



**EVALUACION Y DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE HABILITACION PARA LA
PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD DE LA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.**

LEIDY CAROLINA AMAYA TALERO

leiamaya@udca.edu.co

MAGDA LILIANA BELTRAN RODRIGUEZ

magdb@udca.edu.co

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A)

FACULTAD DE FARMACIA

PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA

BOGOTÁ D.C.

2018



**EVALUACION Y DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE HABILITACION PARA LA
PRESTACION DE SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD DE LA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES U.D.C.A.**

LEIDY CAROLINA AMAYA TALERO

leiamaya@udca.edu.co

MAGDA LILIANA BELTRAN RODRIGUEZ

magdb@udca.edu.co

**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE QUÍMICO
FARMACÉUTICO**

DIRECTOR

JOSE URREGO

**Químico Farmacéutico Especialista en Farmacología, Especialista en Epidemiología;
MSc Toxicología, MSc Administración, PhD (C) Ciencias Farmacéuticas**

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

QUIMICA FARMACEUTICA

2018

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| GLOSARIO | 10 |
| ABREVIACIONES Y SIGLAS..... | 13 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 14 |
| 2. ANTECEDENTES | 16 |
| 3. PROBLEMA | 17 |
| 4. JUSTIFICACIÓN..... | 20 |
| 5. OBJETIVOS..... | 22 |
| 5.1 OBJETIVO GENERAL: | 22 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS: | 22 |
| 6. MARCO TEÓRICO | 23 |
| 6.1 Referente normativo..... | 23 |
| 6.2 Referente Teórico | 24 |
| 6.2.1 Sistema único de habilitación..... | 24 |
| 6.2.2 Procesos Estratégicos..... | 26 |
| 6.2.3 Planeación Estratégica | 27 |
| 6.2.4 Sistema de gestión de calidad..... | 29 |
| 6.3.1 Matriz FODA..... | 30 |
| 6.3.2 Matriz de priorización Holmes..... | 32 |
| 6.3.3 Matriz 5W + 2H..... | 32 |
| 6.4 Indicador..... | 34 |
| 6.4.1 Características de un indicador..... | 34 |
| Oportunidad:..... | 34 |
| Excluyentes: | 35 |
| Prácticos: | 35 |
| 6.4.2 Beneficios de un indicador..... | 35 |
| 6.4.3 Tipo de indicador de gestión..... | 36 |
| Indicadores De Eficacia:..... | 36 |
| Cobertura: | 36 |

| | |
|---|-----------|
| Focalización: | 37 |
| Capacidad de cubrir la demanda: | 37 |
| Resultado final:..... | 37 |
| Indicadores de eficiencia: | 37 |
| Indicadores De Efectividad: | 37 |
| Indicadores De Economía: | 38 |
| 7. METODOLOGIA | 39 |
| | 39 |
| 7.1 Tipo de estudio | 40 |
| 7.2 Diagnostico: | 40 |
| 7.2 Matriz FODA: | 40 |
| 7.3 Priorización de Holmes. | 41 |
| 7.4 Matriz 5W + 2H: | 41 |
| 7.5 Indicadores: | 42 |
| 7.6 Cronograma: | 42 |
| 8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 43 |
| 8.1 Requisitos transversales..... | 43 |
| 8.1.1 Talento humano. | 44 |
| 8.1.2 Infraestructura..... | 45 |
| 8.1.3 Dotación..... | 45 |
| 8.1.4 Medicamentos y dispositivos médicos. | 46 |
| 8.1.5 Procesos prioritarios. | 46 |
| 8.1.6 Historia clínica..... | 47 |
| 8.2 Consulta externa. | 48 |
| 8.2.1 Talento Humano. | 49 |
| 8.2.2 Infraestructura..... | 49 |
| 8.2.3 Dotación..... | 49 |
| 8.2.4 Medicamentos y dispositivos..... | 50 |
| 8.2.5 Procesos prioritarios. | 50 |
| 8.2.6 Historia clínica. | 51 |
| 8.3 Medicinas alternativas. | 51 |
| 8.3.1 Talento Humano. | 52 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 8.3.2 Infraestructura. | 52 |
| 8.3.3 Dotación..... | 52 |
| 8.3.4 Procesos prioritarios. | 54 |
| 8.3.5 Historia clínica. | 54 |
| 8.4 Priorización de Estrategias..... | 54 |
| 8.5 Matriz 5W+2H. | 56 |
| 8.6 Indicadores | 60 |
| 9. CONCLUSIONES | 65 |
| 10. RECOMENDACIONES..... | 67 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 68 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Resultados evaluados de los requisitos transversales..... | 43 |
| Tabla 2. Resultados del servicio de consulta externa. | 48 |
| Tabla 3. Resultados para el servicio de medicinas alternativas. | 51 |
| Tabla 4. Priorización de estrategias..... | 54 |
| Tabla 5. Resultados en costo de la matriz 5W+2H. | 56 |
| Tabla 6. Costos personal del CAS..... | 59 |
| Tabla 7. Indicadores de cumplimiento. | 60 |
| Tabla 8. Cronograma Project. | 61 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Estándares de habilitación de servicios de salud, resolución 2003 de 2014..... | 26 |
| Figura 2. Modelo básico de planeación estratégica. | 28 |
| Figura 3. Matriz 5W+ 2H..... | 32 |

LISTA DE GRAFICAS

| | |
|--|----|
| Grafica 1. Porcentajes de los requisitos transversales..... | 44 |
| Grafica 2. Porcentajes de resultados de Consulta externa. | 48 |
| Grafica 3. Porcentajes para el servicio de medicinas alternativas. | 52 |

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Lista de chequeo estándares de habilitación, resolución 2003 del 2014.

Anexo 2. Matriz FODA.

Anexo 3. Priorización (Holmes) Magda Beltrán.

Anexo 4. Priorización (Holmes) Leidy Amaya.

Anexo 5. Resultados priorización.

Anexo 6. Matriz 5W + 2H.

Anexo 7. Cronograma Project.

GLOSARIO.

- **Aseguramiento de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad. (1)
- **Ayurveda:** Sistema médico complejo originario de la India, que enfoca su diagnóstico en la individualidad del paciente, categorizándolo en un tipo constitucional mental y físico. Derivado de este proceso, se establece un enfoque terapéutico que incluye: orientación nutricional, formulación, panayana, ejercicio físico (yoga), terapias sensoriales (terapia del sonido, terapias manuales, cromoterapia, terapia de sabor) y terapias más avanzadas como Rasa Yana y/o Pancha karma(2).
- **Dotación:** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales (1).
- **Estrategia:** Plan para lograr un objetivo a largo plazo o global (1).
- **Entidades con Objeto Social Diferente:** Con esta denominación se habilitan los servicios de salud que son prestados por entidades cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización, ni quirúrgicos (3).
- **Infraestructura:** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- **Modalidad:** Los servicios de salud responden a los procedimientos definidos por la evidencia científica como óptimos, eficientes y eficaces en la solución de los problemas de salud de la población, bien de manera individual o colectiva. En este

sentido la modalidad hace referencia a algunas formas en la prestación del servicio a las cuales el prestador se vincula para lograr las características enunciadas. Las modalidades de prestación para los servicios son: intramural, extramural y telemedicina.

- **Modalidad intramural:** Es la atención ambulatoria y hospitalaria que se realiza en una misma estructura de salud.
- **Modalidad extramural:** Son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso, que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Estos espacios son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos.
- **Telemedicina:** Es la modalidad de prestación de servicios de salud, realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica (2)
- **Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, que utilizan las entradas para proporcionar un resultado previsto(1).
- **Procesos Prioritarios:** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud (1).
- **Procedimiento:** Forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso(1).
- **Requisito:** Necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria(1).

- **Servicio:** Es la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación de Prestadores, por tanto, es a la cual apuntan los criterios de los estándares de habilitación, a partir de los cuales se establece la autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud (2).
- **Talento Humano:** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud (2).

ABREVIACIONES Y SIGLAS

| | |
|---------------|---|
| CAS | Centro de atención en Salud. |
| EAPB | Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. |
| EPS | Entidad Promotora de Salud. |
| FDA | Food and Drug Administration. |
| FODA | Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas. |
| INVIMA | Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos |
| IPS | Institución Prestadora de Salud. |
| ISO | International Organization for Estandardization. |
| MIAS | Modelo Integral de Atención en Salud. |
| OMS | Organización Mundial de la Salud. |
| PAMEC | Programa Para el mejoramiento de la calidad en salud. |
| PAIS | Política de Atención Integral en Salud. |
| PRM | Problemas Relacionados con Medicamentos |
| PND | Plan Nacional de Desarrollo. |
| REPS | Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. |
| SOGC | Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. |
| UDCA | Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. |

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, en Colombia cuando se acude a una institución prestadora de servicios de salud, la expectativa que se tiene es tener acceso a procedimientos de la más alta calidad realizados por personal competente y altamente calificado, que pueda satisfacer las necesidades de cada paciente, brindando atención oportuna, confiable, personalizada e integral. No obstante se presentan falencias originadas, en gran parte al incumplimiento de las disposiciones de carácter estructural establecidas por la normatividad sanitaria vigente, lo cual ha conllevado a incluir en un marco legal instrumentos que orienten la generación de mecanismos de calidad en las entidades prestadoras de salud.

La calidad se ha fortalecido en el campo de la salud, logrando grandes beneficios tanto para los pacientes como para las instituciones de salud, generando un alto impacto en la prestación de los servicios y en la creación de estrategias que garanticen un mejoramiento continuo de los procesos de las instituciones.

Por lo anteriormente descrito, para los pacientes es muy importante tener la certeza que los consultorios, clínicas y hospitales en los que son atendidos, les presten los servicios que requieren y lo hagan con alta calidad. Por esta razón, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2003 de 2014 (habilitación de prestadores) que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud (4).

De acuerdo con lo anterior, en el presente documento se muestran una serie de actividades que permiten realizar seguimiento a cada uno de los estándares contemplados en la

resolución 2003 del 2014, normatividad vigente que da los lineamientos para una mayor exigencia en el cumplimiento de los requisitos.

En este trabajo de grado se realiza la verificación de estos estándares de habilitación con el fin de verificar el cumplimiento de estos en el centro de atención en salud de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales (UDCA) sede campus norte ubicada en la ciudad de Bogotá.

2. ANTECEDENTES

El 28 de mayo del 2014 el ministerio de salud y de la protección social tuvo por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, con el fin de dar cumplimiento a todos los procedimientos y condiciones que exige la resolución 2003 del 2014.

El proceso de habilitación le implica a una institución prestadora de servicios de salud la generación de estrategias de calidad y mejoramiento continuo en donde los procesos sean auditados, medibles y ajustables para cubrir varios ámbitos que puedan afectar de una manera u otra los servicios prestados, a fin de asegurar el cumplimiento de un servicio seguro, oportuno y asequible para los pacientes (4).

Las universidades del país por medio de bienestar universitario tienen implementado el programa de servicio de salud, como es el caso de la Universidad Nacional de Colombia donde brinda a toda la comunidad universitaria programas de detección y disminución de factores de riesgo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, gestión de la salud y apoyo a la atención primaria y de la emergencia (5).

En la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA existe un centro de atención en salud, pero a un no se ha verificado que cumpla con todos los estándares para la prestación del servicio de una manera segura y eficiente.

3. PROBLEMA

Las universidades e instituciones de educación superior están llamadas a incorporar de manera directa en su misión, visión o planes estratégicos el ideario y los valores de la promoción de la salud como un proceso transversal de desarrollo institucional que impacte positivamente las posibilidades para lograr un desarrollo humano integral y mejorar la calidad de vida de sus miembros(6).

La salud de los adolescentes y los jóvenes, incluida la salud sexual y reproductiva, ocupa un lugar de importancia entre las prioridades internacionales de desarrollo, que incluyen desde la necesidad de formular políticas innovadoras y eficaces en el nivel regional como el fomento de una mayor sensibilización y una participación más activa de los adolescentes y los jóvenes, sus familias y sus comunidades en el ámbito local(7).

