

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR

**DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.S**

**EVA PAOLA PUELLO TORRES
CARMEN ROCIO PEÑALOZA PEÑALOZA
ANGELICA MARIA PUELLO TORRES**

CARTAGENA DE INDIAS, D.T. y C.

©2009

**DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.**

**TRABAJO DE GRADO
PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTAS EN
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO A LA
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLIVAR**

**Por:
EVA PAOLA PUELLO TORRES
CARMEN ROCIO PEÑALOZA PEÑALOZA
ANGELICA MARIA PUELLO TORRES**

**Asesor de Tesis:
NETTY HUERTAS CARDOZO**

CARTAGENA DE INDIAS, D.T. y C.

©2009

Cartagena de Indias D.T. y C, Octubre de 2.009

Señores:

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLÍVAR

Atn: Dra. Netty Huertas Cardozo

Cartagena

Cordial saludo,

Por medio de la presente hacemos entrega del proyecto de “**DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.**” diseñado como requisito para optar el titulo de Especialistas en Gerencia de Servicios de Salud.

Atentamente,

ANGELICA MARIA PUELLO TORRES

EVA PAOLA PUELLO TORRES

C.C. 30.882.653 de Arjona – Bolívar

C.C. 33.102.779 de Cartagena - Bolívar

CARMEN ROCIO PEÑALOZA PEÑALOZA

C.C. 45.504.013 de Cartagena - Bolívar

Cartagena de Indias D.T. y C, Octubre de 2.009

Señoras:

EVA PAOLA PUELLO TORRES

CARMEN ROCIO PEÑALOZA PEÑALOZA

ANGELICA MARIA PUELLO TORRES

Cartagena

Cordial saludo,

Por medio de la presente les informamos que el trabajo integrador titulado **“DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.”** fue aprobado y autorizado por la asesora y directora del programa Especialización en Gerencia de Servicios de Salud.

Atentamente,

NETTY HUERTAS CARDOZO

Directora del Programa Especialización en Gerencia de Servicios de Salud.

Asesora de Tesis

Cartagena de Indias D.T. y C, Octubre de 2.009

Señores:

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLÍVAR
Atn: COMITÉ EVALUACION DE PROYECTOS
Cartagena

Cordial saludo,

Nos permitimos de la manera más respetuosa presentar ante ustedes para su estudio, consideración y aprobación, el informe final del trabajo de grado titulado **“DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.”** dirigido por la Dra. Netty Huertas Cardoso y desarrollado por nosotras, como requisito parcial para obtener el título de Especialistas en Gerencia en Servicios de Salud.

Atentamente,

ANGELICA MARIA PUELLO TORRES **EVA PAOLA PUELLO TORRES**
C.C. 30.882.653 de Arjona – Bolívar C.C. 33.102.779 de Cartagena - Bolívar

CARMEN ROCIO PEÑALOZA PEÑALOZA
C.C. 45.504.013 de Cartagena – Bolívar

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias D. T. y C., Octubre de 2.009

AUTORIZACION

Yo, ANGELICA MARIA PUELLO TORRES, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 30.882.653 de la ciudad de Arjona - Bolívar, autorizo a la Universidad Tecnológica de Bolívar a hacer uso del trabajo titulado “**DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.**” y publicarlo en el catalogo ONLINE de la Biblioteca.

ANGELICA MARIA PUELLO TORRES

C.C. 30.882.653 de Arjona

AUTORIZACION

Yo, CARMEN ROCIO PEÑALOZA PEÑALOZA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 45.504.013 de la ciudad de Cartagena, autorizo a la Universidad Tecnológica de Bolívar a hacer uso del trabajo titulado “**DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.**” y publicarlo en el catalogo ONLINE de la Biblioteca.

CARMEN ROCIO PEÑALOZA PEÑALOZA

C.C. 45.504.013 de Cartagena - Bolívar

AUTORIZACION

Yo, EVA PAOLA PUELLO TORRES, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 33.102.779 de la ciudad de Cartagena, autorizo a la Universidad Tecnológica de Bolívar a hacer uso del trabajo titulado “**DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.**” y publicarlo en el catalogo ONLINE de la Biblioteca.

EVA PAOLA PUELLO TORRES

C.C. 33.102.779 de Cartagena

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN	
1. PROPUESTA DE INVESTIGACION.....	2
1.1. Planteamiento del Problema	2
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	6
1.3. OBJETIVOS.....	9
1.3.1. Objetivo General	9
1.3.2. Objetivos Especificos	9
1.4. MARCO TEORICO	10
1.4.1. BASES TEORICAS.....	10
1.4.1.1. Recien Nacido: Concepo y Riesgo	10
1.4.1.1.1. Clasificacion del Recien Nacido.....	11
1.4.1.2. Unidades de Neonatologia	13
1.4.1.3. Calidad: Origen, Definicion, Evolucion Historica	14
1.4.2. MARCO LEGAL	16
1.5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	18
1.5.1. DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
1.5.2. RECOLECCION DE LA INFORMACION	19
1.5.2.1. Fuentes y Técnicas de Recolección de la Información	19
1.5.2.1.1. Fuentes de información primaria.....	19
1.5.2.1.2. Fuentes de información secundaria	19
1.5.3. DELIMITACION	20
1.5.3.1. Delimitación Espacial.....	20
1.5.3.2. Delimitación Temporal	20
1.5.3.3. Delimitación Conceptual	20
1.5.3.4. Poblacion y Tamaño de la Muestra.....	20
1.5.4. Procesamiento e interpretacion de los Resultados	20
2. ANALISIS DE PERCEPCION DE LOS FUNCIONARIOS DE LA I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A. SOBRE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD (SOGC)	22
2.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS FUNCIONARIOS DE LA I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A.....	22
3. DESCRIPCION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION	30

3.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA IPS UCI NEONATAL DE COUNTRY S.A. CON EL MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN, RESOLUCIÓN 1043 DE 2.006, ANEXO TÉCNICO N° 1	30
4. ACCIONES DE MEJORAMIENTO	36
4.1. Recursos Humanos	36
4.2. Infraestructura – Instalaciones Físicas y Mantenimiento	37
4.3. Dotación y Mantenimiento.....	38
4.4. Medicamentos y Dispositivos Médicos.....	38
4.5. Procesos Prioritarios Asistenciales	39
4.6. Historias Clínicas y Registros Asistenciales	39
4.7. Interdependencia de Servicios	39
4.8. Referencia y Contrarreferencia	40
4.9. Seguimiento a Riesgos	40
5. CONCLUSIONES	41

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

LISTA DE GRAFICOS

<u>Grafico 1</u> Sabe usted que es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGC)?	22
<u>Grafico 2</u> Cuáles son los componentes del SOGC?	23
<u>Grafico 3</u> El SOGC está reglamentado en el Decreto 1011 del 2006?.....	24
<u>Grafico 4</u> El Certificado de Habilitación en Salud es otorgado por?	25
<u>Grafico 5</u> Los prestadores de servicios de salud (IPS) están obligados a habilitar sus servicios?	26
<u>Grafico 6</u> Los prestadores de servicios de salud (IPS) están obligados a acreditar sus servicios?	27
<u>Grafico 7</u> Uno de los siguientes no hace parte del Manual de Estándares y verificación	28
<u>Grafico 8</u> Cuál de los siguientes es un estándar del Sistema Único de Habilitación?	28
<u>Grafico 9</u> Recurso Humano	30
<u>Grafico 10</u> Infraestructura – Instalaciones Físicas y Mantenimiento	30
<u>Grafico 11</u> Dotación y Mantenimiento.	31
<u>Grafico 12</u> Medicamentos y Dispositivos Médicos	31
<u>Grafico 13</u> Procesos Prioritarios Asistenciales	32
<u>Grafico 14</u> Historias Clínicas y Registros Asistenciales	33
<u>Grafico 15</u> Interdependencia de Servicios.....	33
<u>Grafico 16</u> Referencia y Contrarreferencia	34
<u>Grafico 17</u> Seguimiento a Riesgo	34
<u>Grafico 18</u> Cuál de los siguientes es un estándar del Sistema Único de Habilitación?	35

LISTA DE CUADROS

<u>Cuadro 1</u> El SOGC debe ser aplicado en las siguientes instituciones, excepto	24
<u>Cuadro 2</u> El Certificado de Acreditación en Salud es otorgado Por?	25
<u>Cuadro 3</u> El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas para la prestación de servicios de salud?	26

LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1 Organigrama I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A.</u>	8
<u>Figura 2 Neonato Prematuro</u>	11
<u>Figura 3 Sala de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.</u>	13

LISTA DE ANEXOS

<u>Anexo A Criterio de Admision a UCIN.....</u>	45
<u>Anexo B Guia para el diseño de Unidades de Cidado Critico en Pediatria.....</u>	45
<u>Anexo C Carta dirigida al Director de la I.P.S.. ..</u>	51
<u>Anexo D Encuesta.</u>	52
<u>Anexo E Herramienta creada con base en el Manual Unico de Estandares y Verificacion, Resolucion 1043 de 2.006.</u>	56

RESUMEN

El adecuado manejo del recién nacido en las unidades de cuidados intensivos, requiere de infraestructura, dotación y recurso humano especialista en esta área. Es por esto que hemos querido determinar en este estudio la situación actual de la I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A., ubicada en la ciudad de Cartagena, infraestructura de la Clínica Materno Infantil del Country, verificando sus recursos y procesos basándonos en la aplicación de la normatividad colombiana vigente para todos los prestadores de servicios de salud.

Mediante la utilización de los criterios aplicables a la I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A., y específicamente lo relacionado con la atención del neonato, estipulado en la resolución 1043 del 2.006, realizamos la verificación de los estándares de habilitación. Al evaluar cada uno de los estándares a través de las herramientas creadas (encuesta y la verificación de los estándares de habilitación) pudimos determinar las condiciones mínimas de Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas, Dotación - Mantenimiento, Medicamentos y Dispositivos Médicos, Procesos Prioritarios Asistenciales, Historia Clínica y Registros Asistenciales, Interdependencia de Servicios, Referencia y Contra referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de Servicios de esta Unidad, logrando así obtener una descripción general de los factores que influyen directa e indirectamente en el manejo de los Recién Nacidos y las áreas susceptibles de ser mejoradas, como son la falta de espacio de ciertas Unidades que afectan tanto en el cuidado del neonato, la comodidad de los profesionales para efectuar ciertos procedimientos, adicional a las áreas destinadas a la atención y espera de los familiares, quienes requieren de información adecuada para el cuidado de sus hijos y que se convierten en receptores de cualquier tipo de situación ante el estado del neonato internado.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos diez años, en la ciudad de Cartagena, el cuidado intensivo neonatal ha alcanzado cambios significativos debidos principalmente a los avances en la medicina perinatal y ante la necesidad de atención de los neonatos prematuros extremos y con malformaciones congénitas. Con el advenimiento de estas nuevas tecnologías, la ventana de la vida se ha ido ampliando en forma significativa, permitiendo la sobrevida¹ de muchos recién nacidos que antes no sobrevivían.

Los recién nacidos (RN) menores de 1500g. que coinciden con edad gestacional menor de 31 Semanas, tradicionalmente se han denominado pretérminos extremos y en Cartagena constituyen alrededor del 1% de los nacidos vivos, siendo en nuestro país el 0,92%, mientras que los menores de 1.000g. dan cuenta sólo del 0,34%. El impacto que tiene este grupo de recién nacidos pretérmino extremo en la mortalidad neonatal es enorme; siendo responsable aproximadamente del 50 a 70% de la mortalidad neonatal y de un 25 a 30 % de la mortalidad infantil.

Existen numerosas publicaciones en la literatura médica acerca de la sobrevida y pronóstico de los recién nacidos prematuros extremos, sin embargo resulta difícil establecer comparaciones entre ellas, ya que la mayoría difieren en el tamaño de la muestra, en la heterogeneidad de las Poblaciones estudiadas como también en el uso de diferentes definiciones. Pero está claramente demostrado que el lugar (ciudad y/o clínicas) de nacimiento influye significativamente en el pronóstico, ya que existen importantes diferencias tanto tecnológicas como en recursos y también en las diferentes prácticas neonatales y obstétricas.

