	Por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.
<b>Resolución 1164 de 2002</b>	Por la cual adopta el manual de procedimientos para la GIRSHS.
<b>Resolución 001474 de 2002 (Ministerio de la protección social) numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001.</b>	Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan Los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
<b>Resolución 2183 de 2004</b>	Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización para prestadores de servicios de salud.

<p><b>Resolución 1445 De 2006</b></p>	<p>Establece los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación.</p>
<p><b>Resolución 001445 del 8 de mayo de 2006 (Ministerio de la protección social)</b></p>	<p>Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.</p>
<p><b>Resolución 4445 de 1996</b></p>	<p>Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.</p>
<p><b>Resolución 1802 de 1989 del Ministerio de Salud</b></p>	<p>La cual hace obligatoria la conformación del Comité Hospitalario de Emergencias y la elaboración del Plan Hospitalario para Emergencia.</p>

Fuente: Elaboración Propia. Basada en Ministerio de Protección Social

Por su parte, el Sistema Único de Acreditación en Salud se orienta por los siguientes principios:

**Cuadro No. 2 PRINCIPIOS DE LA ACREDITACIÓN**

<b>CONFIDENCIALIDAD:</b>	La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las mismas.
<b>EFICIENCIA</b>	Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
<b>GRADUALIDAD</b>	El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Fuente: Decreto 1011 de 2006

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996

con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 1011 de 2006, 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.

Ademas define 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” estableciendo así sus características:

### **Cuadro No. 3 CALIDAD EN LA ATENCIÓN**

<b>ACCESIBILIDAD</b>	Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>OPORTUNIDAD</b>	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.

<b>SEGURIDAD</b>	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.
<b>PERTINENCIA</b>	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.
<b>CONTINUIDAD</b>	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.”

Fuente: Decreto 1011, 2006

Es importante tener en cuenta los conceptos del estándar Gerencia del Ambiente Físico, que guiarán el proceso de acreditación para la institución. Este estándar, esta relacionado con varias áreas temáticas:

- **Ambiente Físico:** En este se incluye la infraestructura, Equipos e Insumos y Seguridad Industrial de la institución, comprende todos los aspectos internos tanto físicos, químicos y biológicos, que ejerce alguna influencia



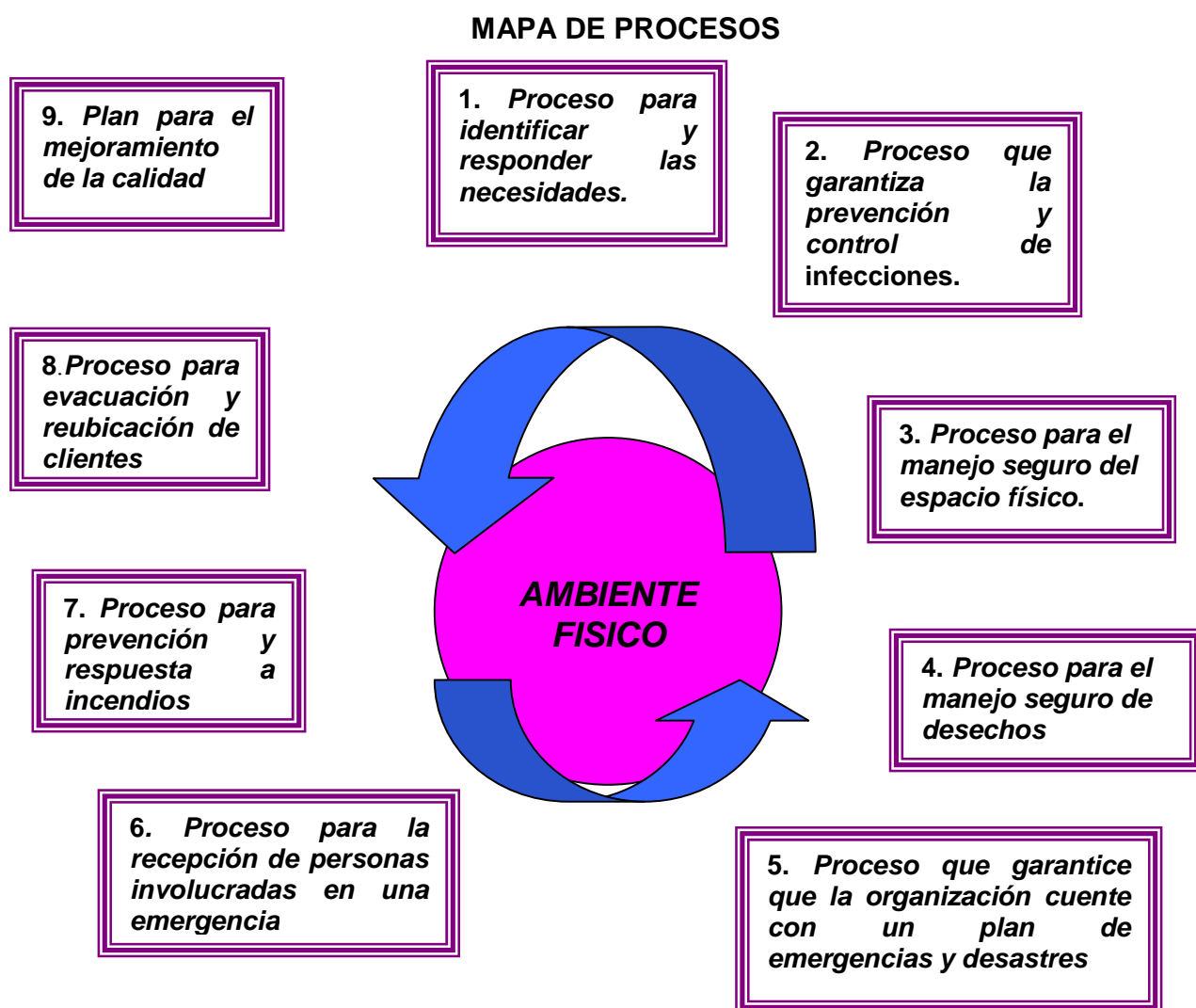
sobre la salud y respecto del cual, tiene ilimitada capacidad de control, siendo de gran importancia la seguridad del usuario.

- **Gestión Integral de Residuos Sólidos hospitalarios:** las rutas de recolección interno del hospital y externos son fundamentales desde el instante en que se recogen los residuos hasta que son entregados al carro recolector de la ciudad, como también la cultura de reciclaje desde el personal hasta el usuario.
  
- **Plan de Prevención de Emergencias y Desastres:** Son los métodos que indican la forma en que una organización de salud debe enfrentar una situación de emergencia o desastre, incluyendo la participación de toda la comunidad y los usuarios. La conformación y funcionalidad de los comités hospitalarios para la gestión del riesgo y respuestas a desastres es significativo para la institución ya que éstas pueden desarrollar acciones de prevención, mitigación y preparación para cualquier evento que se presente.
  
- **Prevención y Control de Infecciones:** Es la manera por el cual el hospital tienen las medidas necesarias para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias, dependiendo de la medida a tomar; es muy importante las normas de bioseguridad, estas normas de precaución universal son las que deben aplicar los trabajadores de áreas asistenciales al manipular sangre, secreciones, fluidos corporales o tejidos provenientes de todo paciente independiente a su diagnóstico. Por todo lo anterior la calidad y el monitoreo son significativos por que son acciones sistemáticas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente las situaciones que pueden afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos, por tanto el mejoramiento continuo de la

calidad en las diferentes áreas temáticas del estándar de Gerencia del Ambiente Físico, es prioritario para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes/ usuarios y sus familias.

Dentro del estándar de Gerencia del Ambiente Físico se encuentran integrados diez (10) procesos (Figura No. 1) para la identificación de las debilidades y potencialidades, con el fin de fortalecer las debilidades, mantener y mejorar continuamente la calidad en la prestación del servicio.

**Figura No.1**

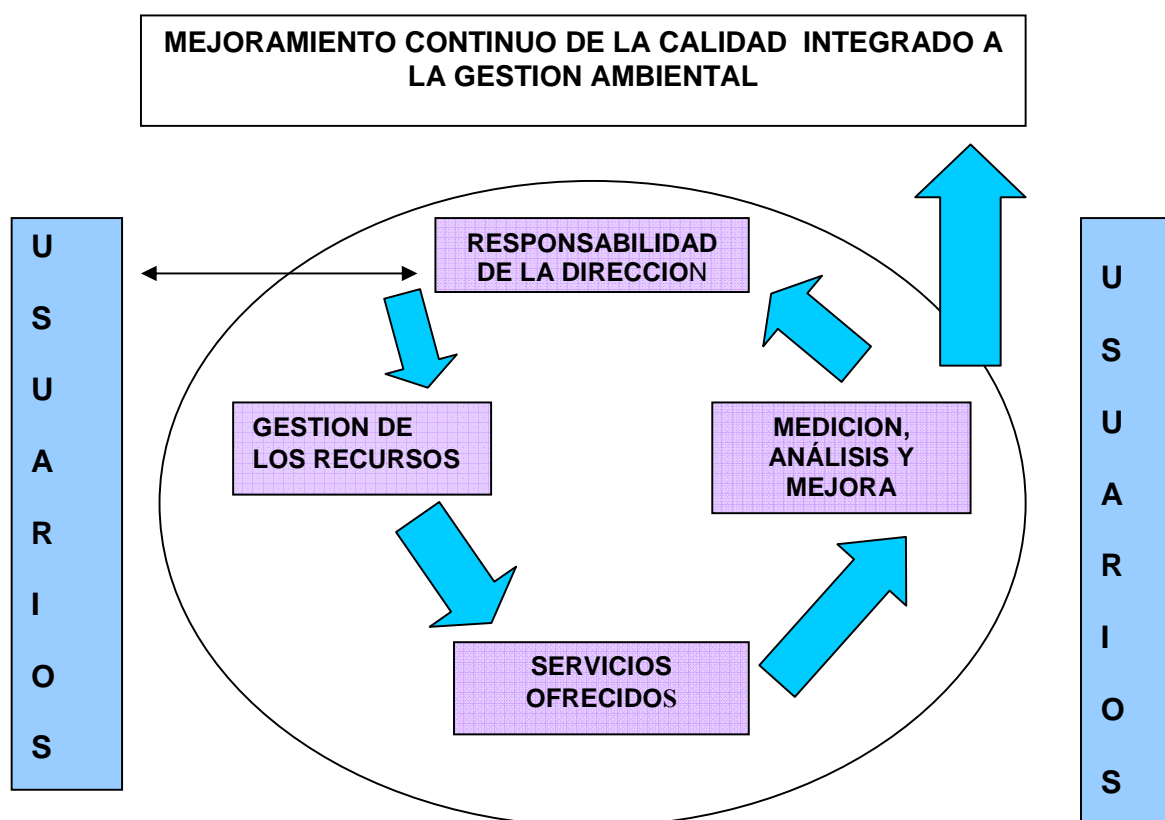


## ESQUEMA GERENCIAL Y CONTEXTO ORGANIZACIONAL UNISAKE

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de políticas y objetivos de calidad, los resultados de las evaluaciones, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas, y la revisión por la alta dirección.