Se ha señalado que, en los estudiantes universitarios, hay un predominio de estilos de vida poco saludables, relacionados principalmente con el consumo de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, la sexualidad sin protección, el sedentarismo y la adopción de una dieta poco equilibrada en la que se incluyen comidas rápidas, de pobre aporte nutricional. Ante estos problemas cuyas consecuencias comprometen la salud actual y futura de los jóvenes, el entorno universitario puede jugar un papel primordial como factor de protección (6).

El centro de atención en salud tiene bajo su responsabilidad proveer un conjunto de servicios orientados a satisfacer las necesidades de salud del estudiante durante su etapa de formación profesional y promover hábitos de vida saludable para una buena calidad de vida.

Se otorga atención con un enfoque integral a través de un equipo multidisciplinario, tanto de tipo preventivo como curativo, coordinándose con otras instancias internas y externas para resolver los problemas de salud del estudiante (8).

Los centros de atención en salud universitarios, tienen como propósito, promover el mejoramiento permanente de las condiciones físicas, psíquicas, mentales, sociales y ambientales en las que se desarrolla la vida universitaria, mediante programas formativos, preventivos y correctivos que incidan en la calidad de vida, promuevan la salud integral de la comunidad universitaria a partir de la caracterización del riesgo individual y grupal, la prevención de la enfermedad, la gestión en salud y la atención de emergencias(7).

El bienestar institucional de la U.D.C.A propende y enmarca su labor en el cumplimiento de las condiciones normativas a nivel de educación superior y en el ámbito laboral; En el mismo sentido, frente a las necesidades, propuestas y toma de decisiones del proceso de construcción colectiva con la comunidad universitaria.

Las líneas de acción del bienestar social universitario de la U.D.C.A estarán enmarcadas en la salud, el arte y la cultura, actividad física, recreación y el deporte. Desde la cual se fomenta una cultura de autocuidado que favorezca el desarrollo de un estilo de vida saludable(9).

La Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A cuenta con un centro de atención en salud universitario el cual se encuentra habilitado por la secretaria de salud de Bogotá bajo el código de prestador 11001 16830 01. Ubicado en la calle 222 No 22-37 Bloque O, zona 2 en la ciudad de Bogotá, en un horario de atención de lunes a viernes de 7:00am a 5:00pm y sábados de 8:00am a 12:00m, atendido por un médico general, acompañado de un auxiliar de enfermería y un practicante de enfermería y de química farmacéutica.

Debido a que el centro de atención en salud fue inscrito como CAS ante el ente regulador, y certificado bajo la resolución 1043 de 2006 y el decreto 1011 del 2006, se hace necesario estandarizar a la nueva norma resolución 2003 del 2014, la cual nos indica los aspectos requeridos que se evalúan en las visitas de verificación de cumplimiento, puesto que el cas realizó actualización de portafolio de servicios bajo la transición de la norma resolución 2003 del 2014 (abril 2015) ante el REPS con los servicios de: medicina general, medicina alternativa- homeopatía, medicina alternativa- neural terapiarequiere fortalecer los procesos de gestión debido a que en la actualidad no están claros para una posible visita de verificación.

En la actualidad el CAS sigue prestando servicios de salud, y dentro de la infraestructura que se tiene, se están realizando actividades que corresponden a otro tipo de denominación de atención (sala de observación, servicios de enfermería) los cuales no se encuentran habilitados.

Por otra parte, existe el riesgo que los servicios habilitados no estén cumpliendo con los requisitos que exige la normatividad vigente.

4. JUSTIFICACIÓN.

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca y los criterios establecen el detalle del estándar para su interpretación y son el elemento concreto dentro de cada servicio, para evaluar la seguridad en la atención del paciente.

En Colombia la Constitución en 1991, estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado”, aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

Igualmente es importante resaltar que los procesos de habilitación en salud se convierten entonces, en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general (10).

En la actualidad la resolución 2003 del 2014 establece los estándares que hacen parte de los componentes del sistema único de habilitación del sistema obligatorio de garantía de

calidad de la atención de salud, por medio de la cual se ajustan, definen y establecen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud.

Dentro de los requisitos de esta resolución incluye la autoevaluación que consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud (3).

Dentro de los centros de atención en salud es indispensable el uso de tecnologías (dispositivos médicos, medicamentos) lo cual requiere la gestión farmacéutica que involucra actividades tales como: trazabilidad, oportunidad en la entrega, seguridad del paciente, inocuidad en los tratamientos, las cuales son propias del ejercicio profesional de un Químico Farmacéutico como responsable directamente implicado en el bienestar en salud de la comunidad. De acuerdo con lo anterior se hace necesario contar con un sistema robusto que permita brindar la información oportuna y confiable a visitas para procesos de verificación del servicio acorde a la resolución 2003 del 2014. Con el presente proyecto se busca caracterizar, evaluar, verificar y mantener el cumplimiento de los estándares de habilitación como: capacidad instalada, recurso humano, recurso físico, de acuerdo con la normatividad vigente para el centro de atención en salud de la Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A mediante la generación de una auditoria interna que permita generar herramientas de planeación estratégica del servicio de forma eficiente, eficaz y segura.

5. OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL:

Evaluar y generar un diagnóstico y un plan de mejora a partir del uso de herramientas de planeación estratégica para las condiciones de habilitación en la prestación de servicios del centro de atención en salud de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Generar una línea base de información sobre las condiciones existentes en el periodo de Julio a Diciembre del año 2017, para la prestación de servicios de salud en el Centro de atención en salud.
- Desarrollar un proceso de planeación estratégica para la generación de políticas y actividades del servicio de atención en salud en concordancia con la normatividad vigente para habilitación de servicios de salud.

6. MARCO TEÓRICO.

6.1 Referente normativo.

- Resolución 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- Resolución 1416 de 2016 Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014.
- Resolución 5158 de 2015 Por la cual se adiciona el artículo 15 de la Resolución 2003 de 2014.
- Circular 0036 de 2015 Inscripción y habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud de las instituciones públicas y privadas que prestan el servicio público de bienestar familiar.
- Resolución 226 de 2015 Por medio de la cual se adiciona el numeral 2.2 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014, en el sentido de establecer un trámite especial para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

- Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Ley 100 de 1993 en el artículo 153 en el numeral 9º indica que el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la Calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.
- Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que define las normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- Resolución 2200 de 2005 Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1403 de 2007 por la cual se determina el modelo de gestión del servicio farmacéutico, se adopta la manual de condiciones esenciales y procedimientos y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 2955 de 2007 Por la cual se modifican algunos numerales del Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico, adoptado mediante Resolución 1403 de 2007 y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1441 de 2013 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

6.2 Referente Teórico

6.2.1 Sistema único de habilitación.

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)(11).

La norma 2003 del 2014 establece los procedimientos y condiciones de inscripción y de habilitación de los prestadores de servicios de salud, sean estos hospitales o clínicas, profesionales independientes, transporte asistencial de pacientes o entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud. Además, adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud (2).

Para adaptarse a esta norma, los Prestadores de Servicios de Salud, deben cumplir con condiciones estipuladas en criterios y requisitos exigidos para su entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dependiendo de los servicios que presten, los cuales son de tres tipos:

Capacidad Técnico-Administrativa: Los estándares que aquí se consideran, van ligados a las condiciones propias de la organización. Son parámetros de tipo administrativo que deben garantizarse para que el servicio cuente con el debido respaldo, e incluye lo relativo a la existencia y representación legal, el sistema contable y estados financieros, ajustados a las disposiciones legales en la materia (2).

Suficiencia Patrimonial y Financiera: Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Garantizará que el prestador cuenta con unas

condiciones mínimas que aseguran que el servicio no va a tener inconvenientes de orden financiero o patrimonial para poder estar adecuadamente sustentado al momento de ofrecerlo al público (2).

Capacidad Tecnológica y Científica: Tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud. Hacen referencia a aquellos parámetros ligados al talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia con otros servicios(2).



Figura 1. Estándares de habilitación de servicios de salud, resolución 2003 de 2014

6.2.2 Procesos Estratégicos

Este proceso es liderado por la alta gerencia, con el objeto de establecer la misión, visión, objetivos y metas en el tiempo, ordenar las acciones que permitan alcanzar estas actividades

con base en una asignación correcta de recursos, de coordinación de competencias, habilidades y esfuerzos, fijación precisa de responsabilidades que permitan el control y evaluación sistémica de los procesos, subprocesos, procedimientos, avances y resultados para poder introducir, oportunamente, cambios pertinentes (12).

6.2.3 Planeación Estratégica

La planeación estratégica es una herramienta administrativa que ayuda a incrementar las posibilidades de éxito cuando se quiere alcanzar algo en situaciones de incertidumbre y/o de conflicto (oposición inteligente). Se basa en la administración por objetivos y responde prioritariamente la pregunta “Qué hacer”. Fayol afirma que la Toma de Decisiones también hace parte de las funciones de la organización. Señaló cómo las funciones del administrador la prevención, organización, coordinación y control, que expresado en términos más actuales no es otra cosa que la planeación, organización, dirección y control (12).

La planeación estratégica es el proceso mediante el cual quienes toman decisiones en una organización obtienen, procesan y analizan información pertinente, interna y externa, con el fin de evaluar la situación presente de la empresa, así como su nivel de competitividad con el propósito de anticipar y decidir sobre el direccionamiento de la institución hacia el futuro (13).

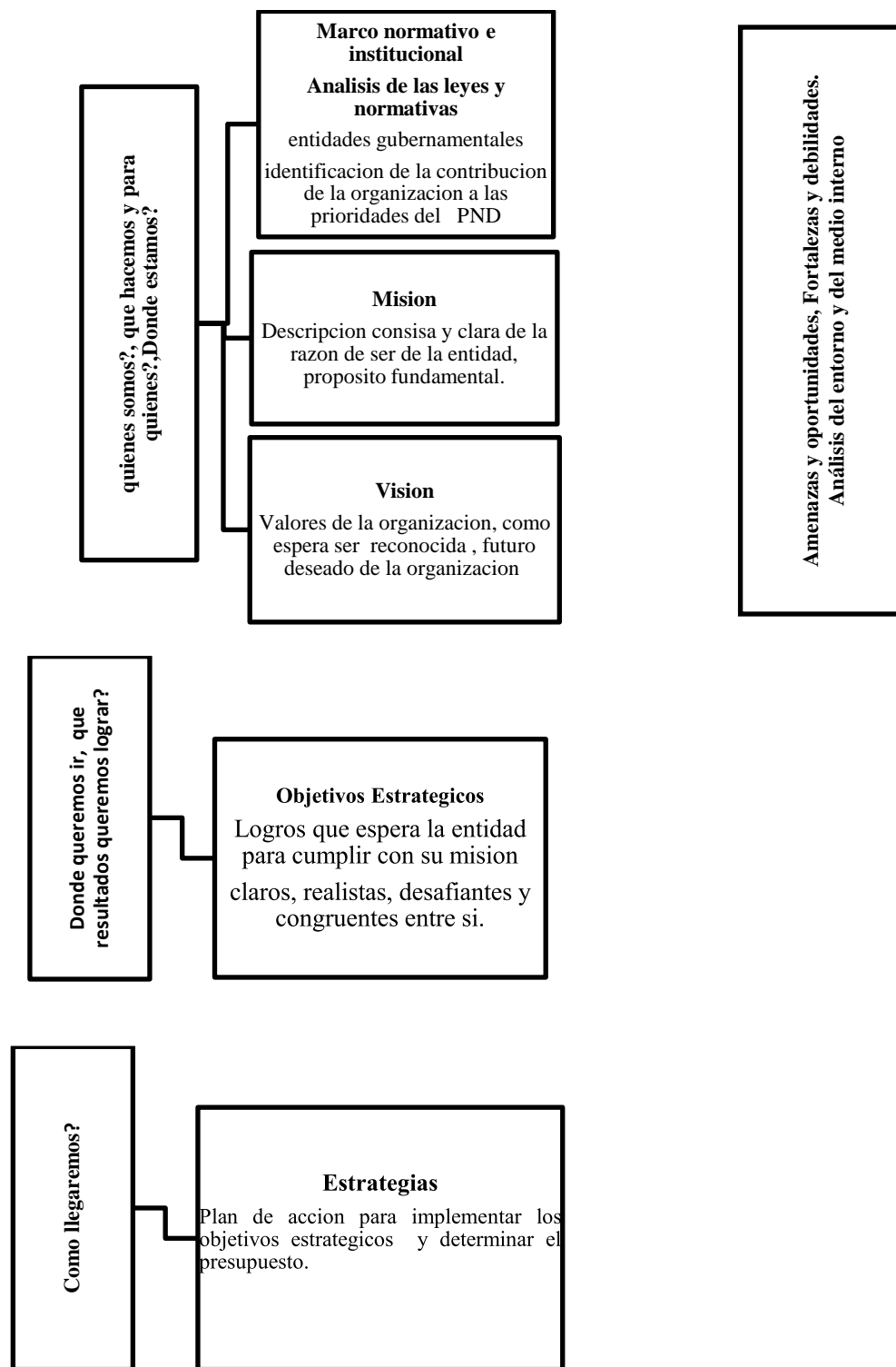


Figura 2. Modelo básico de planeación estratégica.