Actualmente en la ciudad existen 12 doce unidades de cuidados intensivos neonatal, de las cuales muchas han sido cerradas por incumplimiento en los requisitos mínimos para ser habilitadas como prestadores en salud.

De modo que resulta muy oportuno en nuestra ciudad, conocer e identificar las características estructurales, recursos humanos, técnicos y unidades de apoyo con qué cuenta esta unidad neonatal y compararlas con lo que se ha publicado como esencial para el manejo adecuado de los recién nacidos de alto riesgo.

1. PROPUESTA DE INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema

La sociedad política es considerada, como el aparato coercitivo para garantizar que las masas populares se amolden al tipo de producción y economía de un momento dado. "En situaciones de crisis, como la actual, se producen los siguientes fenómenos:

- a) Migración del capital productivo al financiero;
- b) Desempleo como disciplinamiento social;
- c) Contracción del mercado de consumidores;
- d) Endeudamiento público creciente, y

Este fenómeno, común en muchos países de Latinoamérica, hace que el modelo neoliberal se presente como la fórmula de salvación de la crisis referida".²

La implementación de las políticas neoliberales y de las medidas de ajuste que se profundizan en el país, desde la década del setenta, van a significar el cuestionamiento del llamado **Estado Benefactor**.

El ideario neoliberal posiciona al ámbito privado como responsable de las actividades ligadas al cuidado de la salud y desliga al Estado como garante y financiador de la salud poblacional, quedando solo bajo su jurisdicción los problemas de salud o los sectores no cubiertos por el ámbito privado.³

Debido a esto, en Colombia se han expedido varias normas y mecanismos en diferentes instituciones de servicios, educativas y financieras, en cumplimiento con los requerimientos dados por instituciones como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. En el sector salud puede decirse que comenzó con la municipalización de la salud, ley 10 de 1.990, fortalecida con el establecimiento del Sistema General de Seguridad Social, que reformó el Sistema Nacional de Salud vigente, mediante la Ley 100 de 1.993, fundamentada moralmente en la doctrina liberal y orientada a incrementar los mecanismos del mercado en el sector de la salud. Aunque la reforma se promovió como un mecanismo necesario para resolver los problemas del sector y especialmente para atenuar las inquietudes que golpeaban con mayor fuerza a los más pobres, esta promesa no se cumplió y

¹ Definición de Sobrevida: Vida más allá de lo esperado.

² Guerra, M. David, El Neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 24, No. 2, Colombia 2006. p 142-143.

algunas inequidades incluso se acentuaron. Aunque para el resto del mundo esta reforma del sistema fue catalogada como la más equitativa por su desempeño financiero.

“El sistema anterior estaba compuesto por tres subsistemas, a) el sistema público, conformado por una red de hospitales y centros de salud que atendía a las personas de bajos ingresos y a los desempleados y estaba financiado con fondos que otorgaba el Estado directamente a las instituciones prestadoras de servicios; b) el subsistema de aseguramiento, conformado por una red de hospitales y centros para la atención de los trabajadores, financiado con aportes de los empleadores y empleados; c) el sistema privado, formado por instituciones que atendían a quienes pagaban la atención de forma directa o mediante sistema de prepago”⁴.

La reforma Colombiana se basó en los conceptos del pluralismo estructurado y de la llamada atención controlada. En términos generales, los lineamientos que siguió el modelo aplicado fueron: a) implantación del sistema de aseguramiento, b) creación de un mecanismo de mediación financiera entre los asegurados y los proveedores de los servicios, que introdujo en el sector de la salud a empresas aseguradoras del sector financiero, c) establecimiento de un sistema de subsidio parcial para las personas sin capacidad de pago y d) aplicación de un plan básico o de beneficios en el que los pacientes debían cubrir las necesidades no contempladas por el plan⁵.

El modelo aplicado en Colombia se fundamenta moralmente en la teoría liberal, que privilegia el respeto a los derechos civiles y políticos, como son el derecho a la vida, la integridad física, la libertad, la propiedad privada y el voto, entre otros.

Uno de los efectos más representativos de la ley, se dio con la estructura de los hospitales públicos, transformándose en Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales fueron obligadas a crear mecanismos tendientes a la autosostenibilidad y gestión financiera. Por otro lado, los hospitales públicos de la red estatal dentro de su plataforma institucional, tuvieron que acomodarse a la reglamentación vigente,

³ Guerra, M. David, Op Cit p 142

⁴ Castaño, A. Luz Stella, El derecho a la salud en Colombia, una propuesta para su fundamento moral. Revista Panam de Salud Publica/Pan Am J Public Health. Vol. 18, No. 2, Colombia 2006. p 129 - 130.

⁵ Castaño, A. Luz Stella, Op Cit p 130.

por medio de la creación de cargos administrativos, muchos de los cuales llevaron al déficit económico en algunos de ellos.

El Ministerio de la Protección Social, crea el 27 de septiembre de 2004, con el decreto 3154, el programa de reorganización, rediseño y modernización de la red de prestación de servicios de salud, el cual se ejecutará con apoyo de las direcciones territoriales y el Ministerio de Hacienda. La aplicación de este programa ha llevado a una reforma de las nóminas de las Empresas Sociales del Estado y a utilizar los mecanismos de tercerización, lo que ha generado un cambio en las condiciones laborales de los empleados públicos y a prescindir de los servicios de algunos de ellos por supresión de cargos independientemente de su condición contractual y de inscripción en la carrera administrativa.

El programa de reorganización, rediseño y modernización, contempla dentro de su ejecución, el seguimiento que busca mejorar los procesos de gestión que garanticen un mejor uso de los recursos, flexibilizar la administración de los recursos mediante la contratación externa de los servicios no relacionados directamente con la actividad productiva del hospital, y por último realizar el pago de los pasivos prioritarios.

Ante estos cambios implementados en el sector salud por las políticas neoliberales de la globalización, se hace urgente plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud para competir en el libre mercado, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes de las instituciones de salud y así garantizar su lealtad y por ende la supervivencia de la misma.

Para lograr esto es indispensable, en todas las instituciones prestadoras de salud, realizar un diagnóstico empresarial que permita verificar y analizar los procesos de habilitación, con el fin de generar conciencia, para poder lograr los cambios necesarios, que garanticen servicios de salud con calidad y eficiencia, e iniciar un proceso de mejoramiento continuo para seguir prestando servicios acorde a las necesidades del mercado.

A principios del año 2.000, surge la idea de construir una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, considerando la necesidad de atención neonatal oportuna a los recién nacidos en la ciudad de Cartagena; fue entonces cuando un grupo de médicos en cabeza de los fundadores de la Clínica Materno Infantil del Country crearon la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A.

Cuya misión es *“Somos una IPS comprometida con la salud de nuestros usuarios, apoyados de un recurso humano, técnico-científico, competente y de excelente calidad, enfocados a la satisfacción de nuestros clientes. Ser además reconocida como una institución promotora de la formación del personal e investigación”*. Y la visión es *“Ser líderes en la ciudad de Cartagena en el año 2.010, como la IPS reconocida, por la más alta tecnología avanzada y de un recurso humano competente, comprometido con la satisfacción de nuestros usuarios”*⁶

La I.P.S UCI Neonatal del Country S.A., inicia con cinco camas dentro de la Clínica Materno Infantil del Country, rápidamente fue creciendo debido a la demanda del entorno y de la necesidad del servicio. A través del tiempo ha ido evolucionando, acorde con la modernización en el ámbito de la cultura de competitividad. Hoy por hoy cuenta con 11 camas en cuidados Intensivos, 15 camas en cuidados intermedios, dando un total de 26 camas, atendiendo niños mayor de 28 semanas de gestación hasta 30 días de vida postnatal de nacido.

Actualmente enfrenta diferentes problemas, de los más importantes son la dinámica del mercado y el auge en la creación de nuevas unidades de cuidado intensivo neonatal. Donde todos buscan posicionarse y estar a la vanguardia.

Este hecho ha afectado a la institución de tal forma que ha iniciado un proceso de cambio que incluye modernización de su planta física y de todos los procesos asistenciales y administrativos, enfrentándose paradójicamente a la resistencia y a la poca cultura de cambio del personal, especialmente los más antiguos.

¿Cuál es el diagnóstico actual de la I.P.S. UCI Neonatal del COUNTRY S.A., dentro del proceso de obtención del certificado de habilitación en salud?

⁶ Manual de Calidad I.P.S UCI del Country, 2.005

1. 2. JUSTIFICACION

Un neonato o recién nacido es un bebé que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido. El concepto se ajusta a nacidos pre-término, a término y pos-término, aquellos que nacen pasados los nueve meses del embarazo. Durante los primeros 30 días de vida, se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos. No todas las anomalías genéticas se manifiestan por su clínica en el momento del nacimiento, pero con el manejo adecuado, se pueden descubrir, prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del nuevo ser humano.

La mortalidad neonatal es el indicador que se usa para expresar el riesgo de fallecer o las expectativas de sobrevivida de los recién nacidos durante los primeros 28 días de vida. Es un indicador de amplio uso pues indica las condiciones del embarazo y el parto de una población que a su vez está relacionado con su estado socioeconómico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y calidad de atención de los servicios de salud. La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento (niño que después de la expulsión completa de la madre, independientemente de la edad gestacional, respire o dé alguna señal de vida) hasta los 28 días de vida⁷. Según la OMS, las principales causas directas de la mortalidad neonatal en el mundo fueron asfixia (21%), neumonía (19%), tétanos (14%), malformaciones congénitas (11%), prematuridad (10%) y sepsis (10%)⁸; 98% de las muertes neonatales ocurren en países en desarrollo⁹. En Colombia, como en muchos de estos países, la mortalidad neonatal cada vez representa una mayor proporción de la mortalidad infantil, aportando el 57% de los decesos en el primer año de vida, con una tasa de 19 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos¹⁰. Esta tendencia ya había sido observada en Cali desde 1982, cuando el componente

⁷ Child Health Research Project Special Report. Reducing perinatal and neonatal mortality. Baltimore: Johns Hopkins University, 1999; 3: 1-48.

⁸ World Health Organization. Basic newborn resuscitation: A practical guide. Geneva: WHO; 1997.

⁹ World Health Organization. Op Cit

¹⁰ Child Health Research Project Special Report. Op Cit P. 1-48

neonatal constituía 57.6% de la mortalidad infantil¹¹. Pero actualmente la mortalidad neonatal ha descendido significativamente en los últimos 20 años. Los principales factores que han incidido en este fenómeno han sido, además de la mejoría socioeconómica del país, el buen control del embarazo y atención profesional del parto; la regionalización de la atención perinatal; el inicio del cuidado intensivo neonatal y la buena atención del recién nacido al nacer, que incluye una adecuada reanimación.

Las unidades de cuidado intensivo neonatal han evolucionado permitiendo la sobrevivencia de los recién nacidos de bajo peso y prematuros; en consecuencia se han desarrollado técnicas y procedimientos sofisticados para la atención de los neonatos. La Academia Americana de Pediatría define las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatales (UCIN) como los “Cuidados constantes y continuos que recibe el recién nacido (RN) gravemente enfermo”. Se entiende entonces por Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) a la sala que dispone de personal, equipo, espacio físico y una estructura administrativa necesaria para tratar en forma ininterrumpida cualquier emergencia o patología, aguda o grave del recién nacido (RN).

Los cuidados hospitalarios de los RN de muy bajo peso al nacer (MBPN) son prácticas eficaces, en su mayoría de prevención secundaria, que disminuyen la morbimortalidad en forma relevante. Las Unidades de Cuidados intensivos son desde su creación un eslabón de vital importancia en la atención del niño críticamente enfermo. La efectividad de una UCIN debe ser medida no sólo por el número de vidas salvadas, sino también por la calidad de vida a largo plazo de los RN y sus familias.

En la búsqueda de la calidad y eficiencia como estrategia competitiva, se requiere el mejoramiento de las condiciones de calidad, el incremento de la productividad, la reducción de los costos y la mejor satisfacción de los clientes, para ello es necesario eliminar las barreras que interrumpen el flujo de trabajo y modernizar los procesos para reducir el desperdicio y disminuir los costos.