Para que la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy pueda mejorar en sus procesos dentro de la organización, así como su gestión debe guiarse por un enfoque basado en procesos como se muestra a continuación.

**Figura No. 2**



Fuente: Elaboración Propia. Basada en la ISO 9001.

En la figura No. 2 se muestra que los usuarios juegan un papel muy significativo para el hospital, el seguimiento de la satisfacción del usuario requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos.

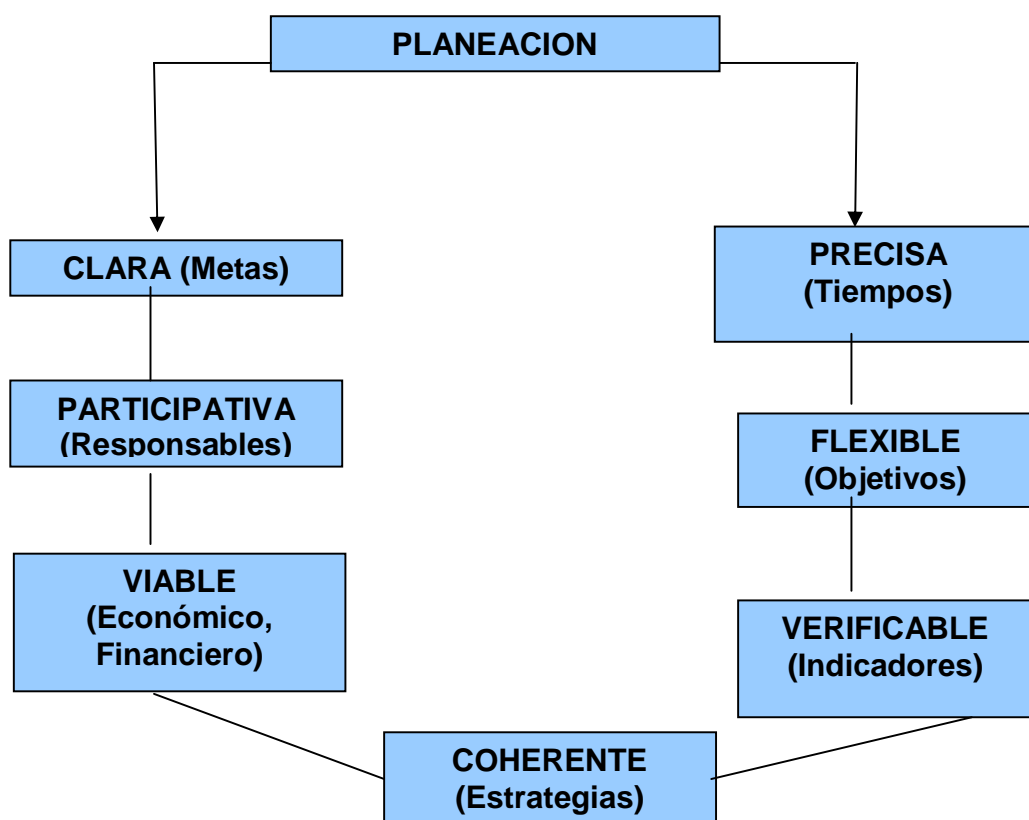
Las posibles actividades para el aseguramiento de la calidad se concretan en:

- 1. Acordar objetivos:** se involucra todo el hospital, por esto es importante el plan de mejoramiento. Así, la disposición grupal hacia un mismo fin contribuye a aunar esfuerzos y a obtener resultados importantes, en este va incluido la misión y la visión de la institución.
- 2. Planificar:** El tiempo es fundamental para la realización de las actividades de la institución, incluyendo los recursos necesarios para obtener unos objetivos previamente diseñados, es aquí donde la planeación juega un papel de vital interés para la organización, el hospital debe tener adecuadamente jornadas de planificación en el cual se elaboran proyectos de mediano y largo plazo.
- 3. Decidir:** Ante las situaciones nuevas que se presentan, se requiere asumir responsabilidades, hacer modificaciones, marcar nuevos rumbos. Asuntos posibles siempre y cuando el hospital tenga disposición para tomar decisiones, pero necesarias para poder continuar hacia la concreción de los objetivos.
- 4. Motivar:** Llegar a un punto deseado como la acreditación y mantenerse durante el trayecto, es posible cuando la idea del triunfo ronda constantemente. La motivación pretende conservar los ánimos de los miembros de la institución, creyendo siempre que los objetivos planteados han de ser obtenidos, según las circunstancias se deben buscar los elementos que permitan continuar avanzando.

- 5. Organizar:** En la institución es importante la distribución de funciones, la asignación de responsabilidades, la revisión constante de roles, ordenar la forma de trabajar cumpliendo con las normas requeridas del hospital, ayudando a propiciar un buen ambiente de trabajo, necesario para la efectividad de la organización. Así mismo, la correcta utilización de los recursos tanto materiales como financieros esto aumenta y mejora cuando el orden aparece. En la gestión, cada uno tiene tareas que cumplir y en la medida en que lo haga se aporta a la construcción de una mejor organización.
- 6. Dirigir:** En la Unidad en la distribución de funciones debe ser asignada la responsabilidad de mantener el rumbo de la organización. Quien dirige debe contar con la aptitud, está convencido de lo que quiere, sabe adonde va debe llegar, y puede transmitir y convencer a otros, animándolos a seguir, para esto es también muy importante la comunicación del subgerente con el personal del hospital.
- 7. Controlar:** Como se menciona más adelante el seguimiento y la evaluación son aspectos claves para darse cuenta que tan cerca o lejos se está del logro de los objetivos, e igualmente permite reflexionar sobre el proceso organizacional vivido por el personal de la institución.
- 8. Informar:** En el hospital es importante lograr un trabajo coordinado, con un equipo orientado a los objetivos, requiere de una constante comunicación para que, desde las particularidades, haya sentido de integralidad. Cuando no se sabe nada o muy poco del otro, la institución queda reducida a proyectos, y cada cual se preocupa exclusivamente por lo suyo, este es, quizás, el mejor síntoma de la desestructuración de una organización. Establecer y mantener mecanismos de información aporta a la integración del personal con el Hospital para crear los procesos de mejoramiento.

Para el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos se deben tener en cuenta varios aspectos importantes de la planeación (figura No. 3) logrando definir el camino a seguir, y fijar directrices para el logro de los objetivos; La planeación implica llevar a cabo un proceso continuo y sistemático de las acciones relacionadas entre si. Por lo tanto el desarrollo de un proyecto como en el caso de la Unidad Intermedia de Kennedy para el logro de la acreditación, requiere de la planeación. Ésta debe ser:

**Figura No. 3**



**Fuente: Elaboración Propia. Basada en la Planeación Estratégica.**

**Clara y comprensible:** La planeación debe presentar, claramente, las relaciones entre las actividades, los servicios y los objetivos.

**Precisa:** Es necesario darse cuenta cuales son las inconformidades o problemas que el proyecto pretende resolver, cuales son los objetivos, quienes son los beneficiarios, como se va a desarrollar, cuando y en que plazo y con que recursos humanos económicos y técnicos se cuenta.

**Coherente:** La planeación debe presentar, claramente, las relaciones entre las actividades, los servicios y los objetivos.

**Participativa:** La planificación implica un proceso de discusión, clarificación y comprensión entre las personas que se proponen modificar conjuntamente una situación inicial. Además, debe propiciar el consenso y el compromiso por parte de los involucrados en la planeación. Ellos son: la institución, el grupo meta, los beneficiarios.

**Viable:** Los objetivos se deben poder alcanzar dentro de las condiciones dadas y los recursos disponibles, personas, dinero, tiempo y capacidades. Dada la imposibilidad de prever todos los factores importantes que los plazos y el grado de detalle del plan sean alcanzables.

**Verificable:** La planeación debe estar estructurada de tal forma que permita comprobar los avances realizados y el logro de los objetivos previstos.

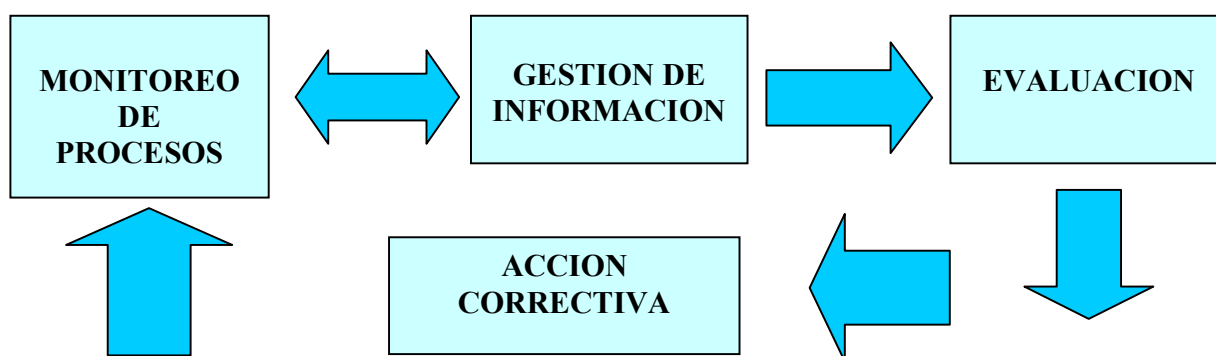
**Flexible:** La planeación debe estar diseñada de tal manera que se pueda adaptar a las nuevas condiciones que se presenten, que pueden ser, cambios en el contexto, resultado de las evaluaciones, entre otras. Además, debe estar abierta a nuevos conocimientos y expectativas. El plan puede modificarse cada vez que la información que surja a lo largo de su implementación, así lo exija<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Restrepo, 1999 y Elaboración Propia

En los diferentes procesos que se llevan a cabo en la Unidad Intermedia de Kennedy, es importante evaluar el comportamiento de los diferentes instrumentos de gestión, para que en un tiempo determinado puedan tener resultados positivos en los puntos estratégicos del hospital, siendo importante la retroalimentación de los procesos (Figura No. 4) en cuanto al monitoreo, la gestión de la información, la evaluación y su acción correctiva.

**Figura No. 4**



**Elaboración Propia**

El alineamiento horizontal busca compatibilizar los procesos con las necesidades y expectativas de los usuarios. Para ello la Unidad Intermedia de Kennedy debe definir esta retroalimentación, para identificar sus procesos clave soportándolos e integrándolos en cada una de las áreas temáticas del estándar ambiente físico de acuerdo con las necesidades y expectativas del cliente.

Para lograr este objetivo de alineamiento, el hospital debe revisar sus procesos, mejorar las debilidades que se presentan y hacer del proceso un mejoramiento continuo.



## CONTEXTO ORGANIZACIONAL UNISAKE

La Empresa Social del Estado Salud Pereira tiene como direccionamiento estratégico:

### VISIÓN

Seremos líderes a nivel regional en la prestación de servicios de salud acreditados y con un alto grado de satisfacción de nuestros usuarios, **líderes en la calidad y amigables con el medio ambiente**<sup>9</sup>.

### MISIÓN

Prestamos servicios de salud de baja y mediana complejidad a la población más vulnerable del municipio de Pereira en forma oportuna, realizando acciones de promoción de la salud prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, optimizando los recursos humanos, tecnológicos y financieros, garantizando así la satisfacción de nuestros usuarios.