Tomado de: Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público (2009)

6.2.4 Sistema de gestión de calidad.

Los Sistemas de Gestión de la Calidad son un conjunto de normas y estándares internacionales que se interrelacionan entre sí para hacer cumplir los requisitos de calidad que una empresa requiere para satisfacer los requerimientos acordados con sus clientes a través de una mejora continua, de una manera ordenada y sistemática.

Los estándares internacionales contribuyen a hacer más simple la vida y a incrementar la efectividad de los productos y servicios que usamos diariamente. Nos ayudan a asegurar que dichos materiales, productos, procesos y servicios son los adecuados para sus propósitos.

Existen varios Sistemas de Gestión de la Calidad, que, dependiendo del giro de la organización, es el que se va a emplear. Todos los sistemas se encuentran normados bajo un organismo internacional no gubernamental llamado ISO, International Organization for Standardization (Organización Internacional para la Estandarización). Esta organización comenzó en 1926 como la organización ISA, International Federation of the National Standardizing Associations (ISA). Se enfocó principalmente a la ingeniería mecánica y posteriormente, en 1947, fue reorganizada bajo el nombre de ISO ampliando su aplicación a otros sectores empresariales (14).

- Norma técnica de calidad ISO 9000: La familia de normas ISO 9000 citadas a continuación se han elaborado para asistir a las organizaciones, de todo tipo y tamaño, en la implementación y la operación de Sistemas de Gestión de la Calidad eficaces. Describe los términos fundamentales y las definiciones utilizadas en las normas.
- Norma técnica de calidad ISO 9001: Valora la capacidad de cumplir con los requisitos del cliente.(14).

6.3.1 Matriz FODA.

Estas siglas provienen del acrónimo en inglés SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats); en español, aluden a fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas; La matriz FODA es un instrumento metodológico que sirve para identificar acciones viables mediante el cruce de variables, en el supuesto de que las acciones estratégicas deben ser ante todo acciones posibles y que la factibilidad se debe encontrar en la realidad misma del sistema. En otras palabras, por ejemplo, la posibilidad de superar una debilidad que impide el logro del propósito, solo se la dará la existencia de fortalezas y oportunidades que lo permitan. El instrumento también permite la identificación de acciones que potencien entre sí a los factores positivos(15).

Mediante la matriz FODA se ayuda a desarrollar cuatro tipos de estrategias:

- Estrategia FO (fortalezas – oportunidades) esta estrategia utiliza las fortalezas internas de una empresa para aprovechar las oportunidades externas.
- Estrategia DO (debilidades – oportunidades) esta estrategia tiene como objetivo superar las debilidades internas aprovechando las oportunidades externas.
- Estrategia FA (fortalezas – amenazas) esta estrategia tiene como objetivo evitar ó reducir el efecto de las amenazas externas.
- Estrategia DA (debilidades – amenazas) dirigidas a la reducción de las debilidades internas y evitar las amenazas externas.
- Identificación de las fortalezas y debilidades: Una fortaleza de la organización es alguna función que ésta realiza de manera correcta, como son ciertas habilidades y capacidades del personal con ciertos atributos psicológicos y la evidencia de su competencia. Otro aspecto identificado como una fortaleza son los recursos considerados valiosos y la misma capacidad competitiva de la organización como un logro que brinda ésta o una situación favorable en el medio social. Una debilidad se define como un factor que hace vulnerable a la organización o simplemente una actividad que la empresa realiza en

forma deficiente, lo que la coloca en una situación débil, las fortalezas y oportunidades son, en conjunto, las capacidades, esto es, los aspectos fuertes como débiles de las organizaciones o empresas competidoras (productos, distribución, comercialización y ventas, operaciones, investigación e ingeniería, costos generales, estructura financiera, organización, habilidad directiva, etc). Estos talones de Aquiles pueden generar en la organización una posición competitiva vulnerable.

- Para el análisis FODA, una vez identificados los aspectos fuertes y débiles de una organización se debe proceder a la evaluación de ambos. Es importante destacar que algunos factores tienen mayor preponderancia que otros: mientras que los aspectos considerados fuertes de una organización son los activos competitivos, los débiles son los pasivos también competitivos. Pero se comete un error si se trata de equilibrar la balanza. Lo importante radica en que los activos competitivos superen a los pasivos o situaciones débiles; es decir, lo trascendente es dar mayor preponderancia a los activos. El éxito de la dirección es diseñar estrategias a partir de las que la organización realiza de la mejor manera, obviamente tratando de evitar las estrategias cuya probabilidad de éxito se encuentre en función de los pasivos competitivos.

Identificar oportunidades y amenazas: Las oportunidades constituyen aquellas fuerzas ambientales de carácter externo no controlables por la organización, pero que representan elementos potenciales de crecimiento o mejoría. La oportunidad en el medio es un factor de gran importancia que permite de alguna manera moldear las estrategias de las organizaciones. Las amenazas son lo contrario de lo anterior, y representan la suma de las fuerzas ambientales no controlables por la organización, pero que representan fuerzas o aspectos negativos y problemas potenciales. Las oportunidades y amenazas no sólo pueden influir en el atractivo del estado de una organización, sino que establecen la necesidad de emprender acciones de carácter estratégico; pero lo importante de este análisis es evaluar sus fortalezas y debilidades, las oportunidades y las amenazas y llegar a conclusiones(15).

6.3.2 Matriz de priorización Holmes.

Una matriz de criterios o priorización es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que el grupo ha decidido que es importante para tomar una decisión adecuada y aceptable.

La Matriz de Holmes nos permite categorizar o priorizar cualquier cantidad de opciones realizando una comparación entre ellas(16).

6.3.3 Matriz 5W + 2H.

Es una herramienta que se utiliza para definir con claridad un proyecto, determinar las razones por las cuales se va a trabajar ese proyecto y no otro, definir la meta e identificar la mejora que se necesita.

El nombre de la herramienta viene de las iniciales de las palabras en inglés como se muestra en la siguiente figura

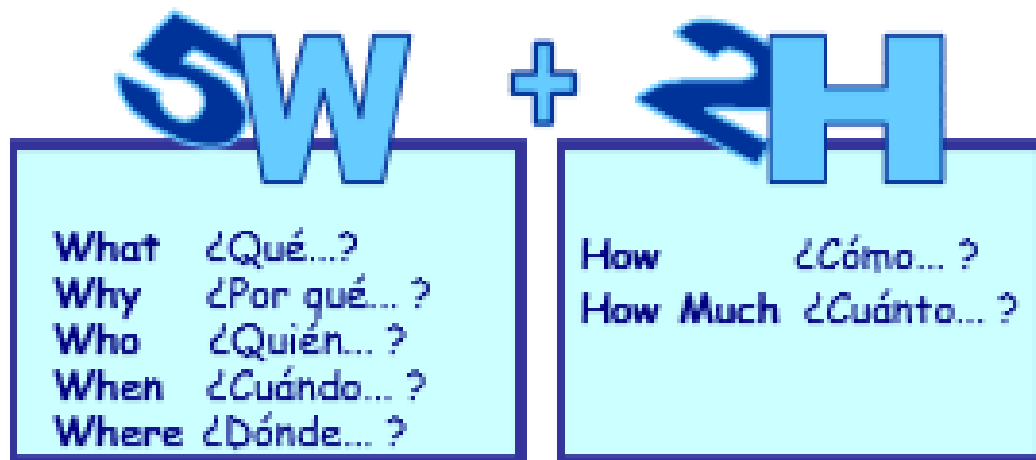


Figura 3. Matriz 5W+ 2H

Se realiza respondiendo las siguientes preguntas:

- ✓ Qué: Se elabora una lista de problemas o actividades que se puedan realizar en el área de trabajo. Usualmente se utiliza la herramienta de tormenta de ideas para que, en equipo, se llegue a una lista completa y detallada de problemas o actividades.

Se identifican los problemas prioritarios que el equipo en consenso seleccione.

Se enuncia el problema convertido en proyecto en términos de la diferencia entre el estado actual y el deseado. En función de los recursos económicos, humanos y tecnológicos disponibles se establece una meta cuantificable, medible y verificable. Es importante que el valor de las metas a lograr sea realista, no ideal.

- ✓ Por qué: Se definen claramente las razones por las cuales se trabajará en ese proyecto en particular.
- ✓ Quién: Se establecen los responsables de llevar a cabo cada una de las etapas del proyecto.

¿Quién será el responsable de realizar cada actividad?

- ✓ Cuándo: Se establece la fecha límite de alcanzar la solución del problema, es decir, la culminación del proyecto. Un proyecto que no tiene un calendario bien definido, será un proyecto con bajo nivel de prioridad.

¿Cuándo se terminará cada una de las actividades?

- ✓ Dónde: Se determina la extensión y ubicación del proyecto.

¿Dónde se realizará cada actividad?

- ✓ Cómo: Se debe reunir toda la información disponible, cualitativa y cuantitativa, que permita:
 - Señalar la importancia del problema.
 - Mostrar el comportamiento histórico.
 - Definir el grado de mejora que se pretende lograr.
 - Determinar la fecha estimada de finalización del proyecto.
 - Definir las personas responsables del proyecto.
 - Establecer el beneficio esperado con la mejora.

- **Cuánto:** Se debe enunciar los costos del problema y como incide en la satisfacción del cliente y en la productividad de la organización(17).

6.4Indicador.

Es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con periodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo (18).

Los indicadores son factores medibles y la idea es que midan aspectos de resultados claves para la toma de decisiones. Los indicadores identifican lo que será medido, no cuánto ni en qué dirección. Las metas asociadas a esos indicadores nos representan lo que esperamos obtener como desempeño.

Para que los indicadores tengan utilidad en la entrega de información sobre desempeño, idealmente deben ser factores que se pueden medir de forma continua.

Es importante considerar que el indicador por sí solo no permite la evaluación, solo permite demostrar el comportamiento de una variable sujeto de medición contra ciertos referentes comparativos (19).

6.4.1 Características de un indicador

Los indicadores deben cumplir con unos requisitos y elementos para poder apoyar la gestión en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Las características más relevantes son las siguientes:

Oportunidad:Deben permitir obtener información en tiempo real, de forma adecuada y oportuna, medir con un grado aceptable de precisión los resultados alcanzados y los desfases con respecto a los objetivos propuestos, que permitan la toma de decisiones para

corregir y reorientar la gestión antes de que las consecuencias afecten significativamente los resultados o estos sean irreversibles.

Excluyentes: Cada indicador evalúa un aspecto específico único de la realidad, una dimensión particular de la gestión. Si bien la realidad en la que se actúa es multidimensional, un indicador puede considerar alguna de tales dimensiones (económica, social, cultural, política u otras), pero no puede abarcarlas todas.

Prácticos: Que se facilite su recolección y procesamiento claros: ser comprensible, tanto para quienes lo desarrollen como para quienes lo estudien o lo tomen como referencia. Por tanto, un indicador complejo o de difícil interpretación que solo lo entienden quienes lo construyen debe ser replanteado.