Los diferentes procesos de la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A, como son: procesos gerenciales (control de gestión, planificación y asignación de recursos), procesos asistenciales (Admisión del paciente, ingreso, atención, tratamiento y

¹¹ Rey H, Starck C, Montes HF. Mortalidad infantil evitable. Componente neonatal. Colomb Med 1990; 21: 36-142.

egreso del paciente), y los procesos de apoyo (recursos humanos, manteniendo, compras, gestión de cobros, medición – análisis y mejora y control de documentos y registros) (Ver Figura No. 1), proporcionan a la institución los recursos, estrategias, planes y objetivos necesarios para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos.

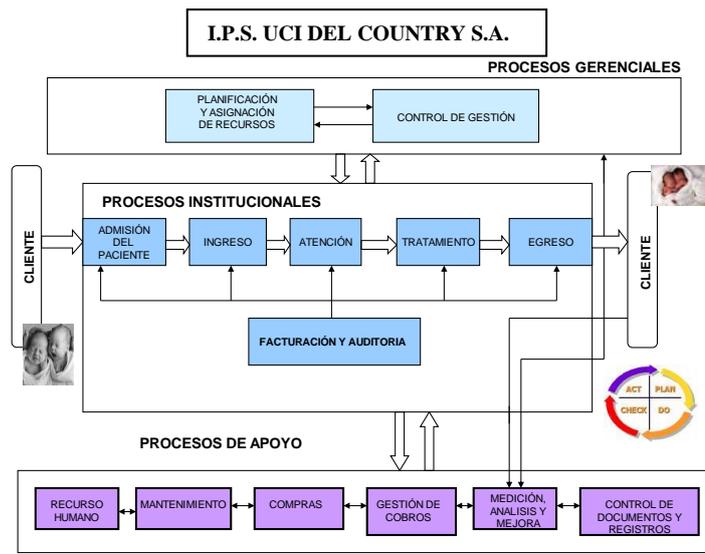


Figura No. 1 Organigrama I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A.
Fuente: Manual de Calidad I.P.S UCI Neonatal del Country S.A.

Con el presente trabajo se pretende realizar un diagnóstico del estado actual del proceso de habilitación de la unidad de cuidado intensivo neonatal I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A., a través de la verificación del cumplimiento de los estándares exigidos en el manual de habilitación, establecido en la resolución 1043 de 2.006; y mediante la creación de una herramienta que permita determinar el nivel de conocimiento del personal que labora en la institución acerca del proceso de habilitación. Así mismo sugerir planes de acción pertinentes que les facilite la toma de decisiones, las cuales les permitan llevar a la organización hacia la consecución de su certificación.

Es por eso que este estudio es de gran importancia para el Área de Salud Pública, porque muestra la situación actual de La unidad de cuidados intensivos neonatal, I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A., de acuerdo a los Requerimientos Mínimos que estas Unidades deben cumplir, según el Estándar utilizado en la normatividad vigente en Colombia.

Junto con ello, damos a conocer las carencias y fortalezas que esta I.P.S. posee, dando así, herramientas a su personal, administrativo y asistencial, que le permitan de una manera más eficaz el logro de sus objetivos.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar la situación actual de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A., basándose en los Requerimientos Mínimo exigidos por la ley, Resolución 1043 de 2.006 Y Decreto 1011 de 2.006, para lograr Su certificación de habilitación.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Verificar el cumplimiento de los condiciones establecidos en el Manual único de Estándares y verificación, resolución 1043 de 2.006, anexo técnico N.1, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A.,
2. Cuantificar en forma porcentual los resultados obtenidos de la verificación del cumplimiento de los estándares exigidos.
3. Crear planes de mejoramiento, según los resultados obtenidos en cada área (Unidad de cuidados básicos neonatales, Unidad de cuidados especiales neonatales y Unidad de cuidados intensivos neonatales), que permitan la consecución progresiva de los objetivos de cada estándar.

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1. BASES TEORICAS

1.4.1.1. Recién Nacido: Concepto y Riesgo

Desde el punto de vista estadístico, el período neonatal comprende los primeros 28 días de vida. A los primeros siete días de vida se les llama período neonatal precoz.

La mortalidad neonatal es el indicador más básico para expresar el nivel de desarrollo que tiene la atención del recién nacido en una determinada área geográfica o en un servicio. Esta se define como el número de recién nacidos fallecidos antes de completar 28 días por cada 1.000 nacidos vivos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda incluir como nacidos vivos a todos aquellos niños que tienen al nacer alguna señal de vida: respiración o palpitations del corazón o cordón umbilical, o movimientos efectivos de músculos de contracción voluntaria.

Las dos variables más importantes y determinantes de la mortalidad¹² y morbilidad¹³ de los RN son la prematurez y el bajo peso de nacimiento. La prematurez es el principal factor de riesgo para la salud del recién nacido (RN). Su prevención y tratamiento depende de la organización y calidad del cuidado perinatal. El parto prematuro es aquel que acontece antes de la semana 37 del embarazo, fecha en la que el bebé ya está totalmente desarrollado y apto para nacer sin ningún tipo de complicaciones. Un embarazo normal dura aproximadamente 41 semanas. Antes de las 22 semanas de gestación se habla de aborto y no de parto prematuro, ya que las posibilidades de que el bebé sobreviva prácticamente son inexistentes. Se estima que un bebé con un peso menor a 500 gr no puede sobrevivir fuera del vientre materno (Ver Figura N° 2).

¹² Mortalidad: Es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población.

¹³ Morbilidad: Son los efectos de una enfermedad en una población, en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado.



Figura Nº 2. Neonato Prematuro

Los mayores éxitos en la reducción de la mortalidad y morbilidad perinatales, han provenido de los avances estructurales, diagnósticos y terapéuticos en la medicina neonatal. Entre los primeros merece enfatizarse el papel desempeñado por las UCIS neonatales, cuya generalización en la década de los 70 promovió la difusión de los avances técnicos. En estas unidades se ha introducido la terapia con surfactante, la ecografía rutinaria, el tratamiento farmacológico, entre otros.

1.4.1.1.1. Clasificación del Recién Nacido

Los factores más determinantes en la sobrevivencia del recién nacido son su madurez expresada en la edad gestacional y el peso de nacimiento. Considerando estos dos parámetros, los recién nacidos se han clasificado de la siguiente manera:

➤ Según la Edad Gestacional:

1. Recién nacido de término (RNT): Aquellos nacidos mayores de 38 semanas de gestación y menores de 42 semanas de gestación.
2. Recién nacido pre-término (RNPT): Aquellos nacidos menores de 38 semanas de gestación. En esto seguimos el criterio de la Academia Americana de Pediatría, ya que la OMS considera pre-término a los recién nacidos menores de 37 semanas de gestación a partir de la fecha de última menstruación (FUM), es decir con menos de 259 días. Estos se clasifican en:

- Severos: Desde las 24 hasta las 30 semanas de gestación. Generalmente pesan entre 500 y 1500g. Su morbimortalidad es muy alta y requieren exhaustivo cuidado y manejo médico.
- Moderados: Entre las 31 y 36 semanas de gestación. En la mayoría de los casos, su peso oscila entre los 1.500 y 2.500 g. A pesar de las desventajas fisiológicas con que nacen, un buen manejo clínico les permite superar los inconvenientes.
- Leves o Límites: entre las 37 y 38 semanas de gestación. Habitualmente su peso de nacimiento es normal (2.500 a 3.250 g.) y son considerados como RN de término.

3. Recién nacido pos-termino (RNPT): Aquellos nacidos mayores de 42 semanas de gestación.

➤ Según su peso, si este es adecuado o no para su edad gestacional. Se clasifican en:

- Adecuados para la edad gestacional (AEG): Cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
- Pequeños para la edad gestacional (PEG): Cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- Grandes para la edad gestacional (GEG): Cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de: Recién nacido de muy bajo peso (RNMBP) aquellos con un peso menor de 1.500 g. y de extremo bajo peso (RNEBP) los menores de 1.000 g. Estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de más alto riesgo.

1.4.1.2. Unidades de Neonatología

Se define como Unidad de Neonatología, a la Unidad Clínica Pediátrica que garantiza la cobertura asistencial de los pacientes neonatales y la asistencia y reanimación en la sala de partos y quirófano (Ver Figura N° 3).



Figura N° 3. Sala de UCI Neonatal

Los criterios de admisión a una sala de cuidado intensivo neonatal (CIN) varían de acuerdo con la disponibilidad de espacio y prioridades de cada una. (Ver Anexo A - Criterio de admisión a UCIN). Una de las funciones más importantes de un servicio de este tipo, es la de prevenir que un RN de alto riesgo o moderadamente enfermo llegue a un estado grave. Para esto es necesario admitir en forma preventiva a un grupo de niños que potencialmente pueden sufrir un deterioro en sus funciones vitales antes que lleguen a un estado crítico.

En 1.993 la Academia Americana de Pediatría (AAP) junto con la sección de pediatría de la Sociedad de Cuidado Crítico en Medicina, crearon una Guía para el diseño de Unidades de Cuidado Crítico en Pediatría (Ver Anexo B), considerándose aspectos tanto organizativos como estructurales. Dichas guías fueron revisadas y modificadas con nuevos criterios y políticas en el 2.006.

En Colombia, la Resolución 4445 de 1.996, es la que establece las condiciones sanitarias mínimas que deben cumplir los establecimientos hospitalarios, sin embargo en su artículo 35, punto número dos, referente a los servicio de hospitalización de cuidados intensivos, no se especifica si estas son de adultos o pediátricas. Los requerimientos destinados a esta área son los siguientes:

Es el servicio destinado a la hospitalización de pacientes en estado crítico, que exige monitoreo continuo, asistencia médica y de enfermería permanente y utilización de equipos altamente especializados. Hacen parte de este servicio los siguientes ambientes:

- Oficina de coordinación.
- Vestuario y unidad sanitaria con ducha para el personal.
- Puesto de control y monitoreo.
- Sala de trabajo de enfermería, limpio.
- Sala de trabajo de enfermería, sucio.
- Depósito de medicamentos.
- Depósito de equipos y material esterilizado.
- Cubículos independientes con la dotación necesaria para el monitoreo permanente.
- Vestuario y filtro de acceso para visitantes.
- El área mínima por cubículo deberá ser de 8.00 m2.
- El puesto de control y monitoreo deberá estar centralizado con respecto a los cubículos, con el fin de tener una observación directa del paciente¹⁴.

1.4.1.3. CALIDAD: Origen, Definición, Evolución Histórica

La calidad tiene su origen en el latín y significa: “Atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios”. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la Sociedad Americana para la Calidad (ASQ): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.¹⁵

La gestión según Senlle 2000, es la acción y efecto de administrar una organización. Según expertos de Ohio recomiendan tener en cuenta tres variables para mejorar la gestión: preocupación por hacer el trabajo, esto es cumplir los objetivos de acuerdo a una planificación y organización adecuada; tratamiento de los recursos humanos, actitudes, motivaciones, formación y promoción y

¹⁴ Resolución 4445 de 1996, Artículo 35, punto 2, Servicio de Cuidados Intensivos.

¹⁵ http://translate.earthcam.com/ma/enwiki/es/American_Society_for_Quality

preocupación por la calidad en toda la organización. La gestión de calidad se ha convertido en el tema competitivo de muchas organizaciones Juran (2001), llegó a decir "Así como el siglo XX fue el siglo de la productividad, el siglo XXI será el siglo de la calidad". Juran también menciona en su Manual de calidad, que el término genérico de "gestión de la calidad total" significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usadas actualmente en todo el mundo para gestionar la calidad.

Dentro de los principales principios y conceptos de calidad están:

- La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.
- La concepción de clientes internos y externos.
- La participación y responsabilidad de la dirección en la calidad.
- La calidad no sólo debe buscarse en el producto, sino en todas las funciones de la organización.
- La participación del personal en el mejoramiento permanente de la calidad.
- La aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios.

Los resultados de la calidad son:

- Costos más bajos.
- Ingresos más altos.
- Clientes encantados.
- Empleados con poder.