---

<sup>9</sup> Negrilla : Elementos complementarios.

## **PRINCIPIOS CORPORATIVOS**

**Calidad:** Brindamos atención oportuna y humanizada de los servicios de salud para garantizar la satisfacción de nuestros usuarios.

**Eficiencia:** Optimizamos los recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros que permitan el beneficio social y la autosostenibilidad.

**Competitividad y Liderazgo:** Nuestras acciones están encaminadas al fortalecimiento de la red de servicios y al posicionamiento como empresa prestadora de servicios de salud.

**Equidad:** Proveemos servicios de salud a nuestros usuarios teniendo en cuenta sus necesidades y características.

## **VALORES**

**Amor:** Nos sentimos complacidos realizando nuestra labor al servicio de la comunidad.

**Tolerancia:** Valoramos las ideas, opiniones y modos de pensar, actuar y sentir de nuestros compañeros y usuarios.

**Solidaridad:** Unimos esfuerzos en beneficio de nuestros usuarios y compañeros.

**Honestidad:** Somos transparentes en la prestación del servicio y en la gestión

institucional.

**Responsabilidad:** Cumplimos deberes y compromisos acorde con nuestra misión y objetivos institucionales, fomentando el autocontrol.

**Ética:** El buen juicio acompaña nuestras acciones respetando los deberes y derechos de nuestros usuarios.

**Perseverancia:** Mantenemos actitud positiva hacia el mejoramiento continuo de nuestros procesos en pro de alcanzar nuestra visión y objetivos institucionales.

**Lealtad:** Somos fieles al cumplimiento de los principios, misión y objetivos de la Entidad.

## **POLÍTICA DE CALIDAD**

- ✓ Brindar servicios de salud con CALIDEZ, OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD y EQUIDAD, para satisfacer las necesidades y expectativas razonables de nuestros usuarios y su entorno familiar, generando alto impacto social.

## **OBJETIVOS DE CALIDAD**

- ✓ Satisfacer las necesidades y expectativas razonables de nuestros usuarios.
- ✓ Desarrollar acciones que permitan fortalecer los diferentes programas de

Protección específica y Detección temprana generando impacto en la Morbimortalidad.

- ✓ Garantizar la capacitación y actualización continua del usuario de la E.S.E. Salud Pereira acorde a las necesidades.
  
- ✓ Efectuar acciones que permitan el mejoramiento del clima organizacional en la entidad.
  
- ✓ Desarrollar acciones de seguimiento, evaluación y control que generen un proceso de mejoramiento continuo en la E.S.E. Salud Pereira.

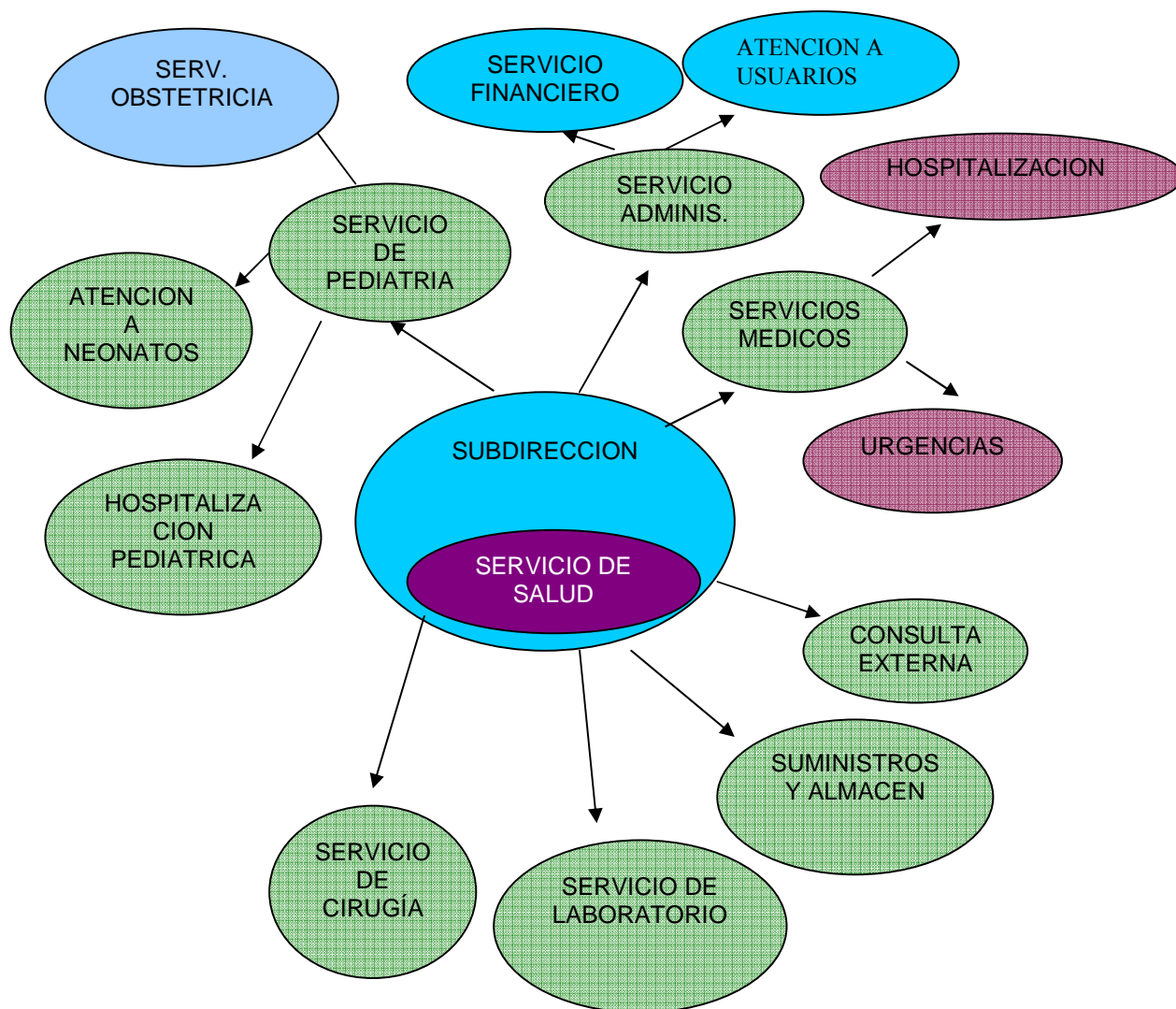
## **UNIDAD INTERMEDIA DE SALUD DE KENNEDY**

### **SERVICIOS PRESTADOS**

Los servicios del hospital tiene un papel central en la atención médica del sistema hospitalario tanto por el volumen de enfermos atendidos como por la variedad de los mismos, reflejo de la preparación de los profesionales y del líder que maneja el hospital (figura No. 5).

## ORGANIGRAMA POR SERVICIOS UNISAKE

Figura No. 5



## 6. METODOLOGIA

Con el fin de construir una propuesta de mejoramiento del estándar ambiente físico a la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy, se desarrollaron 4 etapas básicas:

1. Etapa Diagnóstica
  - Recolección de la información y revisión documentos
2. Etapa de descripción y Análisis de la información recolectada
3. Evaluación de cumplimiento de estándares de acreditación, incluyendo su calificación.
4. Formulación de acciones estratégicas y de mejora.

El desarrollo del proceso estuvo centrado en la participación de los actores que conforma el equipo multidisciplinario del hospital de Kennedy (Médicos, enfermeras Jefes y personal de la institución). Además se inicio a partir de una revisión detallada de la bibliografía del Ambiente Físico del Hospital de Kennedy como: residuos sólidos hospitalarios, emergencias y desastres, infecciones intra hospitalarias y seguridad industrial.

**Tabla No.1 DISEÑO METODOLOGICO**

<b>PROCESOS</b>	<b>PROCEDIMIENTOS</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>
<p><b>DIAGNÓSTICO DEL ESTANDAR Y PROCESOS</b></p>	<p>-Visitas a la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy para la verificación del estado actual de los estándares de la Gerencia del Ambiente Físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reconocimiento y observación de los estándares de la Gerencia del Ambiente Físico en la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy.</li> <li>➤ Entrevistas y reuniones programadas al personal de la ESE Salud Pereira y el Hospital de Kennedy.</li> <li>➤ Registros de chequeo del ambiente físico, en relación con el estándar Ambiente Físico.</li> </ul>
	<p><b>Revisión y Organización de Normatividad aplicable al estandar Gerencia del Ambiente Físico.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Constitución Política de Colombia, 1991.</li> <li>➤ Ley 100 de 1993</li> <li>➤ Ley 09 de 1979</li> <li>➤ Ley 361 de 1997</li> <li>➤ Decreto 1011 del 2006</li> <li>➤ Decreto 2676 del 2000</li> <li>➤ Decreto 1295 de 1994</li> <li>➤ Decreto 1876 de 1994</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Decreto 919 de 1989</li> <li>➤ Resolución 001474 de 2002.</li> <li>➤ Resolución 001445 de 2006.</li> <li>➤ Resolución 4445 de 1996</li> <li>➤ Resolución 2183 de 2004.</li> <li>➤ Resolución 1802 de 1989.</li> <li>➤ Resolución 1164 de 2002.</li> <li>➤ Resolución 1016 de 1989.</li> <li>➤ Resolución 2400 de 1979.</li> </ul>
<b>DESCRIPCION Y ANALISIS</b>	Verificación del cumplimiento de protocolos, estándares y normatividad en salud ambiental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estándares de acreditación.</li> <li>➤ Normatividad que rige los diferentes procesos.</li> </ul>
<b>EVALUACION Y CALIFICACION DE ESTANDARES DE ACUERDO A LAS POTENCIALIDADES Y LIMITACIONES.</b>	Aplicación de metodología de evaluación y valoración porcentual de estándares de acreditación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Matriz de evaluación.</li> <li>➤ Resultados obtenidos.</li> </ul>



<p><b>FORMULACIÓN DE ACCIONES ESTRATÉGICAS Y DE MEJORA.</b></p>	<p>Creación de un plan de mejoramiento con base a los resultados de los estándares de la Gerencia Ambiente Físico, esquematizados por áreas temáticas, con relación a lineamientos estratégicos, programación y concertación con la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Matrices de planificación.</li> <li>➤ Reuniones de coordinación.</li> <li>➤ Estándares de acreditación del Ambiente Físico.</li> </ul>
---	--	---

*FUENTE: Elaboración Propia.*

## **7. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

### **Diagnostico por Procesos**

A partir de la revisión y clasificación de la información por estándar del Ambiente Físico, se tuvo en cuenta la coordinación de la ESE Salud Pereira, y los encargados de los diferentes departamentos como la Coordinación de Garantía de Calidad, Coordinador de Salud Ocupacional , emergencias y desastres, área de mantenimiento, coordinación médica de la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy.

Toda la documentación que posee el Hospital de Kennedy con la información de la Ese Salud Pereira, generalmente fue revisada para determinar el ajuste a las normas vigentes de acreditación, como también si los procesos que se llevan a cabo en el Hospital son operativizados y vigilados conforme a los criterios de los comités evaluadores de la unidad.