Explícitos: Definir de manera clara las variables con respecto a las cuales se analizará para evitar interpretaciones ambiguas. Sensibles: Reflejar el cambio de la variable en el tiempo. Transparente/Verificable: Su cálculo debe estar adecuadamente soportado y ser documentado para su seguimiento y trazabilidad.

6.4.2 Beneficios de un indicador.

Para el sector Público la importancia de la medición ya precisada en un capítulo anterior cobra una mayor importancia, dado que las entidades públicas por su complejidad, diversidad de productos y/o servicios que ofrecen, diversidad de usuarios, entre otros, aspectos, requieren determinar con mayor precisión el nivel de su desempeño. De este modo, algunos de los beneficios para las entidades son los siguientes (20).

- Apoya el proceso de planificación (definición de objetivos y metas) y de formulación de políticas de mediano y largo plazo.
- Posibilita la detección de procesos de la institución en las cuales existen problemas de gestión tales como: uso ineficiente de los recursos, demoras excesivas en la entrega de los productos, asignación del personal a las diferentes tareas, etc.

- Posibilita a partir del análisis de la información entre el desempeño efectuado y el programado, realizar ajustes en los procesos internos y readecuar cursos de acción eliminando inconsistencias entre el quehacer de la institución y sus objetivos prioritarios.
- Aun cuando no es posible establecer una relación automática entre resultados obtenidos y la asignación de presupuesto, contar con indicadores de desempeño sienta las bases para una asignación más fundamentada de los recursos públicos.
- Establece mayores niveles de transparencia respecto del uso de los recursos públicos y sienta las bases para un mayor compromiso con los resultados por parte de los directivos y los niveles medios de la dirección.
- Apoya la introducción de sistemas de reconocimientos al buen desempeño, tanto institucionales como grupales e individuales.

6.4.3 Tipo de indicador de gestión.

Indicadores De Eficacia: Cuando se habla de eficacia, se busca establecer el cumplimiento de planes y programas de la entidad, previamente determinados, de modo tal que se pueda evaluar la oportunidad (cumplimiento de la meta en el plazo estipulado), al igual que la cantidad (volumen de bienes y servicios generados en el tiempo).

Este concepto plantea en qué medida la organización como un todo, o un área específica de esta, cumple con sus objetivos estratégicos; se puede asociar a aspectos como:

Cobertura: Se puede definir como el grado en que las actividades que se realizan, o los productos/servicios que se ofrecen son capaces de cubrir o satisfacer la demanda que de ellos existe. Esta cobertura se puede expresar en términos de número de usuarios atendidos o bien zonas geográficas cubiertas, respecto de un universo o una demanda potencial a cubrir.

Focalización: Se relaciona con el nivel de precisión con que los productos/servicios son entregados a la población objetivo. Se puede determinar mediante la revisión de los usuarios que reciben los beneficios de un programa o proyecto y los que se han establecido como población objetivo, se verificará si corresponden, si se están dejando de cubrir personas, si existen personas que no pertenecen al grupo objetivo, pero reciben los beneficios; en cualquier caso, permitirá tomar medidas de ajuste.

Capacidad de cubrir la demanda: Se plantea si la entidad cuenta con capacidad para absorber de manera adecuada los niveles de demanda que tienen sus productos/ servicios, en condiciones de tiempo y calidad.

Resultado final: Permite comparar los resultados obtenidos respecto de un óptimo o máximo posible, es decir que va más allá de mostrar los resultados obtenidos respecto de los esperados, requiere por lo tanto un planteamiento de metas superior o ambiciosas para una buena comparación.

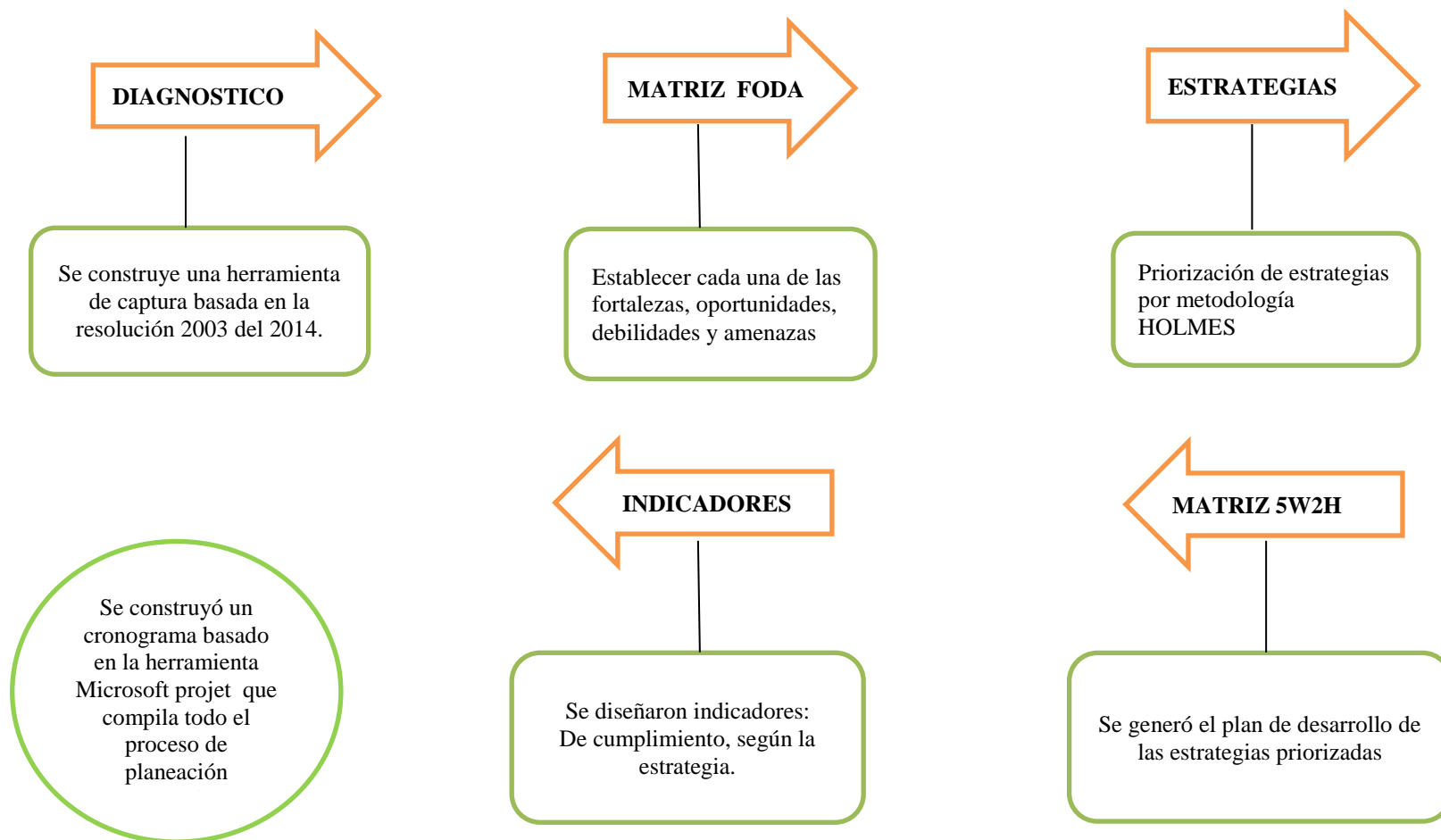
Indicadores de eficiencia: Los indicadores de eficiencia, se enfocan en el control de los recursos o las entradas del proceso; evalúan la relación entre los recursos y su grado de aprovechamiento por parte de estos. Consisten en el examen de costos en que incurren las entidades públicas encargadas de la producción de bienes y/o la prestación de servicios, para alcanzar sus objetivos y resultados. Es posible obtener mediciones de eficiencia, relacionando por ejemplo número de subsidios entregados, cantidad de usuarios atendidos, inspecciones realizadas, etc., con nivel de recursos utilizados para tales actividades, como son gastos de infraestructura, personal requerido para la atención, horas hombre requeridas, etc.

Indicadores De Efectividad: Para el análisis de este tipo de indicadores es necesario involucrar la eficiencia y la eficacia, es decir “el logro de los resultados programados en el tiempo y con los costos más razonables posibles”. Se relaciona con la medición del nivel de satisfacción del usuario que aspira a recibir un producto o servicio en condiciones

favorables de costo y oportunidad, y con el establecimiento de la cobertura del servicio prestado.

Indicadores De Economía: Este concepto se puede definir como: La capacidad de una institución para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en pos del cumplimiento de sus objetivos. Todo organismo que administre fondos, especialmente cuando estos son públicos, es responsable del manejo eficiente de sus recursos de la caja, de ejecución de su presupuesto y de la administración adecuada de su patrimonio (19).

7. METODOLOGIA



7.1 Tipo de estudio

El presente proyecto se desarrolló bajo una metodología de estudio descriptivo de tipo Cross Sectional.

7.2 Diagnostico:

El diagnóstico se realizó por medio de una investigación, cuyo objetivo fue la caracterización de las condiciones de los servicios de salud prestados en el Centro de atención en salud, calificados de manera cualitativa, el cual permitió conocer las necesidades de mejora, y el nivel de cumplimiento del centro de atención en salud de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A.

El instrumento de diagnóstico y de evaluación a los servicios del CAS obedece al formato de autoevaluación del sistema único de habilitación que define los tres criterios: cumple, no cumple y no aplica. (Anexo 1). Para cada uno de los servicios que se encuentran habilitados

7.2 Matriz FODA:

Se implementó la herramienta analítica que nos permitirá identificar fortalezas, oportunidades debilidades, y amenazas, se realizó el cruce de:

- Fortalezas - Oportunidades.
- Debilidades - Oportunidades.
- Fortalezas - Amenazas.
- Debilidades - Amenazas.

Lo cual nos permitió desarrollar estrategias las cuales serán el “plan de mejora”.

7.3 Priorización de Holmes.

Una vez identificadas las estrategias, se aplicó la metodología de Holmes para priorizarlas, asignando puntajes previamente establecidos, de la siguiente manera:

- 1 para estrategias poco críticas.
- 3 para estrategias medianamente críticas.
- 5 para estrategias críticas.

Se realizó la suma de los puntajes, la estrategia con mayor puntuación es aquella que requiere su ejecución de manera prioritaria.

7.4 Matriz 5W + 2H:

Por medio de la implementación de esta, tomamos las estrategias en orden de priorización, lo cual nos da como resultado la identificación de:

- Que: que son las estrategias priorizadas.
- Porque: se busca que se ejecuten todas las estrategias, para brindar una atención en salud integral y de calidad, cumpliendo con la normatividad vigente y que aplique a los servicios que están actualmente habilitados.
- Quien: se asignaron los posibles responsables para la ejecución de cada estrategia.
- Cuando: se asignó un tiempo estimado en el cual ejecutar las estrategias por semanas.
- Dónde: todas las estrategias se deben ejecutar en el centro de atención en salud de la UDCA.
- Como: sugerencias de como los responsables podrían iniciar la ejecución de las tareas.
- Cuánto: tomando datos de remuneración salarial de cada uno de los responsables, y el tiempo estimado en ejecutar cada estrategia, se asignó un valor estimado de la inversión.

7.5 Indicadores:

Se crearon indicadores de cumplimiento para las estrategias que se pueden medir, se les asignó un porcentaje de cumplimiento de 95%, ya que miden estándares de obligatorio cumplimiento, estos indicadores son únicamente para medir el cumplimiento de estas estrategias y no dan cumplimiento a los indicadores de seguimiento que señala la norma.

7.6 Cronograma:

Se realizó un cronograma que nos permita realizar seguimiento a la ejecución de las estrategias.

8. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

El centro de atención en salud de la U.D.C.A fue inscrito ante el ente regulador y certificado bajo la resolución 1043 del 2006 el día 18 de diciembre del 2006.