Los tres enfoques fundamentales.

- En foque al cliente, esto es crear la fidelidad del cliente, Reichheld (1996).
- Mejora continua, mediante círculos de calidad, equipos de mejora de procesos, sistema de sugerencias e ideas creativas, etc.
- Valor de cada persona asociada.

El mercado competitivo induce (o incentiva) al mejoramiento del sistema, fundamentalmente en dos aspectos: Eficiencia (Costos) y Calidad. Si la competencia funciona adecuadamente debe producir los efectos buscados tanto en términos de eficiencia como de calidad, ya que las organizaciones participantes tomarán, cada una dentro de su condición particular, las acciones que consideren

necesarias para minimizar sus costos sin afectar los niveles mínimos de calidad establecidos como estándar, y viceversa.

El objetivo primordial de un sistema de salud es identificar las necesidades y problemas de una población buscando darles la mejor solución posible. Sin embargo, con el correr de los años ese fin último y primordial se ha desdibujado llevando a que otros objetivos obstaculicen la consecución del fin original y esencial.

Es imposible desconocer la progresiva disociación entre arte y ciencia en la práctica clínica. La carrera tecnológica tiene una de sus mejores manifestaciones en los servicios de salud. Grandes o sofisticados equipos, computadores personales, lectores de códigos de barras, van reemplazando los momentos de interacción cálida entre el paciente y el personal de salud, que en otros tiempos caracterizó la prestación de servicios y que en buena medida contribuía a la recuperación del afligido.

Los profesionales y técnicos en su constante interactuar con la tecnología y en la pasión por los hechos objetivos y medibles dejan de percibir los datos que el usuario de sus servicios intenta transmitir. Los juicios y decisiones se toman sobre hechos objetivos y la lectura de las angustias y aflicciones del paciente se desdibujan. Desaparece el arte y las soluciones sencillas, poco costosas y personalizadas dan paso a complejos exámenes diagnósticos y a costosos tratamientos. El paciente se siente insatisfecho y frente a esto, a veces su única posibilidad de acción es manifestar que no va a volver a utilizar los servicios y con sus historias, buscar que sus allegados se solidaricen en su decisión, para que tampoco lo hagan.

1.4.2. MARCO LEGAL

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.

La Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció en los artículos 186 y 227, la creación de un sistema de garantía de calidad y de acreditación en Salud, como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. El entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

A comienzos de los años noventa, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. Posteriormente en Agosto de 1994, el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido. En 1996, el Ministerio expidió la Resolución 4445, la cual establece las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios. Ese mismo año se emitió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC), en ella se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

El Ministerio de la Protección Social, a través de la Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2.003, adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2.003 que designa al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, como entidad acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de

concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

El 3 de Abril de 2.006, el Ministerio de la Protección Social, emite la Resolución 1043 y el decreto 1011, los cuales establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar sus servicios, e implementar el componente de auditoría, para el mejoramiento de la calidad de la atención, mediante un manual único de estándares y verificación; y el segundo establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de la Seguridad Social en Salud. Por último en Mayo de 2.006 el Ministerio, expide la Resolución 1445 y 1446, donde se establecen los estándares del Sistema Único de Acreditación, y los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de a atención en salud como último escalón en la consecución de un Sistema de salud, basado en calidad.

1.5. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

1.5.1. DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio se plantea con un enfoque cualitativo, con una perspectiva descriptiva y exploratoria la cual favorece la referencia de eventos y situaciones con el fin de desarrollar un análisis y comprensión del suceso problemático relacionado con las condiciones del funcionamiento de los procesos de la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A., pues es esa reflexión la que va a permitir plantear una solución y anticipar sobre el direccionamiento de la organización hacia el futuro.

El proceso descriptivo va más allá del puro fenómeno observacional puesto que la aplicación de las técnicas de indagación para solucionar el problema está influenciada por la clase de definición que se haga de las características del hecho constructivo.

El método cualitativo tal y como se propone es un punto de partida del análisis de la situación presente en la irregularidad que se describe en tanto que es éste método el que va a mostrar el camino para hacer una referencia precisa de las condiciones existentes en una situación determinada para alcanzar así la situación deseada.

1.5.2. RECOLECCION DE LA INFORMACION

1.5.2.1. Fuentes y Técnicas de Recolección de la Información.

Para el propósito de este estudio, se ha optado por dos técnicas de recolección de información, la primera es el uso de una encuesta, cuyo principal objetivo es evaluar el nivel de conocimiento con respecto a los procesos de habilitación que debe afrontar la institución. Su aplicación se realizó de una manera tal, que una persona denominada encuestada, diligenció el instrumento que representaba la encuesta y en los cuales generalmente estaban contenidos los interrogantes sobre el eje problemático. De acuerdo a la idea central, el instrumento utilizado presentó preguntas cerradas pertinentes con el tema de investigación. En las preguntas cerradas se trazó una limitante de preguntas de manera que el encuestado se viera impedido a escoger una alternativa, las encuestas fueron aplicadas a el personal que labora en la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A. y la segunda es la aplicación del manual único de estándares y verificación, el cual establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios.

1.5.2.1.1. Fuentes de información primaria

La información de primera mano con la cual se soporta la investigación será el resultado de la verificación de los estándares de habilitación, según lo exigido en la resolución 1043 de 2.006, por parte de los investigadores, además de los resultados de la encuesta realizada al personal que labora en este centro asistencial

1.5.2.1.2. Fuentes de información secundaria

Los conocimientos para información secundaria fueron aportados por fuentes literarias, son entre otros: Constitución Política de Colombia de 1.991; Legislación vigente; Ley 100 de 1.993, Resolución 4445 de 1.996, Resolución 1474 de 2.002, Decreto 1011 de 2.006, así como los Registros Institucionales de la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A.

1.5.3. DELIMITACION

1.5.3.1. Delimitación Espacial

Esta investigación se llevó a cabo en la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A. ubicado en el Barrio el Country, Cra. 8, # 8 – 117, 3 Piso, en Cartagena de Indias, D.T. y C., capital del departamento de Bolívar, en el territorio Colombiano.

1.5.3.2. Delimitación Temporal

Este estudio se llevó a cabo en el período comprendido entre Junio de 2.009 a Octubre de 2.009.

1.5.3.3. Delimitación Conceptual

El presente estudio gira en torno de la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación de una Institución prestadora de servicios de salud de cuarto nivel de complejidad, en aras de la prestación de un servicio de salud basado en calidad.

1.5.3.4. Población y Tamaño de la muestra

El universo de la investigación estuvo conformado por los funcionarios de la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A.

1.5.4. PROCESAMIENTO E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Las etapas a seguir para la realización del estudio son:

1. Elaboración de un cuestionario basado en preguntas sobre conceptos del SOGC según lo establecido en la legislación Colombiana vigente.
2. Solicitud de autorización por escrito dirigida al director de la Unidad la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal y/o al encargado de la unidad de neonatología, para llevar a cabo nuestro estudio.
3. Reunión inicial con director del hospital dando a conocer nuestro estudio.

- 4.** Reunión con los coordinadores encargados de cada área de la unidad dando a conocer este estudio.

- 5.** Aplicar cuestionario al personal que labora en la Unidad de Neonatología, obteniendo la información necesaria para el análisis de nuestro estudio. La información relacionada con las encuestas tuvo un tratamiento estadístico de tipo descriptivo, de acuerdo a la metodología empleada. Se tabularon los datos de frecuencia en términos de porcentaje para cada opción de respuestas en el Programa SPSS v 8.0. Posteriormente, se interpretaron los datos con el objetivo de evaluar el grado de conocimiento del personal que labora en la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A. sobre el SOGC.
- 6.** A partir de los datos recolectados en los instrumentos (Encuesta y Manual de Verificación), se procederá a recopilarlos y analizarlos para obtener los resultados.

- 7.** Elaboración de conclusiones y discusiones de nuestro estudio, especificando los factores que generan un déficit administrativo y asistencial, con base en los resultados obtenidos.

- 8.** Reunión final con el director de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal con los resultados finales del estudio, dando a conocer el diagnóstico actual de la unidad de neonatología y los planes de acción sugeridos a llevarse a cabo.

2. ANALISIS DE PERCEPCION DE LOS FUNCIONARIOS DE LA I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A. SOBRE EL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTIA DE LA CALIDAD (SOGC)

2.1 RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS FUNCIONARIOS DE LA I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A.

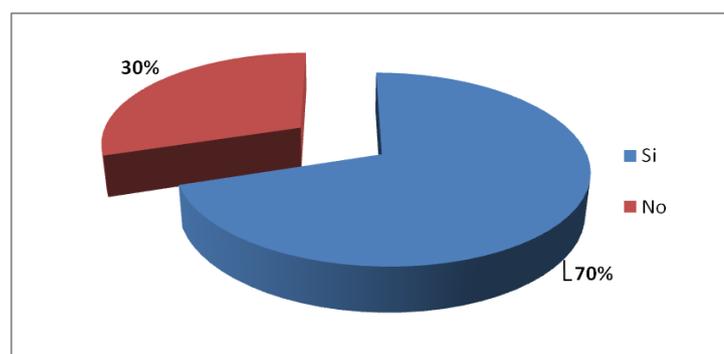
Prestar servicios con Calidad humana, tecnológica, científica, y administrativa debe ser el objetivo principal de las empresas encargadas de la prestación de servicios de salud en el país.

El Decreto 1011 de 2006 establece Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención Salud del Sistema General de Seguridad social en Salud.

La siguiente encuesta desea determinar el grado de conocimiento que tiene el personal de la UCI del Country, sobre el SOGC, sus resultados permitirán la toma de decisiones en pro de lograr el mayor reconocimiento en cuanto a prestación de servicios.

Fuente para todas las graficas: Encuestas a funcionarios de la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A. según Anexo D.

1. Sabe usted que es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGC)? (Gráfica N° 1).

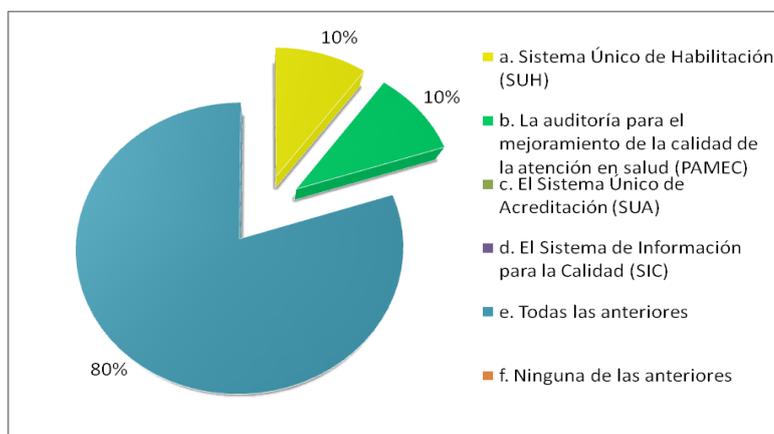


El SOGC Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (Decreto 1011 de 2006, Art. 2).

El resultado de la encuesta, muestra que un 70% de los funcionarios anotan que saben en qué consiste el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención

en Salud. Mientras que el 30% restante, afirma que No. Debemos partir del hecho, que para iniciar un proceso inicial de Habilitación y posterior de Acreditación todo el personal que hace parte de la institución debe conocer y manejar de manera correcta todo el marco conceptual relacionado con el SOGC. La falta de conocimiento sobre el SOGC, por parte de algunos funcionarios que laboran en la institución repercute de manera negativa en el proceso de obtención de la certificación, ya que este proceso no solo es responsabilidad de la gerencia o del personal asistencial, sino que debe involucrar a todos y cada uno de los personajes involucrados en cada proceso por pequeño que este sea.

2. Cuáles son los componentes del SOGC? (Gráfica N° 2).



COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

(Decreto 1011 de 2006, Art. 4).

El resultado de la encuesta, muestra que un 80% de las personas encuestadas conocen claramente los componentes del SOGC, lo cual es un paso importante para el poder identificar las necesidades de la empresa en cada uno de los componentes y de esta manera el papel que cada uno debe cumplir para poder alcanzar la certificación de calidad.