Durante el periodo de levantamiento y revisión de la información, se logró obtener la información precisa de las debilidades y potencialidades del Hospital de Kennedy, de acuerdo a cada una de las áreas temáticas de estudio, como también se pudo llevar a cabo el proceso de calificación de acuerdo al posible cumplimiento y mejoramiento.

Las diferentes áreas temáticas llevadas a cabo con respecto a la información son:

- Ambiente Físico, equipos e insumos y seguridad industrial
- Residuos Sólidos Hospitalarios
- Emergencias y Desastres
- Prevención y Manejo de Infecciones
- Mejoramiento Continuo de la Calidad

Debido a la importancia que tiene las debilidades y las potencialidades en el Hospital de Kennedy, se califica las diferentes áreas temáticas de acuerdo a la situación de la institución.

Para lograr que las debilidades se vuelvan potencialidades y que éstas potencialidades continúen en el mejoramiento, fue preciso dar una calificación, que significa el grado o rango que el hospital debe tener en cuenta para su mejoramiento y para darse cuenta en que tiempo es posible los cambios en el hospital.

A continuación se mostrará la situación actual por áreas temáticas de acuerdo a lo anterior.

Los criterios para el logro de los propósitos son:

- Presupuesto
- Comités conformados
- La actuación rápida de los diferentes proyectos, que influyen en el desempeño del hospital junto con las variables de desarrollo corporativo y eficiencia administrativa.

#### **CALIFICACION:**

- |    |                |                               |
|----|----------------|-------------------------------|
| a) | 1 – MC         | (Mejoramiento Continuo).      |
| b) | 2 – BAJO       | (Dificultad en el Propósito). |
| c) | 3 – MEDIO BAJO | (Alcanzable en Largo Plazo)   |
| d) | 4 – MEDIO      | (Alcanzable en Medio Plazo)   |
| e) | 5 – ALTO       | ( Alcanzable en Corto Plazo)  |

### 7.1.1 ESPACIO FISICO, EQUIPOS E INSUMOS, SEGURIDAD INDUSTRIAL

Dentro del estándar Ambiente Físico, en la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy, se tienen unas limitaciones y unas potencialidades, pero prioritariamente son identificados los limitantes en los procesos de cada área para evaluar el valor de alcance en el propósito de mejoramiento, en las potencialidades solo hay que seguir por el mismo proceso pero asegurando cada día el mejoramiento de la calidad. Para la detección de las limitaciones y potencialidades se tuvo en cuenta la entrevista al arquitecto Andrés Felipe Pineda Suárez de la ESE SALUD PEREIRA encargado de la infraestructura del hospital.

LIMITACIONES	POTENCIALIDADES	VALOR DE ALCANCE EN LOS PROPOSITOS DE MEJORAMIENTO				
		1 MC	2 B	3 MB	4 M	5 A
En la institución no existe una gerencia de riesgo físico, incorporada en el plan de direccionamiento estratégico.	La ESE Salud Pereira cada día está asegurando por medio de sus actividades y procesos el mejoramiento continuo del plan de direccionamiento estratégico.			X		
El personal de la institución no tiene buen conocimiento acerca de la política del hospital.	La unidad cuenta con una política de seguridad hospitalaria.					X

		<b>1</b> <b>MC</b>	<b>2</b> <b>B</b>	<b>3</b> <b>MB</b>	<b>4</b> <b>M</b>	<b>5</b> <b>A</b>
	El personal de la institución participa en la toma de decisiones para proveer áreas seguras.					X
	El proceso de compras de equipos, garantiza que está libre de riesgos y cumple con los parámetros de calidad.	X				
No se tiene el acta de monitoreo de los accidentes intrahospitalarios.	Si se tiene en cuenta los accidentes ocurridos como caídas en los baños, escaleras y rampas.				X	
Renovar algunas instalaciones eléctricas del hospital.	Existe un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura de la unidad.				X	
Insuficiencia en la documentación respecto al programa de seguridad hospitalaria.	Existe un programa de seguridad hospitalaria y se realizan respectivas auditorías.				X	

		<b>1</b> <b>MC</b>	<b>2</b> <b>B</b>	<b>3</b> <b>MB</b>	<b>4</b> <b>M</b>	<b>5</b> <b>A</b>
Es un poco limitada la accesibilidad de los servicios dentro del hospital.	Es buena la movilidad para el usuario y disponibilidad de espacio.			X		
El área de urgencias es reducida en cuanto al tamaño de usuarios que ingresan al hospital.				X		
	El hospital posee buena iluminación, ventilación y la ergonomía es normal.			X		
Deficiente mantenimiento a los cielos rasos de: enfermería, laboratorio de genética y hospitalización.	Se posee buen área de espera, las superficies son lavables (pisos, muros).			X		
Baja cultura del buen manejo de equipos e insumos que garantice la seguridad.	Se tiene cultura en el manejo del espacio físico, donde se garantiza la seguridad tanto de los trabajadores como de los usuarios.			X		

		<b>1</b> <b>MC</b>	<b>2</b> <b>B</b>	<b>3</b> <b>MB</b>	<b>4</b> <b>M</b>	<b>5</b> <b>A</b>
	El hospital posee buenos procesos de limpieza y desinfección hospitalaria.	X				
	Existe protocolo de desinfección y esterilización de los equipos.	X				
Insuficiente registro y control de los equipos e insumos.	Existe un plan de gestión de compras de equipos e insumos.		X			
Aumentar las capacitaciones con temas en el cuidado de los equipos e insumos.						X

### 7.1.2 GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

Dentro de la Gestión de Residuos Sólidos Hospitalarios y Similares en la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy, se tiene unas limitaciones y unas potencialidades que se mencionan a continuación, teniendo en cuenta el valor de alcance para el mejoramiento en cada proceso. Se tuvo en cuenta la entrevista con la jefe enfermera del hospital de Kennedy y el encargado de los residuos de la Unidad.

LIMITACIONES	POTENCIALIDADES	VALOR DE ALCANCE EN LOS PROPOSITOS DE MEJORAMIENTO				
		1 MC	2 B	3 MB	4 M	5 A X
No todo el personal del hospital conoce el plan de gestión de residuos sólidos.	Cuentan con un PGIRS aceptado por la Carder.					X
Insuficiente vigilancia en el manejo de los residuos sólidos por parte del personal del hospital.	Existe cultura del buen manejo de Los residuos hospitalarios.					X
Fortalecer políticas para la recuperación de desechos sólidos, reciclaje y comercialización.	Existe un proceso de identificación, clasificación y separación en la fuente.					X
Consolidación del grupo administrativo de gestión ambiental.	Se encuentra conformado un grupo de residuos sólidos.				X	
Mejorar las capacitaciones en cuanto al cumplimiento de	Existen capacitaciones en el manejo de residuos sólidos.					



fechas programadas.						X
Deficiente manejo de los líquidos de rayos X.	Hay interés del personal acerca del manejo y cuidado de los elementos de odontología.					X
Mejorar los suministros para el manejo de los residuos sólidos como bolsas y uniformes.	Los encargados de los residuos sólidos manejan el proceso de bioseguridad.					X

### 7.1.3 EMERGENCIAS Y DESASTRES

Para el planteamiento hospitalario en emergencias y desastres se deben identificar varios actores, que podrían determinar la correcta o incorrecta determinación de cambios que lleven a estar mejor preparados para algún desastre; para esto se debe identificar cuales son las limitaciones y potencialidades de la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy y éstas se menciona a continuación teniendo en cuenta el valor de alcance para el mejoramiento en cada proceso.

LIMITACIONES	POTENCIALIDADES	VALOR DE ALCANCE EN LOS PROPOSITOS DE MEJORAMIENTO				
		1 MC	2 B	3 MB	4 M X	5 A
No todo el personal conoce el plan de emergencias.	Existe un plan de emergencias documentado y operativizado.				X	
Crear un plan de reubicación de pacientes.				X		
Es necesario crear mecanismos de participación para los funcionarios.	Hay interés y conocimiento en emergencias y desastres.			X		
Implementación de las rutas de evacuación principalmente en las habitaciones y sitios de trabajo.	Existen rutas de evacuación señalizadas, zonas de expansión y de remodelación.			X		
La periodicidad en las reuniones del comité es baja.				X		
Realizar un plan de capacitación y entrenamiento ejecutado por el departamento	Existe un plan de capacitación con la cruz roja.			X		

de bomberos.						
No hay formación a los usuarios.	Existen planes de emergencias frente a un incendio.				X	
No se educa al paciente y la familia en el comportamiento ante una situación de incendios.				X		
Elaborar protocolo para los posibles riesgos presentados en el hospital.	Se realiza monitoreo a las situaciones de riesgo presentadas.			X		
Crear un mecanismo de información a la comunidad sobre la evacuación y reubicación a pacientes.				X		

#### 7.1.4 PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

La limpieza y la desinfección, constituyen, junto con la esterilización, los elementos primarios y más eficaces para romper la cadena epidemiológica de la infección en el Hospital.

LIMITACIONES	POTENCIALIDADES	VALOR DE ALCANCE EN LOS PROPOSITOS DE MEJORAMIENTO				
		1 MC	2 B	3 MB	4 M	5 A
	Hay un protocolo de manejo de infecciones.					X
No existen estándares de actuación para minimizar riesgos de infección con metas medibles en el tiempo.				X		
Algunas fechas de capacitación no se cumplen.	Existen capacitaciones a funcionarios sobre minimización de riesgo por infección y tipos de aislamiento.					X
La realización de control biológico al proceso de esterilización es baja.	Se realizan controles de calidad física y química a los procesos de esterilización			X		

## **7.2 PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS PARA LA UNIDAD INTERMEDIA DE SALUD DE KENNEDY**

Para el éxito en la implementación del Plan de mejoramiento continuo en la Unidad Intermedia de Kennedy, la organización debe orientar sus acciones hacia los clientes, con el fin de satisfacer sus necesidades y expectativas. La actual prevalencia de la satisfacción de los clientes implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir sus necesidades en productos y servicios, para finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas.

Como en cualquier reorientación o readaptación, este plan implica tanto cambios en la filosofía y cultura de la institución, en el tipo de liderazgo, en la planeación, como compartir el conocimiento de la institución, hacer cambios significativos en el trabajo diario, en los roles y empoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los profesionales dentro de la organización.