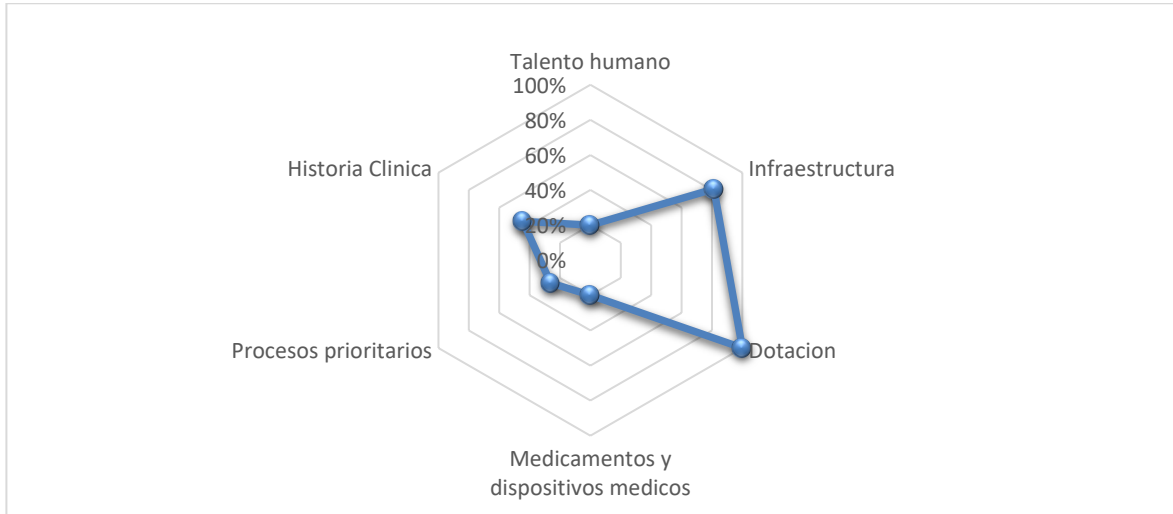
Posteriormente y la necesidad de alinearse a la normatividad vigente, se actualizó el portafolio de servicios el 21/04/2015, en la página del ministerio de la protección social.

A continuación se presentan los hallazgos evidenciados bajo la herramienta elaborada con base a la resolución 2003 del 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

8.1 Requisitos transversales.

Tabla 1. Resultados evaluados de los requisitos transversales.

| PARA TODOS LOS SERVICIOS | cumple | no cumple | total, ítem | Respecto al ítem (%) | Respecto al total (%) |
|-------------------------------------|---------------|------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Talento humano | 1 | 4 | 5 | 20% | 1% |
| Infraestructura | 13 | 3 | 16 | 81% | 15% |
| Dotación | 5 | 0 | 5 | 100% | 6% |
| Medicamentos y dispositivos médicos | 1 | 4 | 5 | 20% | 1% |
| Procesos prioritarios | 12 | 34 | 46 | 26% | 14% |
| Historia Clínica | 4 | 5 | 9 | 44% | 5% |
| | | | 86 | | |



Gráfica 1. Porcentajes de los requisitos transversales.

Fuente: autoras

8.1.1 Talento humano.

Con un resultado de cumplimiento del 20% se evidencia que en el CAS no se desarrollan acciones de formación continua del talento humano en salud en los procesos prioritarios asistenciales ofertados. Adicionalmente, el médico solo presta atención hasta la 1:00pm, quedando disponibles a partir de esta hora únicamente el auxiliar de enfermería y los estudiantes de química farmacéutica y enfermería (3). Esto conlleva a que la comunidad universitaria durante la jornada de la tarde no cuente con una atención en salud completa que garantice la prestación del servicio.

Por otra parte, no se evidencia un documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, del mismo modo no cuenta con los procedimientos para la supervisión del personal en entrenamiento (2).

8.1.2 Infraestructura.

Este ítem muestra un cumplimiento del 80%, debido a que el CAS no cuenta con unidades sanitarias para personas en condición de discapacidad, esta unidad sanitaria debe contar las siguientes características: la puerta debe estar identificada con el símbolo internacional de acceso, las puertas de entrada deben tener como mínimo 0,80 metros y cuando sean de batiente abrirán hacia afuera. La apertura de la puerta no debe impedir la libre circulación interior o exterior de los servicios sanitarios. De igual manera, carece de rampas con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres (2). El piso de la rampa debe ser de material antideslizante y de textura y color diferente a los pisos adyacentes y los pasamanos se deben colocar a ambos lados a una altura de 0,90 metros(20).

A partir del modelo integral de atención en salud MIAS se considera que la atención debe ser estandarizada y asegurar la atención en salud a pacientes en condición de vulnerabilidad (21).

8.1.3 Dotación.

Este ítem muestra un cumplimiento de 100%, debido a que el CAS cuenta con los equipos adecuados para la prestación de servicio tales como: 1 báscula con tallímetro, 1 báscula digital, 2 equipos de órganos, 3 fonendoscopios, 2 flujómetros, 1 glucómetro, 1 gramera, 1 laringoscopio, 1 lámpara cuello de cisne, 1 martillo de reflejos, 1 nebulizador, 1 pulsoxímetro, 3 termohigrometros, 1 termómetro digital, 1 tensiómetro análogo, 3 tensiómetros de pared. Todos ellos cuentan con hoja de vida, donde se lleva trazabilidad de mantenimientos preventivos y correctivos. Adicionalmente, se realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique (2).

8.1.4 Medicamentos y dispositivos médicos.

Respecto al ítem de medicamentos y dispositivos médicos se encontró un porcentaje de cumplimiento del 20%. Este resultado se debe a que no están definidas ni documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, dispositivos médicos, así como de los demás insumos asistenciales que utiliza la institución (2). A partir de la política farmacéutica nacional y del modelo integral de atención en salud MIAS la calidad debe ser una de las características de atención en salud en Colombia, ya sea a nivel de medicamentos como de prestación de servicios (21). Por otra parte, no se cuenta con programa de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA (2).

8.1.5 Procesos prioritarios.

El resultado de cumplimiento obtenido fue del 26% debido a que no se cuenta con procesos documentados, socializados ni evaluados exigidos por la resolución 2003 del 2014.

El modelo integral de atención en salud MIAS, soporta los diferentes procesos basados en la utilización de guías y procedimientos plenamente identificados y socializados. Lo anterior debe ser evaluado al interior de cada servicio de prestación dentro de un proceso de verificación en el proceso de cumplimiento de servicios; que para este caso particular no hay evidencia física de documentación, lo cual conlleva a la existencia de puntos críticos para la evaluación de la calidad del servicio. Lo anterior genera la necesidad un plan de mejora por parte del servicio, debido a que acorde con la Política Farmacéutica Nacional uno de los estándares básicos es la accesibilidad a la atención que puede conllevar el uso de medicamentos (22).

Por otra parte, no se evidencia programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos que incluya como mínimo: planeación estratégica de la seguridad; fortalecimiento de la cultura institucional; medición, análisis y gestión de los eventos adversos.

8.1.6 Historia clínica.

Se observa un resultado de cumplimiento del 44% en cuanto al manejo de la historia clínica, esto se debe a que al auditar las historias registradas se puede observar que las mismas no cumplen con los registros estándares que indica la resolución 1995 de 1999 respecto al manejo de la historia clínica. Uno de los hallazgos más relevantes es que no se realiza la apertura de historia clínica a la totalidad de los pacientes nuevos atendidos.

Debido a que no se tiene una trazabilidad en las historias, se corre el riesgo de hacer un diagnóstico equivocado o de posibles errores de prescripción.

Los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas (23).

Posteriormente no se cuenta con un procedimiento de consentimiento informado para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos.

De igual manera no se encontró evidencia de registro en historia clínica de los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención.

Los resultados anteriores se dan para los servicios transversales, a continuación se darán los resultados para los servicios específicos actualmente habilitados que son:

- Consulta externa general.
- Medicinas alternativas.

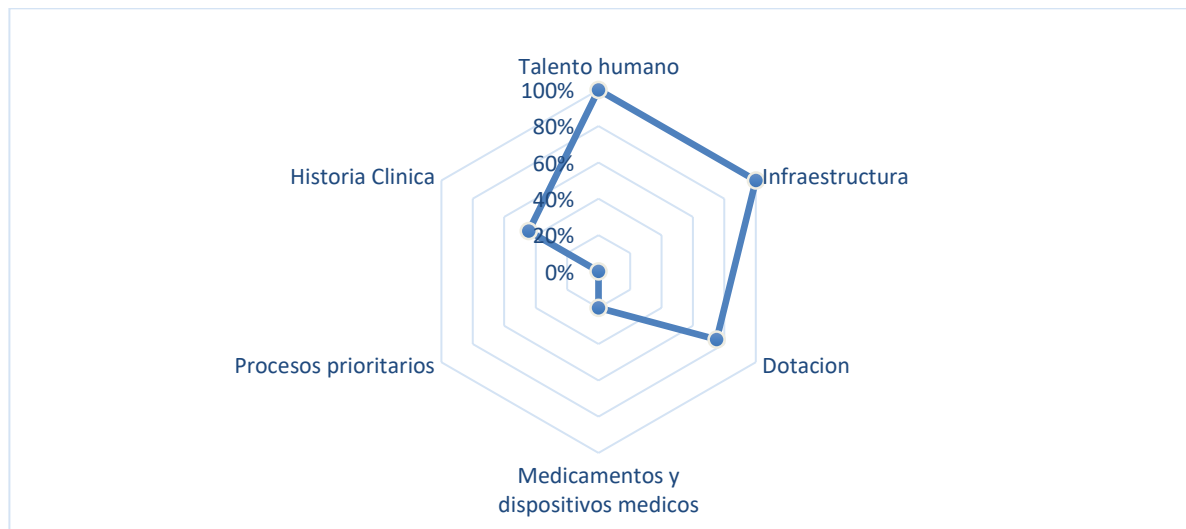
8.2 Consulta externa.

En la tabla 2 se muestra la situación específica del servicio de consulta externa, que es el servicio que presenta mayor demanda por parte de la población universitaria.

Tabla 2. Resultados del servicio de consulta externa.

| CONSULTA EXTERNA | Cumple | no cumple | total, ítem | Respecto al ítem (%) | Respecto al total (%) |
|-------------------------------------|--------|-----------|-------------|----------------------|-----------------------|
| Talento humano | 1 | 0 | 1 | 100% | 3% |
| Infraestructura | 11 | 0 | 11 | 100% | 31% |
| Dotación | 3 | 1 | 4 | 75% | 9% |
| Medicamentos y dispositivos médicos | 1 | 4 | 5 | 20% | 3% |
| Procesos prioritarios | 0 | 5 | 5 | 0% | 0% |
| Historia Clínica | 4 | 5 | 9 | 44% | 11% |
| | | | 35 | | |

Fuente: Autoras



Grafica 2. Porcentajes de resultados de Consulta externa.

Fuente: autoras

8.2.1 Talento Humano.

La gráfica número 2 refleja un porcentaje de cumplimiento del 100% , debido a que el CAS cuenta con un médico general y el técnico auxiliar de enfermería, quienes están inscritos ante la secretaria distrital de salud, para ejercer su profesión en la ciudad de Bogotá.

Sin embargo, al comparar los resultados del ítem en talento humano que aplica para los “requisitos transversales” el resultado de cumplimiento es del 20%. Esta diferencia se debe a que el servicio habilitado de consulta externa la normatividad es clara indicando que solo debe contar con profesional de la salud de acuerdo con los servicios que se ofrecen (2). Por el contrario, en los requisitos transversales el ítem de talento humano además que deben contar con los profesionales de la salud, deben desarrollar acciones de formación continua, determinar la capacidad instalada para los estudiantes que se encuentren en campo de practica entre otros aspectos que deben ser evaluados, garantizando que el servicio que se preste sea idóneo y oportuno.

8.2.2 Infraestructura.

A continuación se presenta el porcentaje de cumplimiento del 100% para infraestructura dado a que las instalaciones cuentan con sus respectivas áreas delimitadas y señalizadas, la sala de espera cuenta con buena ventilación e iluminación, los pisos y paredes son de fácil limpieza y desinfección de igual forma, se cuenta con disponibilidad de unidad sanitaria, el consultorio médico cuenta con área para realizar la entrevista y un espacio para realizar exámenes y procedimientos menores en caso que se requiera garantizando confiabilidad y buena prestación del servicio.