3. El SOGC debe ser aplicado en las siguientes instituciones, excepto: (Cuadro N° 1).

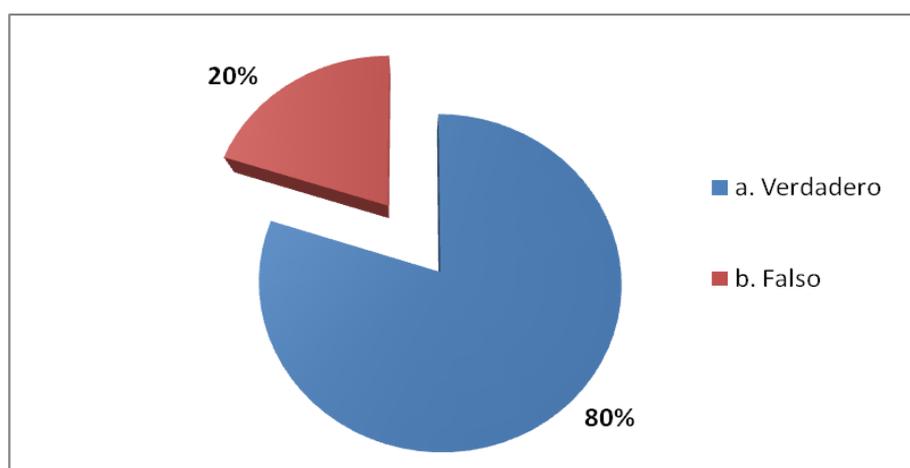
El SOGC debe ser aplicado en las siguientes instituciones, excepto:	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
IPS	0	0
EPS SUBSIDIADA	0	0
EPS CONTRIBUTIVA	0	0
ARP	0	0
EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA	10	100
Total	10	100

El SOGC se aplicará a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

(Decreto 1011 de 2006, Art. 1)

El resultado de la encuesta, muestra que el 100% de los encuestados contestó erróneamente, debido a que son las ARP las que no están incluidas en el SOGC.

4. El SOGC está reglamentado en el Decreto 1011 del 2006? (Gráfica N° 3).



El resultado de la encuesta, muestra que solo el 80% de los encuestados manifiestan conocer el marco legal del SOGC, cuyo principal componente es el Decreto 1011 de 2006.

5. El Certificado de Acreditación en Salud es otorgado por? (Cuadro N° 2).

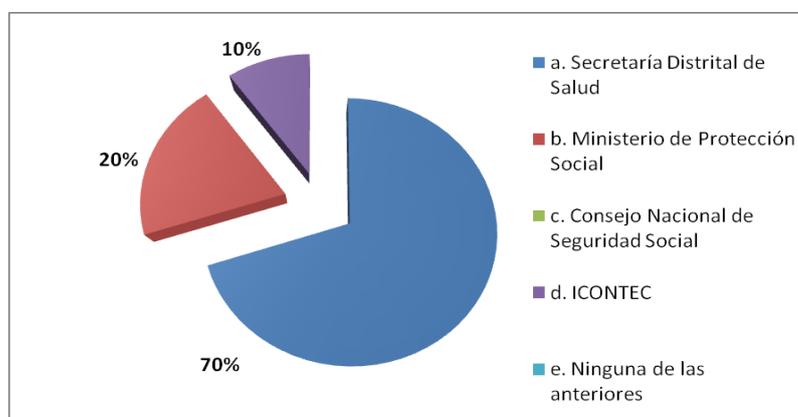
El Certificado de Acreditación en Salud es otorgado por?	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Secretaria Distrital de Salud	2	20
Ministerio de Protección Social	4	40
Consejo Nacional de Seguridad Social	0	0
ICONTEC	4	40
Ninguna de las anteriores	0	0
Total	10	100

El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación. (Decreto 1011 de 2006, Art. 43).

El Ministerio de la Protección Social, a través de la Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003, adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2003 que designa al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, como entidad acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA).

El resultado de la encuesta, muestra que los encuestados no identifican claramente quien debe expedir el certificado de acreditación, solo el 40% respondieron correctamente.

6. El Certificado de Habilitación en Salud es otorgado por? (Gráfica N° 4).



La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables a Prestador de Servicios de Salud, otorgara la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", (Decreto 1011, Art. 23)

El resultado de la encuesta, muestra que en cuanto al certificado de Habilidadación un porcentaje más alto, del 70%, sabe que este es otorgado por la Secretaria de Salud.

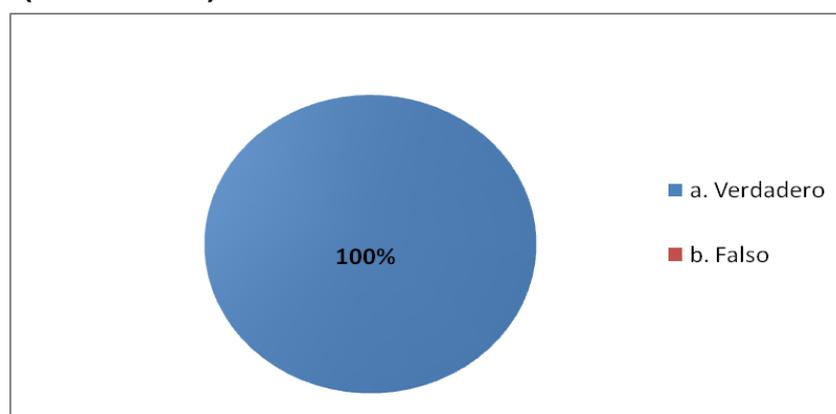
7. El Sistema Único de Habilidadación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas para la prestación de servicios de salud? (Cuadro N° 3).

El Sistema Único de Habilidadación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas para la prestación de servicios de salud?	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
Verdadero	10	100
Falso	0	0
Total	10	100

Decreto 1011 de 2006, Capitulo 1, Art. 6

El resultado de la encuesta, muestra que el total de la población encuestada reconoce la definición de Sistema Único de Habilidadación.

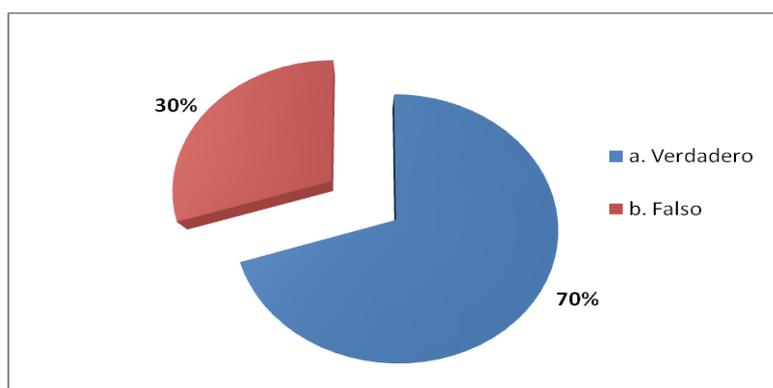
8. Los prestadores de servicios de salud (IPS) están obligados a habilitar sus servicios? (Gráfica N° 5).



(Decreto 1011 de 2006, Capítulo 1, Art. 6)

La totalidad de los encuestados conocen la obligatoriedad del Sistema Único de Habilitación.

9. Los prestadores de servicios de salud (IPS) están obligados a acreditar sus servicios? (Gráfica N° 6).

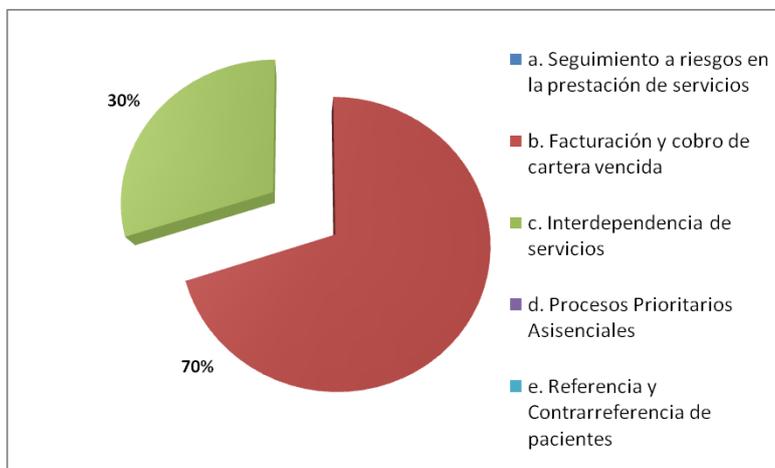


Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

(Decreto 1011 de 2006, Art. 41)

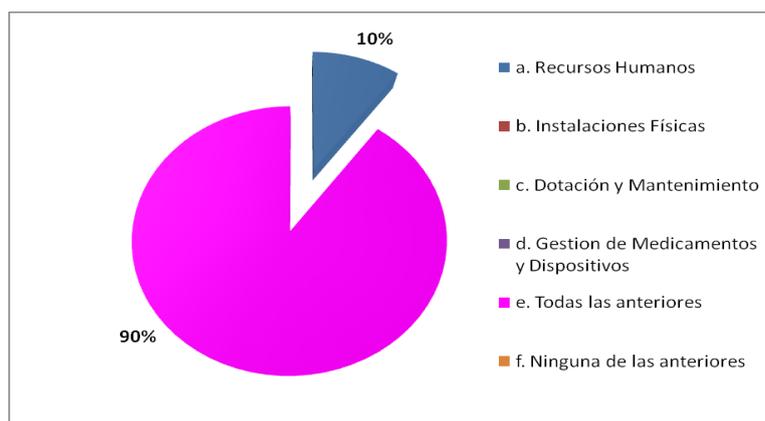
El resultado de la encuesta, muestra que un 70% de los encuestados, desconocen que las entidades No están obligadas a acreditar sus servicios, que este es proceso es voluntario.

10. Uno de los siguientes no hace parte del Manual de Estándares y verificación: (Gráfica N° 7).



Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006 Manual Único de Estándares y de Verificación. El resultado de la encuesta, muestra que el 70% de las personas identifican los estándares del Manual de verificación.

Gráfica - Cuadro 11.Cuál de los siguientes es un estándar del Sistema Único de Habilitación? (Gráfica N° 8).



Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006 Manual Único de Estándares y de Verificación. El resultado de la encuesta, muestra que el 90% de las personas encuestadas conocen cuales son los estándares a verificar en el proceso de Habilitación.

3. DESCRIPCION DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION

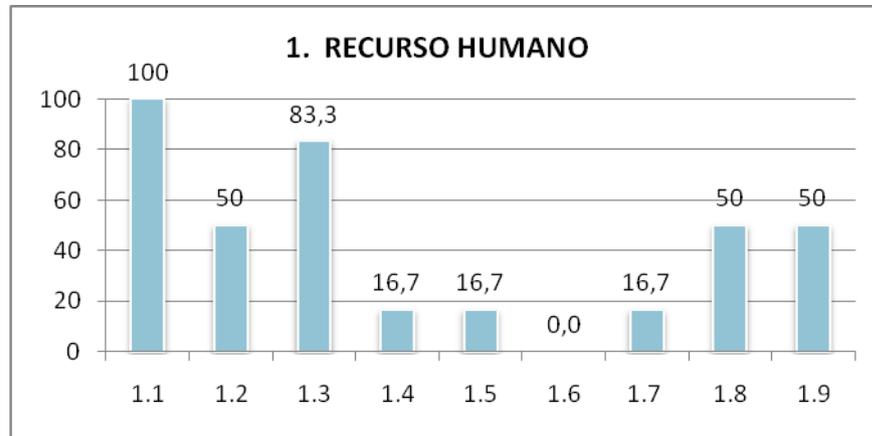
3.1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA IPS UCI NEONATAL DE COUNTRY S.A. CON EL MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN, RESOLUCIÓN 1043 DE 2.006, ANEXO TÉCNICO N.1

El objetivo primordial de un sistema de salud es identificar las necesidades y problemas de una población buscando darles la mejor solución posible. Es por esto que el Gobierno en su búsqueda de mejora continua crea con el Decreto 1043 de 2006, el Manual Único de Estándar y Verificación, en el cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para Habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

La aplicación de la herramienta creada se basa en los conceptos de la resolución 1043 de 2006, específicamente los que conforman el Manual Único de Estándares y Verificación del Anexo técnico No. 1. Con el objetivo de evaluar los aspectos que debe cumplir la IPS UCI Neonatal del Country S.A. y de esta forma desarrollar un análisis y comprensión de los diferentes estándares, relacionado con las condiciones del funcionamiento de la Institución, para poder identificar las falencias que presentan, pues es esta reflexión la que va a permitir plantear una solución, generando planes de mejoramiento los cuales nos ayudaran a anticiparnos sobre el direccionamiento de la organización hacia el futuro.