### 7.2.1 ESTÁNDAR AMBIENTE FISICO, EQUIPOS E INSUMOS Y SEGURIDAD INDUSTRIAL

HALLAZGO	OBJETIVO	META	VERIFICADOR	RESPONSABLES
La zona de urgencias es limitada en cuanto al espacio y a la comodidad del usuario.	Ofrecer condiciones óptimas a los usuarios en cuanto a comodidad en la zona de urgencias.	Zona de urgencias se ajusta conforme a la infraestructura general del hospital, en un periodo de 4 semestres.	- Contrato de Ampliación y adecuación de urgencias. - Formato de encuesta a los usuarios.	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy.
El área de consulta externa no tiene comunicación con urgencias mediante rampa, por la ubicación de la farmacia en el hospital.	Comunicar consulta externa con el área de urgencias.	Ofrecer condiciones óptimas en cuanto al desplazamiento del usuario de consulta externa a urgencias e inversamente dentro del hospital, en un periodo	- Formato de adecuación. - La utilización de la rampa por los usuarios.	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Departamento de infraestructura y mantenimiento.

		de 2 semestres.		
El andén por donde circula el jefe de residuos hacia el almacenamiento final no es apropiado para el personal por ser apto, para el carro de recolección interna, además es una barrera para tiempos de lluvia en cuanto a su desplazamiento.	Adecuar el sitio de paso hacia el almacenamiento final de residuos.	Ofrecerle al encargado de transporte de residuos seguridad en el desplazamiento hacia el cuarto de almacenamiento final de residuos, en un periodo de 2 semestres.	- Contrato de Ampliación de la zona y cubrimiento del paso al almacenamiento.	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Departamento de infraestructura y mantenimiento
El área de la terraza es peligrosa para los pacientes.	Evitar que los pacientes del hospital de Kennedy se dirijan hacia la zona de la terraza.	Restringir el uso de la terraza para los pacientes, en un periodo de un semestre.	Calcomanía o aviso sobre el paso restringido para pacientes.	- Gerencia ESE Salud Pereira. Subgerencia de Kennedy.

Actualizar las redes eléctricas del hospital.	Cambiar las redes eléctricas más antiguas del hospital, para la seguridad del paciente y del personal de la institución.	Las redes eléctricas actualizadas, en un periodo de tres semestres.	- formato de cambio de redes eléctricas.	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Departamento de infraestructura y mantenimiento
No hay funcionamiento de aire acondicionado para las áreas de la morgue, cuartos aislados y el laboratorio.	Lograr que en las áreas de la morgue, cuartos aislados y laboratorio funcione el aire acondicionado.	Disponer de aire acondicionado en todas las áreas que se requiera, en un periodo de un semestre.	- Carpetas de facturación de las plantas de aire arregladas e instaladas.	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Departamento de infraestructura y mantenimiento.
No hay personal adicional que reemplace una inasistencia en las diferentes áreas del hospital.	Obtener personal que cubra un reemplazo en caso de accidente.	Disponer de una gama amplia de personal en las diferentes áreas para cubrir los reemplazos.	- formato de accidente. - Formato de ingreso del personal.	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. -



<p>No se cuenta con un sistema de comunicación suficiente para el proceso de atención al usuario.</p>	<p>Adquirir un sistema de comunicación para mejorar la atención del usuario.</p>	<p>El sistema de comunicación es eficaz para ofrecer al usuario una mejor atención, en un periodo de tres semestres.</p>	<p>- Sistema de comunicación del hospital.</p>	<p>- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Departamento de infraestructura y mantenimiento.</p>
<p>El personal que labora en la institución, tiene muy poca participación en la toma de decisiones para proveer áreas seguras.</p>	<p>Lograr la participación del personal en la toma de decisiones para proveer áreas seguras en el hospital.</p>	<p>Participación inmediata de todo el personal de la institución en la toma de decisiones para proveer áreas seguras.</p>	<p>- Número de sugerencias escritas. - Capacitaciones sobre áreas seguras.</p>	<p>- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Personal de la institución.</p>

<p>El sentido de pertenencia de todos los empleados del hospital, es baja al igual que la concientización de las personas que ingresan a él, para el manejo de la infraestructura y equipos.</p>	<p>Sensibilizar tanto a los empleados como a las personas que ingresan al hospital sobre el manejo de la infraestructura y equipos.</p>	<p>Empleados de la institución y las personas que ingresan; capacitadas en el cuidado de la infraestructura y el manejo de los equipos, en un periodo de dos semestres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de responsabilidad en el manejo de los equipos.</li> <li>- Registros de las capacitaciones en el manejo de equipos y cuidado de la infraestructura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerencia ESE Salud Pereira.</li> <li>- Subgerencia de Kennedy.</li> <li>- Departamento de infraestructura y mantenimiento.</li> </ul>
<p>El mantenimiento de la infraestructura y equipos del hospital es correctivo más no preventivo, ya que el personal de mantenimiento no alcanza a realizar todas las labores que requieren las</p>	<p>Asegurar que el departamento de mantenimiento de la ESE, realice tanto el mantenimiento correctivo como el preventivo de la infraestructura y equipos.</p>	<p>Ofrecer condiciones óptimas en cuanto a mantenimiento de la infraestructura y equipos que permitan brindar un servicio seguro y adecuado a los usuarios, en un periodo de dos semestres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tener mensualmente una programación de visitas para el mantenimiento preventivo de la infraestructura y equipos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerencia ESE Salud Pereira.</li> <li>- Subgerencia de Kennedy.</li> <li>- Departamento de infraestructura y mantenimiento.</li> </ul>

infraestructuras y los equipos.				
Los equipos y los elementos de algunas áreas del hospital no se encuentran inventariados, marcados ni sistematizados.	Efectuar el inventario, la marcación y la sistematización de todos los equipos y elementos adquiridos por el hospital.	Disponer inmediatamente de todos los equipos y elementos inventariados, marcados y sistematizados.	- Protocolo para la sistematización de los equipos y elementos.	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Departamento de infraestructura y mantenimiento.
Capacitar en el tema de ética y valores para el personal de la institución.	Proceder con las capacitaciones de ética y valores a todo el personal del hospital.	Tener un buen manejo en las relaciones interpersonales.	- Formato de capacitación. - Evaluación al personal sobre las capacitaciones.	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Departamento de salud ocupacional.
Los automóviles del hospital como las ambulancias no están en buenas condiciones para prestar el servicio.	Lograr que el hospital se equipe de un buen medio de transporte para asegurar el bienestar del paciente.	Ofrecer a los pacientes en el momento del traslado condiciones seguras de transporte, en un periodo de 5 semestres.	- Constancia de adquisición de ambulancias. - Hacer auditorias en cuanto al estado de las	- Gerencia ESE Salud Pereira. - Subgerencia de Kennedy. - Departamento de compras.

			ambulancias y todos el equipaje de éstas	
Dificultad en la accesibilidad de las personas que ingresan al hospital por falta de pavimentación y organización del área de ingreso.	Conseguir que la entrada al hospital sea fácilmente accesible tanto para las ambulancias como para los usuarios.	Mejorar el acceso al hospital en un periodo de 3 semestres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El área exterior del hospital este pavimentada y organizada.</li> <li>- Documento de ampliación y mejoramiento del área externa del hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerencia ESE Salud Pereira.</li> <li>- Subgerencia de Kennedy.</li> <li>- Departamento de infraestructura y mantenimiento.</li> </ul>
En algunas áreas que se requieren manillas de identificación, los pacientes no las poseen.	Colocar las manillas de identificación a los pacientes que lo requieran.	Todos los pacientes de las áreas como quirófano y pediatría llevan puesta la manilla, en un periodo de 2 semestres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Listado de verificación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subgerencia de Kennedy.</li> <li>- Personal de quirófano y pediatría.</li> </ul>

## 7.2.2 ESTÁNDAR GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES

HALLAZGO	OBJETIVO	META	VERIFICADOR	RESPONSABLES
Consolidar el grupo administrativo de gestión ambiental con sus respectivas normas.	Conformar el grupo administrativo de gestión ambiental con sus respectivos requisitos de las normas de acreditación.	El grupo de gestión ambiental está funcionando en su totalidad, en un periodo de un semestre.	- Acta de conformación. - Reglamento interno del grupo. - Plan de Trabajo.	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinadora de residuos sólidos hospitalarios.
Fortalecer las políticas para la recuperación de desechos sólidos, reciclaje y comercialización de materiales.	Consolidar las políticas para la recuperación de residuos sólidos hospitalarios.	Política para la recuperación de residuos sólidos hospitalarios, en un periodo de un semestre.	- Acta de realización. - Formato de recuperación. - Políticas documentadas	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinadora de residuos sólidos hospitalarios.
No todos los recipientes del hospital están	Rotular todos los recipientes del hospital.	Recipientes rotulados con sus	- Lista de verificación de	- Subgerencia de Kennedy.

rotulados y con sus respectivos colores de bolsas y canecas.		respectivas bolsas, canecas y colores, en un periodo de un semestre.	auditoría interna.	- Coordinadora de residuos sólidos hospitalarios.
Falta cultura en el personal de la institución en cuanto al manejo de los residuos sólidos hospitalarios.	Asegurar el manejo adecuado de los residuos.	Participación permanente de todos los funcionarios de la institución en el buen manejo de los residuos.	- Capacitaciones en el tema de manejo de los residuos sólidos hospitalarios.	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinadora de residuos sólidos hospitalarios.
Se hacen quemas cerca al cuarto final de almacenamiento de residuos.	Evitar las quemas de bolsas, trapeadores y demás objetos que puedan causar problemas al medio ambiente y a los pacientes de la institución.	El personal que maneja los residuos sólidos realiza inmediatamente un buen manejo de estos elementos de aseo como los trapeadores y las bolsas.	- Formato de monitoreo	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinadora de residuos sólidos hospitalarios.

### 7.2.3 ESTÁNDAR PREVENCIÓN DE INFECCIONES

HALLAZGO	OBJETIVO	META	VERIFICADOR	RESPONSABLES
No existe un estándar de actuación para minimizar riesgos de infección con metas medibles en el tiempo.	Realizar una guía de actuación para minimizar los riesgos de infección.	Estándar de actuación para minimizar los riesgos de infección, en un periodo de un semestre.	-Formato de especificación de los estándares.	- Subgerencia Hospital de Kennedy. - Grupo coordinador de infecciones.
El Hospital de Kennedy no posee un protocolo específico de infecciones intra hospitalaria y las responsabilidades específicas de los encargados en este tema.	Obtener un protocolo específico sobre las infecciones intra hospitalarias para la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy.	Contar con un protocolo sobre el tema de infecciones para el hospital de Kennedy, en un periodo de 2 semestres.	-Formatos diligenciados y enviados a la ESE Salud Pereira.	- Subgerencia Hospital de Kennedy. - Comité de infecciones.
El registro de admisión y	Utilizar herramientas en el	Análisis,	-Formatos	- Subgerencia Hospital

transporte de pacientes con infección en el hospital de Kennedy no es concienzudo.	manejo de infecciones a través de diligenciamiento y análisis de formatos diseñados para el registro de dicha información.	diligenciamiento y envío de formato de admisión y transporte de pacientes con infección, en un periodo de dos semestres.	diligenciados y enviados a la ESE Salud Pereira.	de Kennedy. - Comité de infecciones.
--	--	--	--	---