8.2.3 Dotación.

Aunque cuenta con los equipos adecuados para la prestación del servicio, el resultado de cumplimiento es del 75%. Esto se debe a que el CAS no cuenta con camillas rodantes con freno. Estas camillas deben ser de material metálico o de fibra sintética que garantice la

rigidez, resistencia o la corrosión y ligereza que su manejo exige. Además, debe contar con un respaldo reclinable y ser capaz de resistir una carga de 180 kg sin sufrir daños en su estructura, deben contar con pies deslizantes y ruedas con el fin de permitir el acoplamiento y el fácil traslado de los pacientes (24).

La organización mundial de la salud define seguridad del paciente un conjunto de elementos estructurales, procesos, elementos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (25). Cabe aclarar la importancia que tiene el no contar con las camillas adecuadas dado a que se pone en riesgo la seguridad del paciente y esto podría generar sobrecostos e inconvenientes legales en caso de presentarse algún accidente.

8.2.4 Medicamentos y dispositivos.

Ver resultados en estándar transversal.

8.2.5 Procesos prioritarios.

Se observa que el porcentaje de cumplimiento es del 0%. Este resultado señala que el CAS no cuenta con toda la documentación para la prestación del servicio. Esto se relaciona con la auditoria de verificación de los estándares de calidad que se realizó en las instalaciones, donde se identifica que no existen guías internas y procesos educativos de los eventos de interés en salud pública según la oferta de servicios de salud. De igual manera, para los procedimientos menores que se realizan en el CAS, no existe un protocolo ni tampoco queda evidencia de los registros sobre el tipo de procedimiento que se realizó que incluyan el consentimiento informado, tampoco existe un procedimiento donde indique la información sobre la preparación y el cuidado que debe tener el paciente en caso de que le realicen un procedimiento que no requiera de hospitalización como es el caso de curaciones, lavado de oído, extracción de uñas encarnadas etc. Tampoco hay guías de manejo para patologías de urgencias.

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC). Es la forma a través de la cual una institución debe implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que reciben los usuarios(26).

8.2.6 Historia clínica.

Ver resultados en estándar transversal.

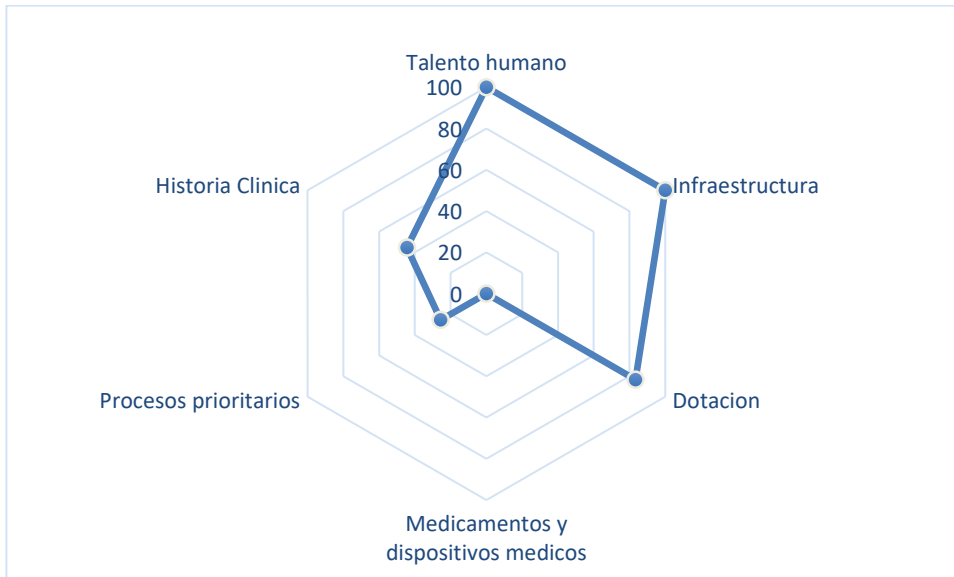
8.3 Medicinas alternativas.

En la tabla número 3 se muestra la situación específica del servicio de medicinas alternativas frente a las características que demanda la norma 2003 del 2014.

Tabla 3. Resultados para el servicio de medicinas alternativas.

| MEDICINAS ALTERNATIVAS | cumple | no cumple | total, ítem | Respecto al ítem (%) | Respecto al total (%) |
|-------------------------------------|---------------|------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Talento humano | 1 | 0 | 1 | 100 | 1% |
| Infraestructura | 11 | 0 | 11 | 100 | 15% |
| Dotación | 5 | 1 | 6 | 83,3 | 7% |
| Medicamentos y dispositivos médicos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% |
| Procesos prioritarios | 12 | 35 | 47 | 25,5 | 16% |
| Historia Clínica | 4 | 5 | 9 | 44,4 | 5% |
| | | | 74 | | |

Fuente: autoras



Grafica3. Porcentajes para el servicio de medicinas alternativas.

Fuente: autoras

8.3.1 Talento Humano.

Los resultados obtenidos reflejan un cumplimiento en el talento humano del 100%. Dado a que el CAS cuenta con un profesional especialista en medicinas alternativas y esta terapia solo podrá ser ejercida por médicos titulados en universidades reconocidas por el estado de acuerdo con la ley 14 de 1962, con formación específica en la o las terapias alternativas que practique y que acrediten el registro profesional vigente (27). Brindando a la comunidad universitaria un servicio diferente a la medicina convencional.

8.3.2 Infraestructura.

Ver resultados de consulta externa general.

8.3.3 Dotación.

Ver resultados de consulta externa general.

Dado a que el CAS presta el servicio de Neuralterapia, el porcentaje de cumplimiento para este ítem evaluado es del 83% debido a que no se cuenta con un equipo básico de urgencias

con los medicamentos, como la adrenalina, soluciones y elementos médicos, como jeringas, pulsioxímetro, mascarillas, material de intubación, desfibrilador, que garanticen el manejo y control en caso de presentarse una reacción anafiláctica, dado a que es una reaccionalérgica grave generalizada de comienzo brusco y que puede ser mortal (28).

Tampoco se evidencia una trazabilidad de las jeringas y agujas desechables utilizadas en la terapia neural. Adicionalmente, la tecnovigilancia tiene por objeto la identificación y la cualificación de eventos e incidentes adversos serios e indeseados producidos asociados a estos, con base en la notificación, registro y evaluación sistémica, con el fin de determinar la frecuencia, gravedad e incidencia de los mismos para prevenir su aparición y disminuir la carga de morbilidad(29).

8.3.3 Medicamentos y dispositivos médicos.

El resultado de cumplimiento para este ítem es de 0% y se puede afirmar que en el centro médico de la universidad no cuenta con medicamentos y dispositivos médicos debido a que no son utilizados para la práctica. Esto se puede evidenciar en la herramienta de auditoría que se utilizó donde la totalidad de los ítems evaluados están marcados como “no aplica”.

Para el caso de la acupuntura que requiere de la utilización de los siguientes elementos como agujas para acupuntura, moxas y ventosas, electroacupuntor, son elementos que deberían estar en el CAS para que la comunidad universitaria pueda acceder al servicio de medicina alternativa con el fin de prevenir, curar, aliviar las enfermedades o síntomas y rehabilitar a la persona. (27).

Sin embargo, el no uso de estas técnicas puede ser por varios factores; uno de ellos es la subutilización del servicio por desconocimiento por parte de los usuarios (estudiantes, docentes, funcionarios) y esto genera poca demanda, o por otra parte el CAS no cuenta con el apoyo financiero por parte de la universidad para la compra y adquisición de los equipos que se requieren.

8.3.4 Procesos prioritarios.

Ver resultados en estándar trasversal

Adicional a esto, los resultados reflejan un cumplimiento del 25% dado que cada medicina alternativa debe contar con las indicaciones y contraindicaciones propias que se realicen en el CAS, esto el fin de evitar posibles hallazgos que puedan afectar la salud de los pacientes y la prestación del servicio.

8.3.5 Historia clínica.

Ver resultados en estándar trasversal.

8.4 Priorización de Estrategias

Luego de hacer el análisis de los servicios que ofrece el centro médico de la UDCA se encontró que el mismo no cumple con los requerimientos que exige la norma 2003 del 2014 se propone una priorización de estrategias, con la que se busca cumplir con los estándares establecidos.

Tabla 4. Priorización de estrategias

| P | Estrategia | Puntajes | | |
|---|---|----------|-----------|-------|
| | | Leidy A. | Magd a B. | Total |
| 1 | I-Solicitar al departamento de mantenimiento de la universidad para realizar la instalación de la unidad sanitaria apta para los estudiantes en condición de discapacidad | 102 | 120 | 222 |
| 2 | V- Definir y documentar todas las especificaciones técnicas del uso de medicamentos, homeopáticos y dispositivos médicos que cumplan con los estándares exigidos por norma. Res 2003 del 2014 que garantice la prestación del servicio. | 94 | 120 | 214 |
| 3 | R- Realizar auditorías internas que permitan verificar el cumplimiento del manual para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares del CAS. | 96 | 116 | 212 |
| 4 | S- Generar normas de seguimiento de las historias clínicas para asegurar las buenas prácticas clínicas, que permita mantener registros adecuados | 84 | 120 | 204 |

| | | | | |
|----|---|----|-----|-----|
| 5 | W- Realizar una guía para la prestación de los servicios de medicinas alternativas (neural terapia y homeopatía) que ofrece la universidad. | 92 | 110 | 202 |
| 6 | U- Entrenar al personal del cas en programas de seguridad del paciente y posibles riesgos de atención en caso de presentarse una urgencia vital | 94 | 104 | 198 |
| 7 | C- Crear programa de capacitación en el CAS para las personas que hacen parte de él, en temas que sean pertinentes. | 98 | 90 | 188 |
| 8 | N- Generar una revisión de las condiciones de prestación de los servicios en relación con el uso de equipo biomédicos requeridos, con el objetivo de establecer los protocolos pertinentes. | 86 | 100 | 186 |
| 9 | J- Involucrar al talento humano del cas en los programas de educación continua que ofrece la universidad en temas relacionados con la salud. | 80 | 100 | 180 |
| 10 | X- Definir los lineamientos para la relación docencia - servicio para mejorar la atención de los servicios ofertados | 76 | 94 | 170 |
| 11 | Y- Habilitar servicio de Protección Específica y Detección Temprana en las sedes av. Boyacá y calle 72. | 86 | 76 | 162 |
| 12 | B- Realizar inventario de equipos biomédicos evaluando su estado actual, que nos permita posibles calibraciones o cambios de tecnología | 84 | 76 | 160 |
| 13 | O- Teniendo en cuenta el equipo que existe, con el ánimo de fortalecer el tiempo de atención se vincule otro médico general. | 84 | 68 | 152 |
| 14 | F-Generar programas de capacitación en manejo de residuos, para la comunidad universitaria a través del departamento de bienestar universitario. | 58 | 78 | 136 |
| 15 | L- Habilitar los servicios de protección específica y detección temprana para poder generar alianzas con los laboratorios y así liderar dichos programas. | 76 | 52 | 128 |
| 16 | K- involucrar al CAS dentro del programa de seguridad del paciente de la red norte. | 54 | 68 | 122 |
| 17 | E- Aprovechamiento del registro de historias clínicas para el uso en posibles proyectos de investigación. | 54 | 64 | 118 |
| 18 | T- Hacer un análisis si se requieren mecanismos para la atención de pacientes bajo ciertas características críticas mientras llega el transporte. | 46 | 58 | 104 |
| 19 | Z- Gestionar con la dirección del programa de medicina estudiantes que se encuentren en campo de práctica que puedan apoyar al médico de planta. | 44 | 52 | 96 |
| 20 | P- Con el recurso financiero que cuenta la universidad, | 56 | 32 | 88 |

| | | | | |
|----|--|----|----|----|
| | solicitar revisión de las sedes av. Boyacá y calle 72 para realizar un diagnóstico y se pueda habilitar el servicio de Protección Específica y Detección Temprana. | | | |
| 21 | H- Con el recurso humano del CAS se pueden realizar campañas complementarias que realice la universidad en conjunto con la red norte | 50 | 32 | 82 |
| 22 | M- A través del servicio de bienestar universitario dar a conocer los servicios que presta el CAS en la sede 222. | 38 | 42 | 80 |
| 23 | G-A través de la alianza de la universidad con laboratorios, el grupo humano del CAS podría liderar programas de salud | 37 | 28 | 65 |
| 24 | Q- Mantener el médico especialista en medicinas alternativas y se contrata un médico general. | 36 | 28 | 64 |
| 25 | A- Realizar un inventario de las instalaciones, para diseñar un presupuesto destinado a hacer ajustes | 29 | 25 | 54 |
| 26 | D- Revisar posibles necesidades en salud que puedan ser atendidas en medicina homeopática a partir del perfil de morbilidad de la universidad. | 24 | 24 | 48 |

Fuente: autoras

Una vez implementada la herramienta matriz de Holmes, realizada por cada una de las investigadoras, de manera independiente, se obtiene que el grado de prioridad es común para ambas, lo anterior debido a que para las investigadoras son claros los parámetros exigidos por la norma para la prestación de los servicios habilitados actualmente en el CAS.