Fuente para todas las graficas: Aplicación de la herramienta basada en el Manual único de Estándares y verificación, resolución 1043 de 2.006, anexo técnico N.1 (Área de Unidad de Cuidado Intensivos) Según Anexo E.

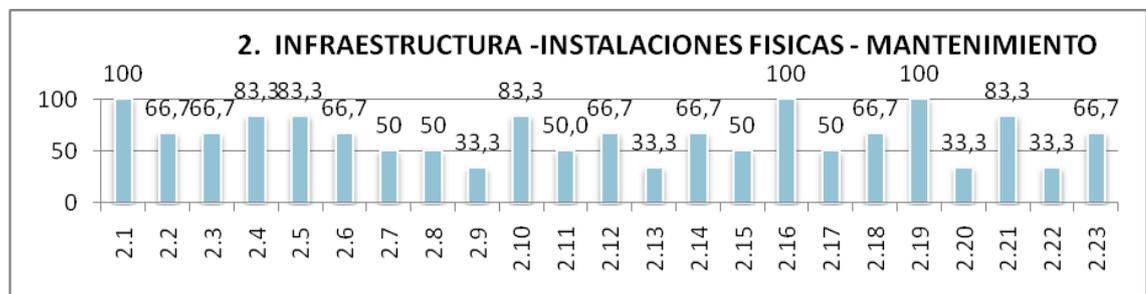
1. Recurso Humano. (Gráfica N° 9)



El resultado de la herramienta, muestra que el punto 1.1 del estándar de Recurso Humano, presenta un 100% de calificación, en el cual se evidencia la fortaleza de contar con especialistas, profesionales en diferentes áreas, técnicos y auxiliares que cumplen con los requerimientos legales de formación y entrenamiento con cobertura las 24 horas del día. El punto 1.6 el cual es el que más baja calificación presenta un 0%, esto es debido porque la I.P.S. UCI Neonatal del Country, no cuenta no convenios docentes asistenciales. En los puntos 1.4, 1.5 y 1.7, se observa que la calificación no arroja datos de cumplimiento mayor al 50%, lo cual nos demuestra puntos de debilidad en este área.

El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 47.9%. (Ver Grafica N° 18).

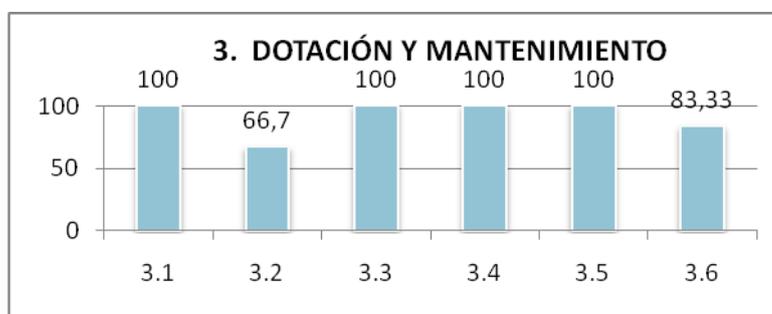
2. Infraestructura – Instalaciones Físicas y Mantenimiento. (Gráfica N° 10)



El resultado de la herramienta, muestra que esta área presenta muchas fortalezas. La institución se encuentra instalada en una edificación exclusiva para prestación de servicios de salud, con buena área la se debe reorganizar para aprovechar mejor los espacios y cumplir con las exigencias del estándar. Se recomienda mejorar otros aspectos como son los accesos, filtro de entrada que es fundamental para que haya un 100% de cumplimiento.

El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 64.4%. (Ver grafica N°18).

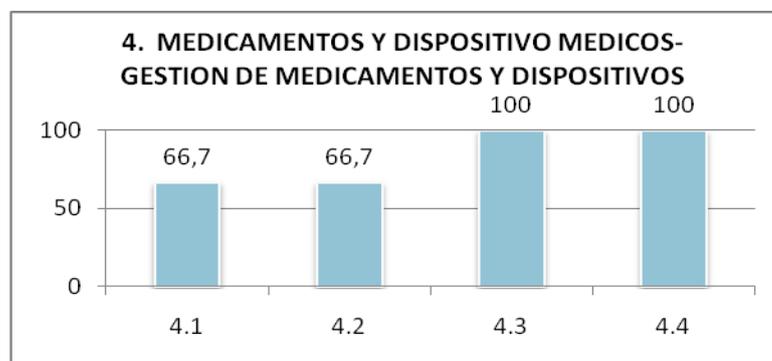
3. Dotación y Mantenimiento. (Gráfica N° 11)



El resultado de la herramienta, muestra que los puntos 3.1., 3.3, 3.4, y 3.5, que correspondientes al estándar de Dotación y Mantenimiento, presentan un 100% de calificación, en los cuales se evidencia fortalezas como el que cuentan con buenos equipos, y material de dotación.

El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 91.67%. (Ver grafica N°18).

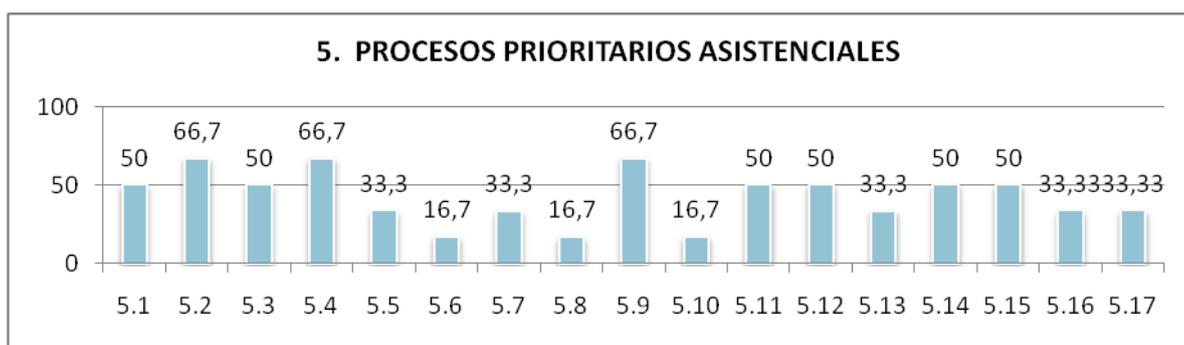
4. Medicamentos y Dispositivos Médicos. (Gráfica N° 12)



El resultado de la herramienta, muestra que los puntos 4.3, y 4.4, correspondientes al estándar de Medicamentos y Dispositivos Médicos, presentan un 100% de calificación, en los cuales se evidencia fortalezas como, que la Institución cuenta con los procedimientos y las normas definidas que garantizan que no se reúsen dispositivos médicos, además que los medicamentos, productos biológicos y en general los insumos asistenciales, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad y ventilación, apropiadas. Se observa entonces que hay un cumplimiento de los estándares, los cuales pueden mejorar con la ejecución de auditorías internas.

El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 83.35%. (Ver grafica N°18).

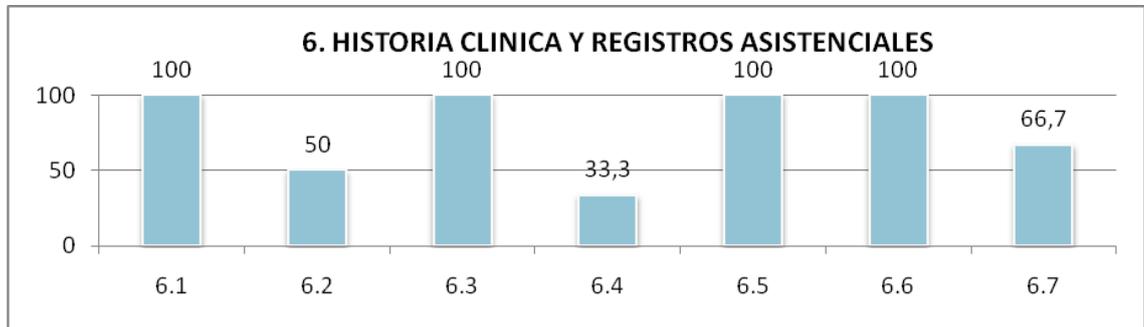
5. Procesos Prioritarios Asistenciales. (Gráfica N° 13)



El resultado de la herramienta, muestra que los puntos 5.6, 5.8 y 5.10, correspondientes al estándar de Procesos Prioritarios, presentan las más bajas calificaciones, debido a que la institución no cuenta con los procesos definidos.

El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 42.15%. (Ver grafica N°18).

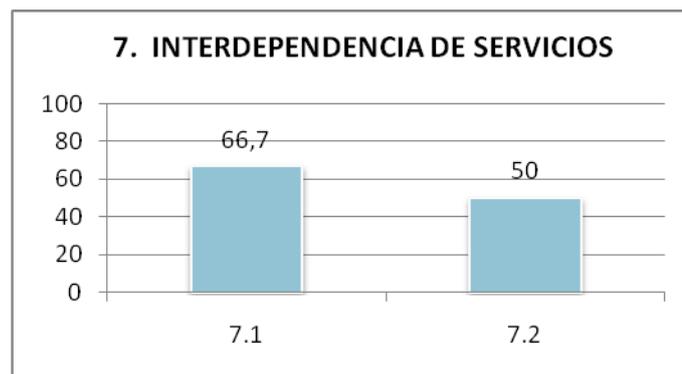
6. Historias Clínicas y Registros Asistenciales. (Gráfica N° 14)



El resultado de la herramienta, muestra que los puntos 6.1, 6.3, 6.5 y 6.6, correspondientes al estándar de Historias Clínicas, presentan un 100% de calificación, en los cuales se evidencia fortalezas como, que la institución cuenta con un buen manejo de la documentación en cuanto al registro del neonato en las historias clínicas, pero se debe garantizar la custodia y conservación integral de las mismas y reforzar otros aspectos.

El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 78.57%. (Ver grafica N°18).

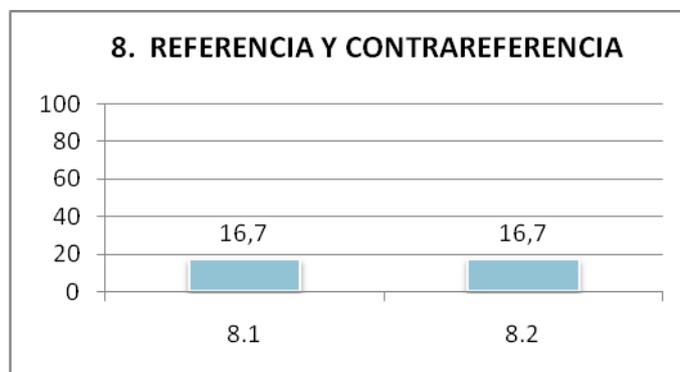
7. Interdependencia de Servicios. (Gráfica N° 15)



El resultado de la herramienta, muestra que los puntos que conforman este estándar superan el 50% de calificación. Pero se hace necesario realizar auditorías internas y procesos relacionados con el cumplimiento de los procedimientos que deben llevar los servicios tercerizados.

El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 58.3%. (Ver grafica N°18).