#### 7.2.4 ESTÁNDAR EMERGENCIAS Y DESASTRES

HALLAZGO	OBJETIVO	META	VERIFICADOR	RESPONSABLES
El plan de emergencias y desastres no está integrado a otros planes municipales.	Integrar el plan de emergencias y desastres con los planes municipales	El plan de emergencias y desastres del hospital de Kennedy integrado al plan municipal, en un periodo de dos semestres.	- Formato de reporte del plan de emergencias y desastres.	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinador de Emergencias y Desastres.
No existen planos de	Hacer los planos de	Planos de ubicación en	- 100% de los cuartos	- Subgerencia de



ubicación señalizada en los cuartos ni en las oficinas del hospital.	ubicación en el hospital de Kennedy para que los usuarios y el personal, se den cuenta a donde debe dirigirse en caso de una emergencia.	todas las áreas del hospital, en un periodo de dos semestres.	y oficinas estén con el plano de ubicación.	Kennedy. - Coordinador de Emergencias y Desastres.
No hay capacitación al personal para la participación en simulacros de emergencias y desastres, como tampoco en crear interés en el personal sobre el conocimiento en Emergencias y Desastres.	Crear interés hacia el plan de Emergencias y Desastres y la participación de simulacros en el hospital.	El personal de la institución conoce el plan de Emergencias y Desastres y que igualmente participe en los simulacros, en un periodo de un semestre.	- Formato de capacitaciones. - Evaluación a los funcionarios del hospital.	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinador de Emergencias y Desastres.
La institución no garantiza la información y educación a los pacientes y a los familiares para la	Ofrecer la información al paciente y a la familia acerca de la preparación en caso de	El hospital informe a los pacientes y a los familiares sobre preparación en caso de	- Formato de reporte escrito.	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinador de Emergencias y

preparación en caso de una emergencia.	una emergencia.	una emergencia.		Desastres.
Las alarmas están estipuladas en la institución pero inactivas	Optimizar el funcionamiento de las alarmas en la institución y que el personal conozca el funcionamiento.	En el momento de la emergencia, las alarmas sean activadas debidamente por el personal encargado u otra persona de la institución.	- Actas de responsabilidad del personal encargado.	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinador de Emergencias y Desastres.
No existe un proceso de información a la comunidad sobre la evacuación y reubicación de pacientes.	Crear un proceso de información para la comunidad sobre la evacuación y reubicación de pacientes	Ofrecer en el momento oportuno la información a la comunidad sobre la evacuación y reubicación de pacientes.	- Actas de responsabilidad.	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinador de Emergencias y Desastres.
No hay protocolo de pérdida de paciente.	Crear un protocolo de pérdida de pacientes.	El hospital maneja adecuadamente el protocolo de pérdida de paciente.	- Protocolo de pérdida de paciente.	- Subgerencia de Kennedy. - Coordinador de Emergencias y Desastres.

<p>No existe un mecanismo de comunicación interna que alerte a la institución sobre la posibilidad de pérdida.</p>	<p>Realizar un mecanismo de comunicación interna que alerte al personal sobre la posible pérdida de un paciente.</p>	<p>Participación de todos los funcionarios de la institución para el buen funcionamiento en cuanto al mecanismo de comunicación interna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitaciones acerca de pérdida de pacientes.</li> <li>- Formato o acta del mecanismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subgerencia de Kennedy.</li> <li>- Coordinador de Emergencias y Desastres.</li> </ul>
<p>No hay un responsable en la búsqueda de los pacientes en el momento de la pérdida.</p>	<p>Elegir los responsables en la búsqueda de los pacientes.</p>	<p>Participación inmediata de todos funcionarios, principalmente de los responsables en la búsqueda del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acta de responsabilidad.</li> <li>- Formato de reporte escrito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subgerencia de Kennedy.</li> <li>- Trabajadora social.</li> </ul>
<p>No hay un proceso de formación a los usuarios, acerca del proceso para la prevención y respuesta a incendios.</p>	<p>Realizar un proceso de formación a los usuarios acerca de la prevención y respuesta a incendios.</p>	<p>Ofrecer constantemente la información óptima a los usuarios sobre la prevención y respuesta a incendios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formato de reporte.</li> <li>- Laminas de observación dentro del hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subgerencia de Kennedy.</li> <li>- Coordinador de Emergencias y Desastres.</li> </ul>

### 7.2.5 ESTÁNDAR MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

HALLAZGO	OBJETIVO	META	VERIFICADOR	RESPONSABLES
No existe un plan para mejorar la calidad de los procesos	Elaborar un plan para mejorar la calidad de los procesos en el hospital.	Respuesta positiva en todos los procesos del hospital al implementar el plan de mejoramiento de calidad, en un periodo de 2 semestres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informes de Auditoría en las diferentes áreas.</li> <li>- Encuestas para los usuarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Subgerencia de Kennedy.</li> <li>- Coordinador de garantía de calidad.</li> </ul>

## **PRESUPUESTO PARA LA PUESTA EN MARCHA DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO**

Para llevar a cabo la implementación del plan de mejoramiento en la Unidad Intermedia de Salud de Kennedy, se hace necesario realizar un estimativo de costos, a las actividades planteadas en dicho plan, con el fin de satisfacer las necesidades presentadas en cada uno de los estándares de la Gerencia Ambiente Físico.

Con el propósito de ofrecer condiciones óptimas a los usuarios, empleados y comunidad en general, se requiere de cumplir con unas actividades propuestas para cada hallazgo encontrado en los diferentes estándares del plan de mejoramiento.

Para el Mejoramiento del espacio físico y de las condiciones de seguridad, se necesita de una persona para hacer el reemplazo de una inasistencia dentro del grupo de enfermería, papelería, un computador con un software que permita agilizar la comunicación entre usuario e institución, dos capacitaciones en el cuidado de los equipos y seguridad industrial (asesoría de la capacitación E.S.E Salud Pereira), en el desarrollo de las actividades propuestas se estima un costo de diez millones de pesos (\$10'000.000).

Para la complementación y socialización del PGIRSH, se requiere de una inversión de un millón trescientos mil pesos (\$1'300.000) para la rotulación de los recipientes y las capacitaciones en el manejo de los residuos.

Para afrontar las emergencias y desastres que en un momento requiera la institución se hace necesario, fortalecer el Plan Hospitalario de Emergencia, el

cual es fundamental tenerlo actualizado con los simulacros correspondientes, para evaluar la capacidad de respuesta al momento de presentarse un evento y por ende socializado con todo el personal que labora en la institución para esto se requiere de capacitaciones, papelería, talleres, por un valor estimado de diez millones de pesos (\$10'000.000).

para la publicidad y planos de ubicación de cuartos y oficinas se requiere adquirir los elementos necesarios para su implementación, como: plegables y papelería en general. Con un costo de quinientos mil pesos (\$500.000). Para un costo total de diez millones quinientos mil pesos (10'500.000).

<b>TEMA</b>	<b>COSTO</b>
Espacio físico y condiciones de seguridad	\$10'000.000
PGIRSH	\$ 1'300.000
Plan Hospitalario de Emergencias y desastres.	\$10'500.000
<b>Costo total</b>	<b>\$ 21'800.000</b>

Los costos mencionados son tentativos, por lo tanto pueden estar sujetos a modificaciones.

## 8. CONCLUSIONES

- 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 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.
- La Unidad Intermedia de Salud de Kennedy cumple con la mayoría de los requisitos del estandar de Gerencia de Ambiente Fisico, por ésto la acreditación no está lejos para el hospital.
- La creación de la política para la recuperación de los desechos sólidos, reciclaje y comercialización de materiales hace que el hospital reciba recursos económicos por medio del reciclaje y es un punto importante para el manejo de los residuos.
- El orden, el cuidado y el mejoramiento en los protocolos, las normas, las guías y todo lo que tenga que ver con el manejo de la salud en el Hospital es de gran importancia para la calidad en cuanto al servicio que presta el personal de la institución la usuario.
- El sistema de información para los usuarios del hospital acerca de los diferentes procesos que se llevan a cabo, como el manejo de infecciones, emergencias y desastres es de gran importancia para su seguridad, sobre todo la manera en que el usuario lo pueda asumir, con una debida y

- detallada información en el ejercicio de sus derechos y deberes, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- El Medio Ambiente y la salud, están directamente relacionados entre sí, la alteración del ambiente, repercute de forma directa en la salud del ser humano, así mismo, el mal manejo de los procesos del hospital, atentan contra el ambiente y por ende la salud de la comunidad se ve afectada.

## **RECOMENDACIONES**

- Las capacitaciones son espacios necesarios para el manejo de muchos temas en cuanto a la salud, por esto es importante que las fechas que se programen en el hospital se cumplan y sean evaluadas por la institución.
- La accesibilidad de servicios internos del hospital es primordial para el usuario, por que evitan que el paciente enfermo o familiar recorran todo el hospital para llegar a un área específica, se recomienda que se active las rampas de urgencias hacia consulta externa y demás servicios.
- La conformación del grupo administrativo de gestión ambiental es significativo para llevar a cabo todos los procesos de mejoramiento en cuanto a residuos hospitalarios y en cuanto a la posible auditoría de los de la acreditación.
- El mejoramiento de la calidad es un factor clave para la institución en cuanto a los servicios prestados al usuario, por esto es recomendable



buscar la certificación de la calidad ISO 9001, al igual que con el mejoramiento de la calidad en la acreditación. Estos dos sistemas, la certificación con base en normas ISO y la Evaluación de Acreditación en Salud, no son complementarios ni excluyentes, pero si convergentes, lo que significa que comparten algunos aspectos tales como el mejoramiento continuo y la gestión centrada en el usuario, pero que difieren en algunos procedimientos como en el caso de las evaluaciones a instituciones del sector salud.

- Dentro de una institución es importante que la alta dirección sea parte del mejoramiento de la calidad del Hospital, es por eso que el usuario debe conocerlo y lograr una mejor comunicación, porque al escuchar permanentemente la voz del cliente es convertir sus necesidades y expectativas en requisitos de la organización.
- El hospital debe ser oportuno ya que el usuario busca obtener los servicios que se requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgos su vida o su salud, como también ofrecerle seguridad en los procesos, instrumentos y metodología basadas en evidencias científicamente probadas, que pretende minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención.
- Es importante llevar a cabo ejercicios de auditoría para el mejoramiento de la calidad, ya que es una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad.
- La aplicación permanente de una herramienta de monitoreo y medición de la gerencia del ambiente físico es importante porque permite identificar las limitantes para convertirlas en potencialidades y éstas a su vez continuar su mejoramiento.

- Los equipos e insumos que son utilizados en el hospital para el bienestar de los usuarios deben ser cuidados de tal forma que puedan ofrecer calidad y eficiencia en el servicio.
- El comité de emergencias y desastres debe reunirse constantemente para evaluar los logros y los problemas alcanzados y detectados por el comité.
- La capacitación a directivos, y a todo el personal con charlas generales y a los brigadistas con instrucción especializada, garantiza una mejor respuesta en casos de presentarse una emergencia intra hospitalaria.
- Se debe implementar un mecanismo que garantice la medición continua de los parámetros ambientales y de interés para el hospital.
- Es recomendable que uno de los integrantes del comité ambiental o de residuos, sea un administrador ambiental para que sea quien oriente, asesore, vigile, verifique y programe las actividades y procesos de gestión ambiental hospitalaria.
- La empresa debe garantizar que todo trabajador que ingrese a la institución reciba dentro de su inducción, la capacitación y sensibilización en el tema ambiental.
- Es fundamental que el hospital tenga en cuenta las etiquetas de las canecas y el color de las bolsas para que así le pueda dar un buen manejo a los residuos sólidos.