8.5 Matriz 5W+2H.

Tabla 5. Resultados en costo de la matriz 5W+2H.

| Estrategias | CUANTO |
|---|------------|
| I-Solicitar al departamento de mantenimiento de la universidad para realizar la instalación de la unidad sanitaria apta para los estudiantes en condición de discapacidad | \$ 76.666 |
| V- Definir y documentar todas las especificaciones técnicas del uso de medicamentos, homeopáticos y dispositivos médicos que cumplan con los | \$ 102.707 |

| | |
|---|--------------|
| estándares exigidos por norma. Res 2003 del 2014 que garantice la prestación del servicio. | |
| R- Realizar auditorías internas que permitan verificar el cumplimiento del manual para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares del CAS. | \$ 182.081 |
| S- Generar normas de seguimiento de las historias clínicas para asegurar las buenas prácticas clínicas, que permita mantener registros adecuados | \$ 129.999 |
| W- Realizar una guía para la prestación de los servicios de medicinas alternativas (neuralterapia y homeopatía) que ofrece la universidad. | \$ 76.666 |
| U- Entrenar al personal del cas en programas de seguridad del paciente y posibles riesgos de atención en caso de presentarse una urgencia vital | \$ 102.707 |
| C- Crear programa de capacitación en el CAS para las personas que hacen parte de él, en temas que sean pertinentes. (actualizaciones en temas de salud) | \$ 76.666 |
| N- Generar una revisión de las condiciones de prestación de los servicios en relación con el uso de equipo biomédicos requeridos, con el objetivo de establecer los protocolos pertinentes. | \$ 256.039 |
| J- Involucrar al talento humano del cas en los programas de educación continua que ofrece la universidad en temas relacionados con la salud. | \$ 76.666 |
| X- Definir los lineamientos para la relación docencia - servicio para mejorar la atención de los servicios ofertados | \$ 76.666 |
| Y- Habilitar servicio de Protección Específica y Detección Temprana en las sedes av. Boyacá y calle 72. | \$ 129.999 |
| B-Realizar inventario de equipos biomédicos evaluando su estado actual, que nos permita posibles calibraciones o cambios de tecnología | \$ 53.333 |
| O- Teniendo en cuenta el equipo que existe, con el ánimo de fortalecer el tiempo de atención se vincule otro médico general. | \$ 2.300.000 |
| F-Generar programas de capacitación en manejo de residuos, para la | \$ 129.999 |

| | |
|--|-----------------------------------|
| comunidad universitaria a través del departamento de bienestar universitario. | |
| L- Habilitar los servicios de protección específica y detección temprana para poder generar alianzas con los laboratorios y así liderar dichos programas. | \$ 182.081 |
| K- involucrar al CAS dentro del programa de seguridad del paciente de la red norte. | \$ 182.081 |
| E-Aprovechamiento del registro de historias clínicas para el uso en posibles proyectos de investigación. | dependiendo el diseño del estudio |
| T- Hacer un análisis si se requieren mecanismos para la atención de pacientes bajo ciertas características críticas mientras llega el transporte. | \$ 76.666 |
| Z- Gestionar con la dirección del programa de medicina estudiantes que se encuentren en campo de práctica que puedan apoyar al médico de planta. | \$ 76.666 |
| P- Con el recurso financiero que cuenta la universidad, solicitar revisión de las sedes av. Boyacá y calle 72 para realizar un diagnóstico y se pueda habilitar el servicio de Protección Específica y Detección Temprana. | \$ 76.666 |
| H- Con el recurso humano del CAS se pueden realizar campañas complementarias que realice la universidad en conjunto con la red norte | \$ 182.081 |
| M- A través del servicio de bienestar universitario dar a conocer los servicios que presta el CAS en la sede 222. | \$ 129.999 |
| G-A través de la alianza de la universidad con laboratorios, el grupo humano del CAS podría liderar programas de salud | \$76.666 |
| Q- Mantener el médico especialista en medicinas alternativas y se contrata un médico general. | No requiere inversión. |
| A- Realizar un inventario de las instalaciones, para diseñar un presupuesto destinado a hacer ajustes | \$ 53.333 |
| D- Revisar posibles necesidades en salud que puedan ser atendidas en | \$ 76.666 |

| | |
|---|--|
| medicina homeopática a partir del perfil de morbilidad de la universidad. | |
|---|--|

*Fuente: Autoras

Tabla 6. Costos personal del CAS.

| costos | | |
|---|-----------|---------|
| | mensual | diario |
| Salario mensual médico general | 2.300.000 | 76.666 |
| Salario mensual auxiliar de enfermería | 1.600.000 | 53.333 |
| Salario mensual pasante Química Farmacéutica. | 781.242 | 26041 |
| Salario mensual pasante Enfermería. | 781.242 | 26041 |
| Total todo el talento humano del CAS | 5.462.484 | 182.081 |

*cifras tomadas de los contratos del personal.

Los resultados obtenidos después de realizar la matriz 5W+2H se ven reflejados en los costos que genera cada estrategia con el fin de garantizar el mejoramiento de la prestación del servicio en el CAS.

Se estima una inversión de \$4'883.099 lo cual va a garantizar varios aspectos como es el caso del talento humano, con la implementación de un médico general en la jornada de la tarde se va a generar mayor oferta en la prestación del servicio y mayor seguridad para la atención hacia los usuarios.

A nivel de infraestructura, se disminuyen las posibilidades o el riesgo de que ocurra algún tipo de evento adverso ya que la universidad cuenta con personal en condición de discapacidad.

Por parte de la historia clínica se garantiza la privacidad, el registro, la conservación, la trazabilidad y el cumplimiento a la resolución 1995 de 1999.

En procesos prioritarios con la implementación de toda la parte documental se garantiza que todos los servicios que se prestan en el CAS se realicen bajo guías, protocolos, procesos, procedimientos, manuales que brinden confiabilidad en la prestación del servicio, de igual manera queda preparado en caso de que se presente una visita de verificación por parte de la secretaria de salud.

Habilitando el servicio de “protección específica y detección temprana” se preste el servicio enfermería de manera integral para todas las sedes de la universidad (calle 222

campus norte, calle 72 y av. Boyacá) con el fin de dar cumplimiento a los programas de promoción y prevención que ofrece el CAS.

8.6 Indicadores

A continuación se presentan los indicadores de gestión para las oportunidades de mejora propuestas que son medibles por medio de números, las demás estrategias no son incluidas debido a que son estrategias de gestión y no tienen formas de ser medidas, estas solo requieren de su implementación.

Tabla 7. Indicadores de cumplimiento.

| Estrategia | Formula | meta |
|---|---|-------|
| R- Realizar auditorías internas que permitan verificar el cumplimiento del manual para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares del CAS. | $\frac{\# \text{ de hallazgos con incumplimiento}}{\text{numero de criterios a evaluar}} \times 100$ | ≥ 95% |
| S- Generar normas de seguimiento de las historias clínicas para asegurar las buenas prácticas clínicas, que permita mantener registros adecuados | $\frac{\# \text{ de historias clinicas con incumpliento}}{\# \text{ de historias clinicas evaluadas}} \times 100$ | ≥ 95% |
| C- Crear programa de capacitación en el CAS para las personas que hacen parte de él, en temas que sean pertinentes. | $\frac{\# \text{ de capacitaciones realizadas}}{\# \text{ de capacitaciones programadas}} \times 100$ | ≥ 95% |
| J- Involucrar al talento humano del cas en los programas de educación continua que ofrece la universidad en temas relacionados con | $\frac{\# \text{ de personas asistentes}}{\# \text{ de personas programadas}} \times 100$ | ≥ 95% |

| | | |
|---|--|-------|
| la salud. | | |
| B- Realizar inventario de equipos biomédicos evaluando su estado actual, que nos permita posibles calibraciones o cambios de tecnología | $\frac{\# \text{ de equipos con verificación efectiva metrologica}}{\# \text{ total de equipos programados para verificación}} \times 100$ | ≥ 95% |
| O- Teniendo en cuenta el equipo que existe, con el ánimo de fortalecer el tiempo de atención se vincule otro médico general. | $\frac{\# \text{ de horas de disponibilidad del medico}}{\# \text{ de horas ofertadas del servicio}} \times 100$ | ≥ 95% |

Se estableció una meta $\geq 95\%$ para todos los indicadores, puesto a que miden un estándar de obligatorio cumplimiento.

Una vez se ejecuten las tareas, se calculen dichos indicadores, y se evidencie que alguno o algunos no cumplen la meta establecida, el personal del CAS debe realizar una nueva estrategia la cual debe garantizar el cumplimiento de la meta.

Tabla 8. Cronograma Project.

| responsable | Task Name | Duration | Start | Finish | Predecessors |
|---|---|----------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Médico General encargado de la coordinación del CAS | I- Solicitar al departamento de mantenimiento de la universidad para realizar la instalación de la unidad sanitaria apta para los estudiantes en condición de discapacidad | 1 day | lun. 12/02/18 9:00 a. m. | lun. 12/02/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, pasante de Química Farmacéutica | V- Definir y documentar todas las especificaciones técnicas del uso de medicamentos, homeopáticos y dispositivos médicos que cumplan con los estándares exigidos por norma. Res 2003 del 2014 que garantice la prestación del servicio. | 5 days | lun. 19/02/18 9:00 a. m. | vie. 23/02/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, pasante de Química Farmacéutica, auxiliar de enfermería, pasante de enfermería | R- Realizar auditorías internas que permitan verificar el cumplimiento del manual para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares del CAS. | 1 day | lun. 26/02/18 9:00 a. m. | lun. 26/02/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, auxiliar de enfermería | S- Generar normas de seguimiento de las historias clínicas para asegurar las buenas prácticas clínicas, que permita mantener registros adecuados | 2 days | lun. 5/03/18 9:00 a. m. | mar. 6/03/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS titulado con la especialidad médica en medicinas alternativas. | W- Realizar una guía para la prestación de los servicios de medicinas alternativas (neural terapia y homeopatía) que ofrece la universidad. | 5 days | lun. 12/03/18 9:00 a. m. | vie. 16/03/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, pasante de Química Farmacéutica | U- Entrenar al personal del cas en programas de seguridad del paciente y posibles riesgos de atención en caso de presentarse una urgencia vital | 5 days | mar. 20/03/18 9:00 a. m. | lun. 26/03/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS | C- Crear programa de capacitación en el CAS para las personas que hacen parte de el, en temas que sean pertinentes. | 5 days | lun. 2/04/18 9:00 a. m. | vie. 6/04/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, auxiliar de enfermería, pasante de Química Farmacéutica | N- Generar una revisión de las condiciones de prestación de los servicios en relación con el uso de equipo biomédicos requeridos, | 3 days | lun. 9/04/18 9:00 a. m. | mié. 11/04/18 7:00 p. m. | |