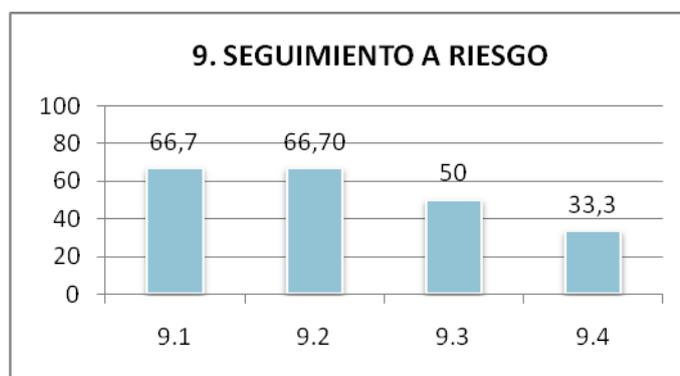
8. Referencia y Contrarreferencia. (Gráfica N° 16)



El resultado de la herramienta, muestra que no hay cumplimiento con el estándar, debido a que la institución no tiene definida las guías o manuales de sus procesos y procedimientos, observándose una falta en su documentación, a pesar de que dicha información es de conocimiento de los funcionarios.

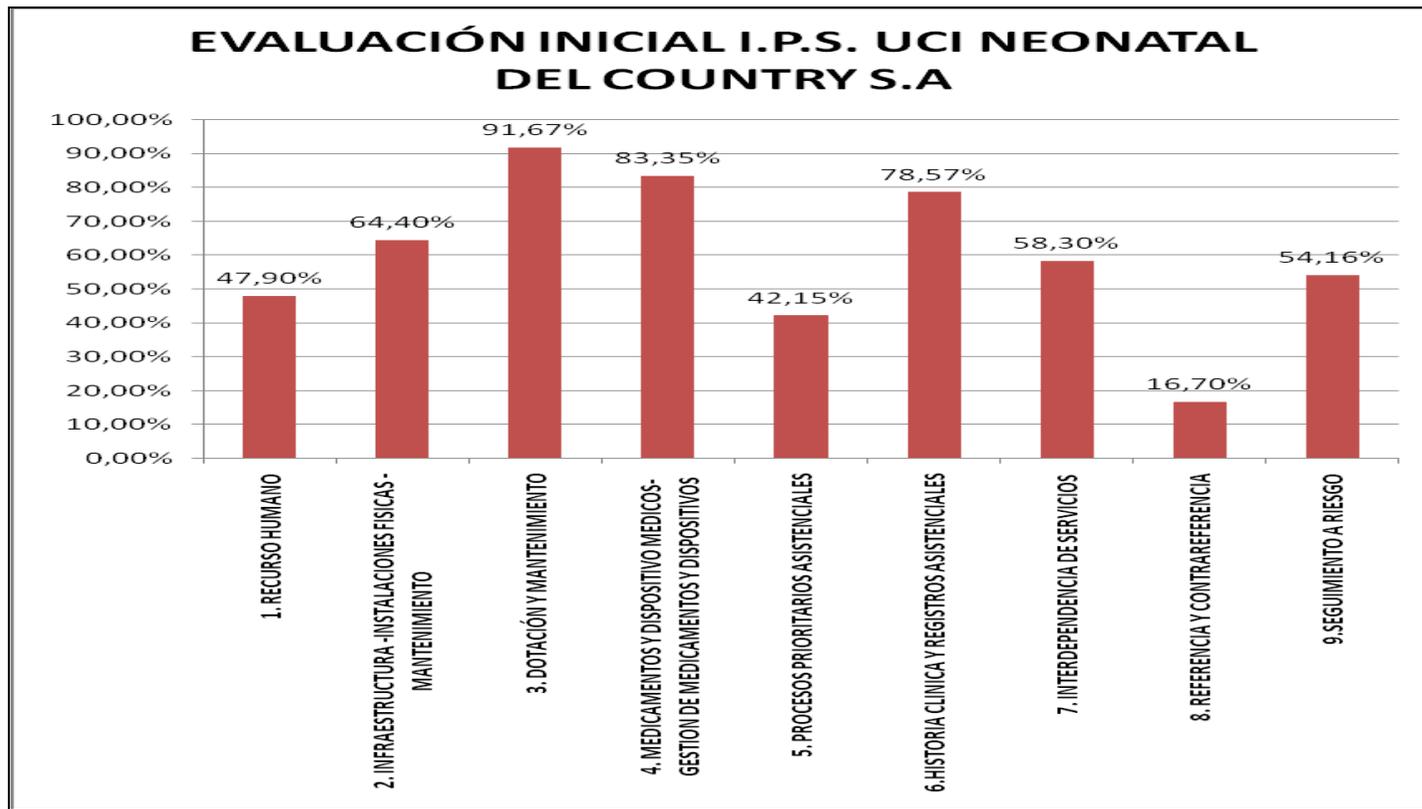
El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 16.7%. (Ver grafica N°18).

9. Seguimiento a Riesgo. (Gráfica N° 17)



El resultado de la herramienta, muestra que aunque los puntos que conforman este estándar de Seguimiento a Riesgo, sus calificaciones no son bajas, se necesita realizar un refuerzo en los procesos, además de revisar y evaluar las guías establecidas por el comité, y de auditar los procesos realizados por terceros. El porcentaje total de cumplimiento de este estándar fue del 54.16%. (Ver grafica N°18).

Resumen de los resultados de los nueve Estándares. (Gráfica N° 18)



El resultado del ponderado de todos los estándares arrojó un porcentaje del 59.68% en el cumplimiento para la habilitación por parte de la IPS UCI DEL COUNTRY S.A

4. ACCIONES DE MEJORAMIENTO

Después de realizar la verificación de los componentes Manual único de Estándares y verificación, resolución 1043 de 2.006, anexo técnico N.1. Para habilitación de una UCI Neonatal, concluimos y damos las siguientes recomendamos para cada estándar.

4.1. Recursos Humanos

Se recomienda revisar internamente la totalidad de las hojas de vida y exigir a los trabajadores la presentación de los documentos faltantes, debido a que al revisar un 10 por ciento de las hojas de vidas del personal que labora en la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A., se encuentra que estas no cuentan con la totalidad de los documentos exigidos en la norma.

Se hace evidente la falta de la Certificación de Entrenamiento en Cuidados Intensivos Neonatales, para todo el personal asistencial. Sobre este aspecto la gerencia debe gestionar con un centro asistencial que avale la certificación del personal ya existente.

Definir el proceso de inducción del personal para cada área y la supervisión del mismo.

Se verifica que uso de implementos de protección en todo el personal, excepto los técnicos de Rx, los cuales no cuentan con dosímetro ni carnet de radio protección, el cual es de obligatoriedad a todo el personal expuesto a radiaciones ionizantes.

Realizar cronogramas de capacitaciones para todo el personal asistencial y administrativo, con temas específicos para cada área, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, servicios generales, facturación, admisiones. Estas actividades deben contar con reporte de asistencia, las cuales deben archivar. Dentro de los temas seleccionados, se deben incluir todos los relacionados con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Se debe contratar una Nutricionista, ya que de acuerdo al estándar se debe contar con este servicio para los servicios de intensivo e intermedio, así como para el lactario.

Realizar un análisis de Capacidad instalada vs. Personal asistencial, con el cual no se cuenta.

4.2. Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento

Mejorar la capacidad tecnológica del sistema de energía alterno de emergencia. La Planta eléctrica existente es manual, por lo que recomendamos instalar una transferencia electrónica.

Señalar de manera completa las rutas y áreas de la de toda la I.P.S.

El área de la UCI es suficiente y adecuada, pues cuenta con 180 M2, sin embargo se hace necesario la reorganización de algunos espacios y la creación de otros para poder cumplir de manera adecuada con el estándar.

Se les sugiere colocar sobre las escaleras material antideslizante y mejorar sistema de pasamanos, pues el que existe actualmente puede generar riesgo de accidentes para el personal que labora o para los visitantes.

Aunque se dispone de área física para lactario, este debe ampliarse y adecuarse exclusivamente para tal fin, pues en estos momentos no se cuenta con un espacio con total privacidad para las madres.

Igualmente, se hace indispensable mejorar el filtro de entrada a la UCI, generando este espacio como tal y reubicando el lavamanos existente a esta nueva área.

Dado Que la UCI se encuentra ubicada en un segundo piso de la Clínica, se hace necesario que exista un ascensor o en su defecto una rampa, que facilite el movimiento de las incubadoras hacia o desde la UCI.

Actualizar el manual de bioseguridad y manejo de residuos.

4.3. Dotación y Mantenimiento

Los inventarios de los equipos con sus respectivas hojas de vida, se encuentran fuera de la sede asistencial, se recomienda contar con una copia disponible.

En el área de intermedios debido a la imposibilidad de observar a todos los neonatos debería existir un sistema de monitorización tipo telemetría, controlado desde el puesto de enfermería o reubicar cada cuna con el fin de lograr la visualización requerida.

Se cuenta con un carro de paro completo con medicamentos y soluciones necesarias durante una reanimación. Se sugiere un sistema de cierres especiales con el fin de que en el momento de que sea abierto para una reanimación o por otro motivo se tenga la precaución de revisar su contenido después del evento. Se les sugiere llevar un control más estricto del stock de medicamentos en el carro de paro, crear un sistema de entradas y salidas (primeros en entrar primeros en salir), y una semaforización para las drogas próximas a vencer, vencidas o las que están lejos de vencer.

4.4. Medicamentos y Dispositivos Médicos - Gestión de Medicamentos y Dispositivos.

Se les sugiere tener un control más estricto en el tema de los servicios tercerizados, esto refiriéndose al hecho de que la resolución exige tener unos procesos diseñados para el manejo de los medicamentos y dispositivos cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega van relacionadas directamente con el riesgo de la prestación de los servicios. Vale anotar que se verifico el proceso de compra de medicamentos y de almacenamiento cumpliendo estos (farmacia) con lo establecido por la ley. Pero la UCI no realiza una verificación de estos, muy probablemente por tratarse de un servicio contratado a un tercero.

Se tienen definidas normas y procedimientos que garantizan la reutilización de dispositivos médicos, basados en evidencia científica y que demuestran que no hay riesgo de infecciones para el usuario y seguimiento estricto con el comité de infecciones.

4.5. Procesos Prioritarios y Asistenciales.

Se tienen definidos y documentados los procedimientos y guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, sin embargo al revisarlas se observa que algunas están desactualizadas, por lo tanto se recomienda realizar una revisión periódica de las mismas.

Se verifico que una parte del personal no conoce los procesos, protocolos y guías, por lo tanto se recomienda socializarlos. Estos deben incluirse en los cronogramas de eventos académicos que deben programarse.

4.6. Historias Clínicas y Registros Asistenciales.

Es un estándar bien manejado, se les recomienda crear un documento donde definan los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.

En cuanto al personal de radiología, se les sugiere que en cada historia clínica anexen un registro de placas tomadas al neonato, cuantas dañadas, cuantas repetidas, y un registro de dosis de radiación recibida para cada neonato.

4.7. Interdependencia de Servicios.

Se les recomendó realizar auditorías, a los servicios contratados. Estos son: farmacia, banco de sangre, laboratorio, lavandería, ambulancias. Debido a que estas están impactando directamente en la prestación de los servicios.

4.8. Referencia y Contrarreferencia

Manejan el tema de la remisión urgente de pacientes, pero no lo tiene especificado como un proceso.

Igualmente definir los flujos de urgencias de pacientes, esto importante en muchas UCIS se observa que por manejar volúmenes altos de pacientes no se tiene en cuenta la necesidad y la urgencia de su atención en instituciones de cuarto nivel.

4.9. Seguimiento a Riesgo

Se llevan indicadores que muestran mortalidad Intrahospitalarias, infecciones nosocomiales, complicaciones quirúrgicas Inmediatas, complicaciones medicamentosas y transfusionales.

Se les sugiere actualizar esta forma de indicadores y operacionalizarlos con ficha técnica, estandarización de las fuentes, definición del responsable del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.

Se sugiere llevar un control más estricto sobre transfusiones, sobre los materiales esterilizados, sobre correcto uso de medicamentos. Se debe solicitar y tener en su área asistencial protocolos manejados por los otros servicios prestados fuera de la unidad.

5. CONCLUSIONES

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este está conformado por cuatro componentes: (1. El Sistema Único de Habilitación, 2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud, 3. El Sistema Único de Acreditación, 4. El Sistema de Información para la Calidad). El primer componente es de obligatorio cumplimiento y su certificado es expedido por la Secretaria Seccional de Salud. Por su parte el Sistema Único de Acreditación, es voluntario y su certificación en Colombia es expedida por el ICONTEC.