## **9. BIBLIOGRAFIA**

Decreto 1011 del 03 de abril de 2006 por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de la seguridad social en salud. Bogotá P. 3

GAVIRIA, Alexandra. La planeación estratégica y operativa en los proyectos sociales. (Módulo 3). Impresiones gráficas. MEDELLIN. 1999.

Guía Básica para la Acreditación en Salud. Bogotá 2002 P. 153

MINISTERIO DEL MEDIO AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL (Minambiente ) Ley 100/1993.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Ley 100/1993.

Proyecto evaluación y ajuste de procesos, estrategias y organismos encargados del Sistema de Garantía de Calidad para IPS y EPS. 2001. Ministerio de Protección Social

Resolución 1164 de 2002 Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Sólidos y Similares. Bogotá.

Resolución 1474 de 2002 por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación. Bogotá. P. 3

REVISTA UNIVERSIDAD EAFIT. 1986 Número 63. Medellín. La Importancia De La Gestión Estratégica en las Empresas.

RESTREPO, Adrián. Elementos para el análisis organizacional. Módulos de metodología participativas para la gestión en organizaciones sociales. Medellín. 1999.

SERNA, Humberto. Gerencia Estratégica. Teoría- Metodología - Alineamiento, implementación y mapas estratégicos. Bogotá. 2003

## LISTA DE ANEXOS

### ANEXO NO. 1 LISTA DE VERIFICACION PARA EL SEGUIMIENTO DEL MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS.

FACTOR CRITICO DE ÉXITO	PROTECCIÓN COMPLETA	PROTECCIÓN PARCIAL	SIN PROTECCIÓN
En las habitaciones, áreas comunes, servicios sanitarios, existen papeleras con bolsas de color de acuerdo a las necesidades?		X	
Los puntos de almacenamiento temporal se encuentran en adecuadas condiciones de higiene y bolsas en su interior permanecen cerradas?	X		
Se observa al personal del servicio realizando separación de Los residuos en la fuente?	X		
La recolección de Los residuos se hace en Los tiempos programados sin permitir acumulación de Los mismos?	X		
Hay buena separación de elementos reciclables: plásticos, vidrio, y papel, y se utilizan para ello bolsas de color de acuerdo al código del programa?		X	

Hay existencia de bolsas de mayor calibre para la ropa contaminada		X	
El personal que recolecta la basura hace uso de Los elementos de protección básicos (mascarilla y guantes largos?	X		
Las bolsas se llenan hasta un limite seguro, evitando su ruptura y el derrame de la basura?		X	
Las cantidades de químico que utilizan para la desinfección de áreas de pisos son monitoreadas?			X

**Elaboración Propia**

**ANEXO NO. 2 MATRIZ DE RECOLECCION DE INFORMACION CUALITATIVA  
ACERCA DE LOS RESIDUOS SOLIDOS GENERADOS EN KENNEDY**

<b>ZONA</b>	<b>DEPENDENCIA</b>	<b>NO. CANECAS</b>	<b>COLOR</b>	<b>ROTULADAS</b>
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	Habitación No. 1	2	Roja Verde	SI
	Habitación No. 2	2	Roja Verde	SI
	Habitación No. 3	2	Roja Verde	SI
	Habitación No. 4	2	Roja Verde	SI
	Habitación No. 5	2	Roja Verde	SI
	Habitación No. 6	2	Roja Verde	SI
<b>PASILLO</b>		1	Azul Plast. Rojo	SI
	Estación de Enfermería	2	Blanca* Roja	SI
	Cuarto de Lavado de Terapia	1	Azul	Lavado de implementos
	Cuarto de medicamentos	3	Blanca Roja Verde	SI

	Sala de Conferencias	1	Blanca**	SI
	Poceta de Aseo	1	Gris***	SI
	Habitación No. 7	2	Roja Verde	SI
	Habitación No. 8	2	Roja Verde	SI
	Curaciones y Procedimientos	2	Roja Verde	SI
	Medicina Interna Hombres	2	Roja Verde	SI
<b>PARTOS CENTRAL DE MATERIALES</b>	Pasillos	1	Verde	SI
	Partos	2	Roja Verde	SI
	Quirófano y partos	3	Rojas (2) verde	SI
	Cuarto de Maternas	2	Roja Verde	SI
	Sala de Partos	1	Roja	SI
	Cuarto de Ropa Sucia	3	Rojas (2) Azul	SI
	Quirófanos	4	Rojas (2) Verde(2)	Si
	Recuperación	3	Rojas Verde Blanca	SI
<b>URGENCIAS</b>	Baños, Pasillo	2	Roja Verde	SI
	Área de Triage	2	Roja	NO



			Verde	
	Consultorio No. 1	2	Roja Verde	SI
	Consultorio No. 2	2	Roja Verde	SI
	Cuarto de Intoxicados	No hay caneca		
	ECG Toma de Monitoreo	2	Roja Verde	SI
	Trauma	6	Roja Verde Guardián (2) Blanca	SI
	Observación Mujeres	2	Roja Verde	SI
	Estación Enfermería, Vestier Médicos, Cuarto de Aseo	3	Azul Roja (2)	SI
	Observación Hombres	2	Roja Verde	SI
	Cuarto Sucio	2	Roja Verde Azul	SI
	Observación Pediátricas	2	Roja Verde	SI
	Almacenamiento Temporal de Residuos	2	Roja Verde	SI
	Farmacia	2	Verde	NO

	Deposito Temporal de Cadáveres	2	Roja Azul	SI
	Deposito Final de Ropa	2	Roja Verde	SI
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	Pasillo	3	Roja Verde Gris Blanca	SI
	Consultorio No. 1	2	Roja Verde	SI
	Consultorio No. 2	2	Roja Verde	SI
	Consultorio No. 3	2	Roja Verde	SI
	Consultorio No. 4	2	Roja Verde	SI
	Consultorio No. 5	2	Roja Verde	SI
	Consultorio No. 6	2	Roja Verde	SI
	Consultorio No. 7	2	Roja Verde	SI
	Oficina de Entrevistas	1	Blanca	SI
	Facturación	7	Roja (6) Verde	NO
	Archivo	1	Verde	SI
	Estadística	1	Verde	SI
	Pasillo	4	Verde	SI

<b>ODONTOLOGIA</b>	Consultorio Odontología	14	Rojas (6) Verde (7) Guardián (1)	SI
	Rayos X	1	Verde	SI
	Consultorio de Hipertensión	3	Roja Verde Blanca	SI
	Baños Hombres y Mujeres	4	Roja	SI
	Laboratorio de Citología	3	Roja Morada	SI
	Oficina Laboratorio	6	Roja (2) Verde (2) Azul (2)	SI
<b>TBC</b>	Curaciones	2	Roja Verde	SI
	Cuarto de Aseo	2	Roja Verde	SI
	Rayos X	2	Roja Verde	SI
<b>VACUNACION</b>		3	Roja Blanca Verde	Si

**Elaboración Propia**

\* Caneca no utilizada debidamente

\*\*Caneca rotulada para utilización de residuo de vidrio y contenía material contaminado

\*\*\* Caneca rotulada para vidrio

**FORMATO DE PERDIDA DE PACIENTE**

**UNIDAD INTERMEDIA DE SALUD DE KENNEDY**

**Fecha de Ingreso:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**T.I** \_\_\_\_\_

**CC** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_

**Atendido Por:** \_\_\_\_\_

**Habitación No.** \_\_\_\_\_

**Cama No.** \_\_\_\_\_

**Área de** \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Encontrado? SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**ANEXO 3**  
**LISTAS DE CHEQUEO POR ESTANDARES**

Según la información descrita del hospital se logró conocer como es el proceso que llevan a cabo en cuanto a la calidad del servicio que actualmente prestan, como también las acciones adelantadas y retenidas en Los estándares de ambiente físico, equipos e insumos, manejo de infecciones, manejo de desechos, emergencias y desastres, recepción de personas involucradas en una emergencia o desastre, proceso para la prevención y respuesta a incendios, proceso para la prevención y respuesta a incendios, evacuación y reubicación de cliente.

<b>ESTANDAR 1: AMBIENTE FISICO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACION</b>
Existe en la institución una gerencia de riesgo físico, incorporada en el plan de direccionamiento estratégico?	X		
Existe un plan de adecuación del ambiente físico?	X		
La institución cuenta con una política de seguridad hospitalaria?	X		
El personal de la institución, participa en la toma de decisiones para proveer áreas seguras?	X		
El proceso de compras de equipos, garantiza que este libre de riesgos físico (caídas en el baño, escaleras, rampas, superficies)?	X		
Existe un plan de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura del ambiente físico?	X		Más el correctivo que el preventivo
Existe un programa de seguridad hospitalaria, se realiza auditorias para su cumplimiento?	X		

<b>ESTANDAR 2 : MANEJO DE INFECCIONES</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACION</b>
Hay protocolo de manejo de infecciones?	X		Existe una guía médica
se desarrollan actividades para la prevención de infecciones?	X		Las capacitaciones por parte de salud ocupacional
Tienen una definición escrita de cuando se considera una infección intrahospitalaria?	X		
Se tiene descrito el proceso de admisión y transporte de pacientes con infección?	X		
El hospital cuenta con una descripción clara de las técnicas de aislamiento de pacientes que así lo requieran?	X		
Se realiza monitoreo y cumplimiento a los tipos de aislamiento?	X		
Hay un plan de capacitación, entrenamiento y monitoreo de los funcionarios para minimizar los riesgos de infecciones?	X		
Se realiza monitoreo y cumplimiento al plan de capacitación?	X		
Se realiza monitoreo y seguimiento a los planes de aislamiento?		X	
Existen estándares de actuación para minimizar riesgos de infección con metas medibles en el tiempo?		X	
Se realiza monitoreo y seguimiento a los funcionarios en cuanto a bioseguridad y acatamiento de las normas?	X		

Existen procesos seguros para la preparación y administración de medicamentos?.	X		
Hay un plan de capacitación a funcionarios sobre minimización de riesgos por infección y tipos de aislamiento?	X		
Se realiza monitoreo y cumplimiento a este plan de capacitación?	X		
Está implementado, operativizado el comité de infecciones dentro de Kennedy?	X		
Están identificadas las funciones y responsabilidades del comité?	X		
Existe protocolo al lavado de manos, uso de uniformes y se monitorea al cumplimiento?	X		
Tiene implementado un reporte escrito sobre la captura, análisis monitoreo de infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas?	X		
Se realiza controles de calidad física, química a los procesos de esterilización?	X		
Se realiza control de calidad biológica a Los procesos de esterilización?		X	
Se realiza el monitoreo al personal para el cumplimiento del protocolo de bioseguridad para infecciones?	X		