| | | | | | |
|---|---|--------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| | con el objetivo de establecer los protocolos pertinentes. | | | | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, departamento de Bienestar universitario | J- Involucrar al talento humano del cas en los programas de educación continua que ofrece la universidad en temas relacionados con la salud. | 1 day | vie. 13/04/18 9:00 a. m. | vie. 13/04/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, direcciones de los programas de Química Farmacéutica, Enfermería y medicina | X- Definir los lineamientos para la relación docencia - servicio para mejorar la atención de los servicios ofertados | 1 day | lun. 16/04/18 9:00 a. m. | lun. 16/04/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, auxiliar de enfermería | Y- Habilitar servicio de Protección Específica y Detección Temprana en las sedes av. Boyacá y calle 72. | 5 days | lun. 23/04/18 9:00 a. m. | vie. 27/04/18 7:00 p. m. | |
| Auxiliar de enfermería | B- Realizar inventario de equipos biomédicos evaluando su estado actual, que nos permita posibles calibraciones o cambios de tecnología | 1 day? | lun. 30/04/18 9:00 a. m. | lun. 30/04/18 7:00 p. m. | |
| Departamento de talento humano UDCA | O- Teniendo en cuenta el equipo que existe, con el ánimo de fortalecer el tiempo de atención se vincule otro médico general. | 5 days | mié. 2/05/18 9:00 a. m. | mar. 8/05/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, auxiliar de enfermería, Departamento de bienestar universitario. | F-Generar programas de capacitación en manejo de residuos, para la comunidad universitaria a través del departamento de bienestar universitario. | 5 days | lun. 7/05/18 9:00 a. m. | vie. 11/05/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, pasante de Química Farmacéutica, auxiliar de enfermería, pasante de enfermería | L- Habilitar los servicios de protección específica y detección temprana para poder generar alianzas con los laboratorios y así liderar dichos programas. | 5 days | lun. 23/04/18 9:00 a. m. | vie. 27/04/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, pasante de Química Farmacéutica, auxiliar de enfermería, pasante de enfermería | K- involucrar al CAS dentro del programa de seguridad del paciente de la red norte. | 3 days | mar. 15/05/18 9:00 a. m. | jue. 17/05/18 7:00 p. m. | |
| Estudiantes interesados en realizar estudios de | E-Aprovechamiento del registro de historias clínicas para el uso en | 1 day | lun. 5/03/18 9:00 a. m. | lun. 5/03/18 7:00 p. m. | |

| | | | | | |
|--|--|--------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| investigación, docentes de los programas de química farmacéutica, medicina, enfermería, médico general encargado de la coordinación del CAS. | posibles proyectos de investigación. | | | | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS | T- Hacer un análisis si se requieren mecanismos para la atención de pacientes bajo ciertas características críticas mientras llega el transporte. | 5 days | lun. 21/05/18 9:00 a. m. | vie. 25/05/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, dirección del programa de medicina | Z- Gestionar con la dirección del programa de medicina estudiantes que se encuentren en campo de práctica que puedan apoyar al médico de planta. | 1 day | lun. 16/04/18 9:00 a. m. | lun. 16/04/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, direcciones de los programas de Química Farmacéutica, Enfermería y medicina | P- Con el recurso financiero que cuenta la universidad, solicitar revisión de las sedes av. Boyacá y calle 72 para realizar un diagnóstico y se pueda habilitar el servicio de Protección Específica y Detección Temprana. | 5 days | lun. 23/04/18 9:00 a. m. | vie. 27/04/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, pasante de Química Farmacéutica, auxiliar de enfermería, pasante de enfermería | H- Con el recurso humano del CAS se pueden realizar campañas complementarias que realice la universidad en conjunto con la red norte | 3 days | lun. 28/05/18 9:00 a. m. | mié. 30/05/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS, auxiliar de enfermería, Departamento de bienestar universitario. | M- A través del servicio de bienestar universitario dar a conocer los servicios que presta el CAS en la sede 222. | 5 days | lun. 7/05/18 9:00 a. m. | vie. 11/05/18 7:00 p. m. | |
| Médico General encargado de la coordinación del CAS | G-A través de la alianza de la universidad con laboratorios, el grupo humano del CAS podría liderar programas de salud | 1 day | lun. 28/05/18 9:00 a. m. | lun. 28/05/18 7:00 p. m. | |
| Departamento de talento humano UDCA | Q- Mantener el médico especialista en medicinas alternativas y se contrata un médico general. | 5 days | mié. 2/05/18 9:00 a. m. | mar. 8/05/18 7:00 p. m. | |
| Auxiliar de enfermería, | A- Realizar un inventario de las instalaciones, para diseñar un presupuesto destinado a hacer ajustes | 1 day | lun. 30/04/18 9:00 a. m. | lun. 30/04/18 7:00 p. m. | |

| | | | | | |
|--|--|--------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Médico General encargado de la coordinación del CAS titulado con la especialidad médica en medicinas alternativas. | D- Revisar posibles necesidades en salud que puedan ser atendidas en medicina homeopática a partir del perfil de morbilidad de la universidad. | 5 days | lun. 12/03/18 9:00 a. m. | vie. 16/03/18 7:00 p. m. | |
|--|--|--------|-----------------------------|-----------------------------|--|

9. CONCLUSIONES

A partir de toda la información anteriormente plasmada fue posible llegar a las siguientes conclusiones:

1. Se evaluó y generó un diagnóstico para las condiciones de habilitación en la prestación de servicios del centro de atención en salud de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A, utilizando las herramientas estratégicas:
Matriz FODA, Matriz 5W + 2H, Matriz de priorización de Holmes y Cronograma Microsoft Project.
2. Se generó una línea base de información, sobre las condiciones existentes en el periodo de Julio a Diciembre del año 2017, verificando cada estándar de habilitación para la prestación del servicio en el centro de atención en salud de la universidad.
3. Se generó una planeación estratégica a partir de una priorización de estrategias, en la cual se debe iniciar con la adecuación de la infraestructura respecto a la unidad sanitaria para personas con discapacidad, seguido por definir y documentar todas las especificaciones técnicas del uso de medicamentos, homeopáticos y dispositivos médicos que cumplan con los estándares exigidos por norma (Resolución 2003 del 2014) que garantice la prestación del servicio, abordando el estándar de procesos prioritarios, se hace necesario realizar auditorías internas que permitan verificar el cumplimiento del manual para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares del CAS; realizar una guía para la prestación de los servicios de medicinas alternativas (neural terapia y homeopatía) que ofrece la universidad.
Por otra parte, se hace necesario generar normas de seguimiento de las historias clínicas para asegurar las buenas prácticas clínicas, que permita mantener registros adecuados.

10. RECOMENDACIONES.

- Se sugiere la implementación completa de todas las estrategias propuestas
- Se debe establecer un equipo evaluador del proceso de implementación del plan de mejora.
- Establecer la pertinencia de continuar con el servicio de medicinas alternativas.

BIBLIOGRAFIA

1. Colombia. Consejo Superior de la Judicatura. [Internet]; [Consultado 9 Oct 2017] Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents>.
2. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014, mayo 28, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El ministerio; 2014[Internet]; [Consultado 10 Sep 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad./Resolución>
3. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014, mayo 28, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El ministerio; 2014[Internet]; [Consultado 10 Sep 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad./Resolución>.
4. Bohórquez B, Jiménez C. Verificación de estándares de habilitación en una ips clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá [Internet] Bogotá: Universidad EAN;2012 [Consultado 9 Oct 2017] Disponible en: <repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2001/JimenezCarolina2012.pdf>.
5. Colombia. Ministerio de educación Nacional. Lineamientos de política de bienestar para instituciones de educación superior[Internet][Consultado 10 Ago 2017] Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-360314_recurso.pdf
6. Lara N, Saldaña Y, Fernández N, Delgadillo HJ. Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. [Internet].2015, julio [Consultado 13 Ago 2017]. Disponible en : <https://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a08.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010–2018 [Internet]; [Consultado 22 Sep 2017].Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>

8. Universidad Austral de Chile. Centro desalud universitario [Internet][Consultado 22 Sep 2017]. Disponible en: <https://www.uach.cl/alumnos>.
9. Colombia. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. Acuerdo No 388, Dic 11 2014, por el cual actualiza el reglamento de bienestar social universitario en la U.D.C.A. Bogotá. 2014.
10. N Araujo, A Benavidez, E Rosero, C Santacruz. verificación de estándares de habilitación y propuesta de plan de mejora aplicada en los laboratorios de la universidad cooperativa de Colombia sede pasto [Internet]; [Consultado 10 Sep 2017] Disponible en:http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4330/1/Verificacion_Estandares.pdf
11. Ministerio de Salud y Protección Social [Internet] Bogotá; [Consultado 10 Sep 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
12. YL Velandia. propuesta para la estandarización de un proceso de conciliación medicamentosa en pacientes con artritis reumatoide, en una ips especializada en Bogotá D.C. [Internet] Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2017]; [Consultado 10 Dec 2017] Disponible en:<https://repository.udca.edu.co:8080/.../PROPUESTA>
13. Flórez Cano, Milagros y Olivera Gomez D. Algunos modelos de planeación. Bogotá; 2013.
14. Nueva ISO [Internet] Santiago; 2014 [Consultado 10 sep 2017] Disponible en:<http://www.nueva-iso-9001-2015.com/2014/10/iso-9001-fundamentos-gestion-calidad/>
15. Ponce Talancón, Humberto, La matriz foda: alternativa de diagnóstico y determinación de estrategias de intervención en diversas organizaciones. Enseñanza e Investigación en Psicología [en línea] 2007, 12 (enero-junio) : [Fecha de consulta: 10 de febrero de 2018] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29212108>> ISSN 0185-1594
16. Ministerio de la Protección Social. [Internet]. [Consultado 2017 diciembre 20 2017] Disponible en: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%203.1/2.4matrices.html>

17. Instituto para el desarrollo empresarial y administrativo. Técnica de los cinco por quès [Internet]. [Consultado 2017 diciembre 20 2017] Disponible en: <https://www.idea.edu.pe/herramientas/7taherramientadecalidad5W2H.do>
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores[Internet].[Consultado 2017 diciembre 20 2017] Disponible en:https://www.dane.gov.co/files/planificacion/fortalecimiento/cuadernillo/Guia_construccion_interpretacion_indicadores.pdf
19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Manual de indicadores [Internet].[Consultado diciembre 18 2017] Disponible en:https://www.cepal.org/ilpes/noticias/.../MANUAL_INDICADORES_MODULO_IV.pdf
20. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución no 14 861 del 4 de octubre de 1985.Por la cual se dictan normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de las personas en el ambiente y en especial de los minusválidos.Bogota.1985; [Internet].[Consultado diciembre 18 2017] Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../Resolución%2014861%20de%201985>
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS[Internet].[Consultado septiembre 18 2017] Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Farmacéutica Nacional. Bogotá: El ministerio; 2014[Internet]; [Consultado 10 Sep 2017] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pol%C3%A9utica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>
23. Colombia. Ministerio de Salud. resolución número 1995 de 1999.Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Bogotá.1999; [Internet].[Consultado octubre 10 2017] Disponible en:https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

24. Colombia. Ministerio de Salud. resolución número 9279 de 1993. Por la cual se adopta el manual de normalización del competente traslado para la Red nacional de urgencias y se dictan otras disposiciones. Bogotá.1993; [Internet].[Consultado febrero 7 2017] Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-9279-DE-1993.pdf>
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”[Internet].[Consultado febrero 7 2017] Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.2007 [Internet].[Consultado febrero 7 2017] Disponible en:<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
27. Colombia. Ministerio de Salud. resolución número 2927 DE 1998. Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones. Bogotá. 1998; [Internet].[Consultado febrero 7 2017] Disponible en:<http://www.cancer.gov.co/images/pdf/NORMATIVA/RESOLUCIONES/19.%20resolucion-2927-1998.pdf>
28. Portal de las vacunas de la Asociación Española de Pediatría. capítulo 4 - anafilaxia: preparación del material y tratamiento inicial en el punto de vacunación. Madrid. 1999; ; [Internet].[Consultado febrero 7 2017] Disponible en:<http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-4>
29. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. ABC de tecnovigilancia.2012; [Internet].[Consultado febrero 7 2017] Disponible en:<https://www.invima.gov.co/images/pdf/tecnovigilancia/ABC%20Tecnovigilancia%20INVIMA.pdf>