	SI	NO	OBSERVACION
<b>ESTANDAR 3: ESPACIO FISICO, EQUIPOS E INSUMOS</b>			
Existe cultura para el buen cuidado de Los equipos e insumos?		X	
Existe un monitoreo en equipos e insumos por su manejo?		X	
Existe un plan de gestión de compras?	X		
Se selecciona proveedores de acuerdo a sistemas claros de oportunidad, seguridad, calidad, reconocimiento y precio?	X		
Se hacen capacitaciones con temas como el cuidado de Los equipos, el manejo y el cuidado que se debe tener?		X	
Los medicamentos son entregados al día, para varias semanas o meses? Y se tiene en cuenta la fecha en que se vencen?	X		
El proceso de compras de equipos garantiza que este libre de riesgos?	X		
Periódicamente se les hace mantenimiento preventivo a los equipos?	X		
Existe un proceso unificado de limpieza y desinfección hospitalaria?	X		
Existen planes de aseo, limpieza y orden en los servicios y áreas?	X		
Existen protocolos de desinfección y esterilización por servicios y por equipos?	X		
El almacenamiento, distribución y entrega de los insumos se encuentran protegida de roedores, polvo y	X		



humedad?			
Se cuenta con sistemas de comunicación suficientes para el proceso de atención a usuarios?	X		
Existe línea directa de atención al usuario?	X		
Existen procesos de limpieza y desinfección de las áreas de apoyo diagnóstico y terapéutico?	X		
Son tenidos en cuenta los monitoreos de riesgo para realizar el plan de mejoramiento del manejo seguro del espacio físico, equipos e insumos?		X	
Se realiza monitoreos a los riesgos presentados por manejo inadecuado del espacio, equipos e insumos?		X	
Cuenta el hospital con provisión de energía de emergencia?	X		
Esta tiene un plan preventivo y predictivo?	X		
Se cuenta con sistemas de comunicación suficientes para el proceso de atención al usuario (celulares, redes telefónicas, radio teléfonos)	X		Se necesita un sistema de comunicación
Se realiza mantenimiento preventivo a las redes eléctricas, hidráulicas y de vapor?	X		
Se lleva un mantenimiento biomédico documentado en el cual registran actividades a realizar asegurando la disminución de riesgos a los pacientes?	X		

<b>ESTANDAR 4: MANEJO DE RESIDUOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACION</b>
Cuentan con un plan de gestión de residuos hospitalarios aceptado por la Carder?	X		
El plan es aplicado en su totalidad?	X		
Existe cultura del buen manejo de los residuos hospitalarios?	X		Por parte de los médicos falta cultura.
Existe procesos de identificación, clasificación y separación en la fuente?	X		
Existen políticas para la recuperación de desechos sólidos, reciclaje y comercialización de materiales?	X		Apenas se están haciendo los arreglos.
Se investigan los aspectos adversos generados por el inadecuado manejo de residuos?	X		
Existe un grupo administrativo de gestión ambiental y sanitario?		X	Existe una coordinación de residuos por áreas del hospital.
Hay un plan donde se identifiquen las funciones del grupo administrativo?	X		existe un plan del grupo coordinador.
Realizan capacitaciones al grupo administrativo de gestión ambiental y sanitario?	X		
Existe capacitación permanente del manejo de residuos hospitalarios?	X		
Existe un plan de almacenamiento, manejo y desecho del material peligro infeccioso (liquido, sólido y gaseoso)?	X		
Existe un plan de manejo del material peligroso-infeccioso y este es conocido y aplicado por el	X		

personal de la unidad?			
Se tiene claramente identificadas las rutas y los horarios de recolección de residuos y estos son conocidos por el personal de la Unisake?	X		
Se educa al paciente, a la familia y a la comunidad en general sobre los desechos y peligros en la salud?	X		
Se identifica los riesgo presentados por el no cumplimiento de las normas en el manejo de los residuos tanto en los funcionarios como en los usuarios?	X		
Existen planes preventivos y correctivos para el manejo seguro de residuos con resultados de mejoramiento y se les hace seguimiento?	X		
Se hace seguimiento o monitoreo en cuanto al buen manejo de los residuos?	X		
Se le hace buen manejo del liquido de rayos X?		X	
Todos los recipientes de la unidad están rotulados?		X	
Antes de llevar los residuos sólidos a la disposición final son desactivados?	X		
El tiempo de permanencia de los residuos dentro del hospital es corta?	X		
Los residuos generados en cirugía y sala de partos se llevan directamente al almacenamiento, con previa desactivación?	X		
En el derrame de algún residuo liquido utilizan hipoclorito de sodio para la desactivación?	X		
Los carros utilizados para el movimiento interno están identificados según el uso?	X		

Hay algún lugar adecuado para el almacenamiento, lavado, limpieza y desinfección de los recipientes?	X		
El sitio de almacenamiento intermedio está adecuado según el PGIRSH?	X		
El tratamiento de los medicamentos y fármacos vencidos tienen un adecuado manejo?	X		
El personal conoce las funciones y responsabilidades en su trabajo?	X		
Se someten a chequeos médicos?	X		
La unidad suministra lo necesario para los trabajadores como guardarropa e implementos?	X		
Hay alguien encargado de manejar los suministros para la distribución, como bolsas, tapabocas, guantes etc?	X		
Presentan informes a las autoridades ambientales sanitarias?	X		

	SI	NO	OBSERVACION
<b>ESTANDAR 5: EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>			
Existe un plan de emergencias documentado y operativizado?	X		
Existe un comité intra hospitalarios de emergencias y desastres?	X		
Existe la brigada de emergencia, está operativizada en la unidad?	X		
El comité elabora el plan de mejoramiento y hace el seguimiento del mismo?	X		
Se identifican las amenazas y vulnerabilidad	X		

institucional?			
El personal de la institución participa en la toma de decisiones para proveer áreas seguras?	X		
Se contempla en el plan de emergencias y desastre derrumbes, incendios?	X		
El plan tiene conexión a la red de urgencias centro regulador?	X		
El plan es revisado permanentemente y hay preparación por medio de simulacros?	X		
Dependiendo de Los turnos hay una persona encargada en el momento que se presenta un evento?	X		
La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades: - Establecimiento de un centro de la organización para facilitar y coordinar actividades de respuesta. - Localización y llamada del personal disponible que no esta trabajando en esos momentos. - Identificación del personal que esta a cargo de Los servicios. - Asignación de responsabilidades especificas para emergencias particulares. - Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico. - Recolectar y difundir la información necesaria.	X X X X X	X	
La institución garantiza la información y educación a Los pacientes y sus familiares para la preparación en caso de emergencia y desastres	X		
El personal puede describir el plan general de			

desastre y emergencias?	X		
Los planes están integrados con Los planes de desastres de la comunidad?		X	
Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres (revisión de protocolos, actualización, participación, reporte de Los ejercicios)?	X		
Existe coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las actividades (centro de la organización de respuesta, localización y llamada del personal, asignación de responsabilidades, sistemas de comunicaciones, relaciones con agencias de emergencias y desastres)?	X		
La institución garantiza la información y educación a Los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres?	X		

	SI	NO	OBSERVACION
<b>RECEPCIÓN DE PACIENTES EN UNA EMERGENCIA Y DESASTRE.</b>			
La institución selecciona y señala áreas para atención de emergencias y desastres?	X		
Se registra información de Los pacientes y familiares?	X		
Se realiza triage en esta área?	X		
Existen protocolos de evacuación de pacientes de acuerdo a su gravedad?	X		
Se tiene identificado que información se va a comunicar?	X		

Hay un responsable de la difusión de esta información?	X		
Se tiene claramente identificado Los sitios y niveles de referencia de pacientes de emergencias y desastres?	X		
Se tienen identificado Los tipos de alerta?	X		
Hay una coordinación especificada de activación de alarmas y acciones a seguir?	X		
Existe un plan de reubicación de pacientes?		X	
Hay un proceso específico de comunicación con la familia de pacientes involucrados en las emergencias y desastres?	X		
Esta claramente definido el orden de regreso a la normalidad?	X		
Se involucra a la comunidad en Los ejercicios de simulacro?	X		

<b>PROCESO PARA LA PREVENCIÓN Y RESPUESTA A INCENDIOS.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACION</b>
Existe un programa para la prevención de incendios?	X		
Existe un programa preventivo en cuanto a capacitación en el manejo de extintores?	X		
Hay alguien encargado en el mantenimiento y revisión de Los extintores?	X		
Existen simulacros para el correctivo uso de equipos en la supresión de incendios?	X		
Existen planes de emergencias frente a un incendio?	X		No hay formación a los usuarios.

Se educa al paciente y a la familia en el comportamiento en cuanto a situaciones de incendio?	X		
Se aseguran que el personal sepa como responder en caso de un incendio u otra emergencia		X	
Existe un proceso de prevención de incendio? Incluye: -Prevención -Educación -Brigadas contra incendio -Señalización	X		
Existe un proceso de prevención de incendios durante la emergencia? Que incluya: - Activación de alarmas - Evacuación - Sistemas de comunicación - Actuación de brigadas - Señalización - Desconexiones	X		

	SI	NO	OBSERVACION
<b>EVACUACIÓN Y REUBICACIÓN DE CLIENTES.</b>			
Existe un proceso de identificación del paciente desde su ingreso a la institución?	X		
Existe un proceso de identificación de la madre y su recién nacido?	X		
Existe un sistema de información a la familia del paciente en caso de emergencia o situaciones de riesgo?	X		



Existe un proceso seguro de traslado de pacientes a otra organización?	X		
Existe un procesos de ubicación y organización de otras áreas de atención?	X		
Existe un proceso de información a la comunidad sobre evacuación y reubicación de pacientes?		X	
Hay una identificación de situaciones de riesgo, comportamiento del personal y se toman acciones correctivas?	X		

	SI	NO	OBSERVACION
<b>ESTANDAR 6: POSIBILIDAD DE PERDIDA DE PACIENTES.</b>			
Existe un proceso de identificación de pacientes con posibilidad de perdida?		X	
Existe un mecanismo de comunicación interna que alerte sobre la posibilidad que un paciente se pierda?		X	
Hay un responsable en la búsqueda del paciente?		X	
Hay un protocolo de búsqueda de paciente extraviados?		X	
Se tiene contacto con la policía en caso de perdida de paciente?	X		

<b>ESTANDAR 7: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS DE LA GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACION</b>
Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico?		X	
El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización?		X	
El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores de la organización?		X	
La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia Los trabajadores de la organización?		X	
El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, las cuales están desarrolladas de forma conjunta con el equipo de salud?		X	

<b>PROCESO PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR ACTIVIDADES DE MEJORAMIENTO DEL ESTÁNDAR AMBIENTE FÍSICO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACION</b>
Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan?		X	
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y Los		X	

trabajadores?			
<p>Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluye alguno o todos Los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguridad</li> <li>- Continuidad</li> <li>- Coordinación</li> <li>- Competencia</li> <li>- Aceptabilidad</li> <li>- Efectividad</li> <li>- Pertinencia</li> <li>- Eficiencia</li> <li>- Accesibilidad</li> <li>- Oportunidad</li> </ul>		X	

<b>PROCESO DE MONITORIZACIÓN PERMANENTE DEL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACION</b>
Existe un proceso de monitoreo permanente del mejoramiento de Los procesos seleccionados como prioritarios y a Los cuales se les identifico e implemento actividades de mejoramiento?		X	
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados?		X	

RESULTADO DE LAS ACTIVIDADES DEL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	SI	NO	OBSERVACION
Los resultados son comunicados al equipo de salud a Los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades?		X	
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a Los destinatarios mencionados?		X	

**Elaboración Propia**