Al analizar el resultado de las encuestas de manera general podemos concluir que no existe un conocimiento claro por parte de los trabajadores de la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A. acerca del SOGC, este aspecto es de vital importancia durante todo el proceso de Habilitación y Acreditación. Debido a que la totalidad de los trabajadores de las diferentes instituciones del Sector Salud deben conocer de manera clara y detallada cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, las directivas de las instituciones deben establecer actividades para garantizar que este aspecto se cumpla, como base de fundamental importancia para lograr la certificación y a su vez para lograr brindar servicios asistenciales con calidad y humanidad.

Así mismo, en cuanto al conocimiento sobre el Sistema Único de Habilitación y al Sistema Único de Acreditación, específicamente, podemos concluir que los encuestados identifican de manera más clara aspectos del SUH, esto puede obedecer a que la I.P.S. se encuentra actualmente dentro de este proceso, pero aun así, debería haber un compromiso mayor y que el 100% de los trabajadores conocieran de manera completa todos los aspectos de este. Sugerimos que una vez lograda la Habilitación se inicie por la divulgación de los componentes del SUA, para poder alcanzar finalmente el máximo nivel que le podrá permitir a la I.P.S. competir con los más altos estándares de calidad.

Al implementar los diferentes estándares de verificación establecidos en la Resolución 1043 de 2.006, se pone de manifiesto el estado actual de la Institución, para cada uno de estos estándares se realizan las recomendaciones respectivas de manera detallada. Si la institución desea lograr su certificación, debe realizar cambios de tipo infraestructurales, de recursos humanos, verificación de procesos, auditorías internas y con sus prestadores para poder alcanzar las condiciones necesarias para que una vez realizada la visita por el ente verificador, Secretaria Distrital de Salud, este apruebe su certificado de habilitación, primer paso para lograr en un momento su Certificado en Calidad, lo cual le garantiza poder competir con los más altos niveles en la prestación de servicios de salud.

BIBLIOGRAFIA

- [1] GUERRA, David. *El Neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos*. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 24 No. 2. 2006. p. 142-143.
- [2] República de Colombia. Ley 100 de 1.993. *Sistema de Seguridad Social en Salud*. Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Resolución 1474 de 2.002
- [3] Gestión integral por calidad. www.gerenciasalud.com.
- [4] Manual de Calidad I.P.S. UCI neonatal del Country S.A. 2005
- [5] Portafolio de Servicios I.P.S. UCI neonatal del Country S.A.
- [6] ARELLANO, William. ACOSTA, Raúl. *Metodología de Investigación*, Guía para el diseño de proyectos y elaboración de informes de investigación.
- [7] Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud, Resolución Número 001474 DE 2.002.
- [8] Castaño, A. Luz Stella, El derecho a la salud en Colombia, una propuesta para su fundamento moral. Revista Panam de Salud Publica/Pan Am J Public Health. Vol. 18, No. 2, Colombia 2006. p 129 - 130.
- [9] Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las redes de Prestación de Servicios de Salud, Resolución 3154 de 2004.
- [10] Rey H, Starck C, Montes HF. Mortalidad infantil evitable. Componente neonatal. Revista Medica Colombiana 1990; 21: p. 136-142.

ANEXOS

Anexo A: Criterio de admisión a UCIN

- Prematurez menor de 32 semanas de EG o peso de nacimiento menor de 1.500 g.
- Asfixia perinatal severa.
- Insuficiencia respiratoria grave que requiere más de 40 % de oxígeno inspirado o asistencia respiratoria mecánica.
- Episodios de apnea severos o muy frecuentes.
- Insuficiencia circulatoria, Hipotensión arterial o sospecha de cardiopatía congénita
- Infecciones graves
- Malformaciones congénitas graves
- Necesidad de alimentación parenteral
- Necesidad de cirugía mayor.

Anexo B: Guía para el diseño de Unidades de Cuidado Crítico en Pediatría

1. Ubicación de UCIN dentro del Hospital: Deberá estar cerca de sala de partos, en área de fácil acceso donde pueda controlarse la entrada / salida de personas y el medio ambiente. Deberá tener buena visibilidad y facilidad de circulación para el personal del equipo de salud y las madres.

2. Mínimo espacio por niño: El espacio mínimo por niño es de 2,4 m² y la separación entre las incubadoras deberá ser de 1,2 m.

3. Requerimientos Mecánicos – Otros: Se deberá disponer para cada niño en incubadora: 30 tomas de corrientes (Accesibles y simultáneas), tres salidas de aire comprimido, tres de oxígeno y tres de aspiración. Son necesarios termómetros de pared para controlar la temperatura ambiente y deben estar estratégicamente colocados en diferentes lugares de la unidad.

4. Área de aislamiento – Infecciones transmitidas por vía aerógena: Debe estar provista de un área para el lavado de manos, disponibilidad de bata, recepción de ropa sucia, almacenamiento de ropa limpia. Paredes y pisos deben sellarse para evitar que el aire no se transmita fuera del área.

Las puertas de entrada a la sala deben cerrarse automáticamente. La ropa sucia deberá ser colocada en recipientes cerrados. El sistema de ventilación de esta

área debe ser a presión negativa y con aire al 100%, que debe ser sacado al exterior.

5. Área de Limpieza: Tomando el concepto de área individual, los lavatorios deben ser apropiados para lavarse y sumergir las manos, no deben estar a más de 6 metros de la incubadora. Para ello el lavatorio deberá tener un mínimo de 61 cm de ancho, 41 cm de frente y 25 cm de profundidad. Se debe disponer de jabón y toallas individuales o desechables. Las canecas deben ser accionables con el pie.

6. Soporte General: Se debe disponer de un área limpia (medicación, fórmulas, leche materna) y un área sucia, para almacenar material contaminado. El sistema de ventilación del área sucia debe ser a presión negativa y con aire al 100% que debe ser sacado al exterior.

7. Espacio para el Personal: Lugar de descanso, de reuniones de profesionales, administrativas y de enfermería. Deben ser espaciosos y brindar privacidad.

8. Espacio para padres y familias: Ubicado adyacente a la unidad de cuidados intensivos, ella debe tener fácil acceso, disponer de unidad sanitaria, teléfono, armario cerrado para guardar pertenencias y facilidades para el descanso de por lo menos de uno de los padres. El cuarto puede ser usado (cuando está desocupado) para información a los padres sobre la salud de su hijo o realizar actividades para brindar consejos o aspectos educativos. Un cuarto más pequeño, con sillones, teléfono y unidad sanitaria puede ser utilizado para amamantamiento.

9. Servicios Auxiliares: Se debe pensar en la necesidad de un espacio y ubicación para el laboratorio, farmacia, radiología entre otros servicios utilizados frecuentemente.

10. Espacio Administrativo: Directamente vinculados a aspectos relacionados con el cuidado del niño o aquéllos rutinariamente realizados dentro de la UCIN (médicos, enfermeras).

11. Ambiente Lumínico: Debe ser rápidamente modificable ya sea luz natural o eléctrica con posibilidad de oscurecer un sector en casos de necesidad de transiluminación. Se debe evitar la radiación ultravioleta e infrarroja, utilizando adecuadas lámparas, lente o filtros. Una fuente de luz día debe ser necesaria y

con ello, favorecer la visibilidad y control del neonato, pero las ventanas debieran ser un vidriado satinado aislante que minimice la pérdida o ganancia de calor de los niños. La incubadora deber ser colocada a un mínimo de 60 cm de la ventana. En determinadas áreas dentro de la UCIN la iluminación debe ser muy adecuada en lugares donde el equipo médico o de enfermería efectúe tareas críticas. Es conveniente disponer de un grupo electrógeno de emergencia.

12. Piso – Paredes – Techo: El piso debe ser de material fácilmente lavable y minimizar el crecimiento de bacterias. Debe ser durable y resistir frecuentes lavados y tráfico de personas. La superficie debe ser plana y evitar ángulos agudos difíciles de lavar en unión con las paredes. Las paredes también deben ser fácilmente lavables y deben proveer mayor protección en puntos de frecuente contacto con equipamiento movable. El techo debe ser lavable y disponer de un sistema que provea una acústica aceptable.

13. Temperatura ambiente y ventilación: La temperatura ambiente debe ser estable (22o – 26o C) y una humedad relativa entre 30% y 60% evitando la condensación de agua en paredes y ventanas. La ventilación debe de ser la adecuada, tratando de minimizar los bruscos cambios de la misma, cerca del área del niño. Debe ser filtrada con un mínimo de 90% de eficiencia.

14. Nivel acústico: La estructura debe ser diseñada para que absorba el ruido excesivo. El ruido habitual no debe exceder los 50 o 55 decibeles y el ruido que puede producirse eventualmente no debe exceder los 70 decibeles. El ruido, afecta al personal, niños y familias.

15. Seguridad: La UCIN debe ser diseñada para proteger al niño, personal y familias. A su vez debe minimizarse la posibilidad de raptó o secuestro del niño.

16. Servicios Asistenciales de Apoyo durante las 24 horas.

Los centros sanitarios que cuenten con una UCIN deberán tener integrado:

- Laboratorio que realice hematología, bioquímica y microbiología de carácter urgente, mediante técnicas micrométricas.
- Unidad de Radiología y Ecografía con sonda neonatal.
- Banco de sangre con conservación o coordinación con banco de sangre próximo.

- Podrán ser propios o concertados, los servicios: Electroencefalografía, Técnicas de imagen complejas (TAC, RNM), Anestesia, Cirugía General y Subespecialidades.

17. Equipamiento Sanitario Básico

Al necesario en la Unidad de Cuidados Especiales se agrega:

- Screening de la retinopatía del prematuro y la posibilidad de su tratamiento.
- Se encuentra en fase de evaluación el número de sistemas de utilización y monitorización de oxido nítrico (ON) inhalado por Unidad.

18. Documentación básica

A la necesaria en las Unidades de Cuidados Especiales Neonatales se le agregan:

- El seguimiento post alta de los pacientes ingresados y de niños de alto riesgo.
- El seguimiento neurológico en los niños de alto riesgo abarcará como mínimo hasta los dos años de edad corregida.
- Cada Unidad registrará los transportes in útero y postnatales, incluyendo las solicitudes que no pudieron ser atendidas y el motivo del rechazo.

19. Personal: Al necesario en la Unidad de Cuidados Especiales se le agrega la disposición de un adjunto de plantilla por cada 4-5 camas de UCI neonatal, para garantizar las funciones asistenciales, docentes e investigadoras de una Unidad Neonatal nivel III.

El número ideal de enfermeras será de una por turno por cada dos puestos de Cuidados Intensivos, que puede aumentar a una enfermera por puesto y turno en caso de alta tecnología (postoperatorio cardiaco, exanguinotransfusión total, diálisis peritoneal) y hasta dos enfermeras por puesto y turno en caso de muy alta tecnología (hemodiálisis o hemofiltración, etc.).

20. Niveles del Personal: El diseño de la formación en Neonatología precisa definir la competencia en sus diferentes niveles de formación: pre-grado, post-grado (especialización en pediatría y neonatología) y establecer los mecanismos para el mantenimiento de la competencia y su evaluación.

La formación continuada es una responsabilidad de todos los profesionales para mantener una efectividad clínica, competencia y entusiasmo en la práctica profesional. La formación continuada del pediatra de asistencia primaria respecto a

la Neonatología, debe enfocarse principalmente al conocimiento e información de los problemas del RN sobre los que inciden factores de riesgo capaces de producir alteraciones en el desarrollo. Estos logros se han conseguido especialmente en la población de los RN prematuros y con MBPN.

La Academia Americana de Pediatría publicó en 1996 una serie de pautas relacionadas con el papel que el pediatra de asistencia primaria debe de asumir en la atención del RN de alto riesgo. Este documento pone de manifiesto la necesidad de formación mediante programas dirigidos no solamente a médicos de atención primaria sino a personal no médico y a residentes de la especialidad. Estos programas suministran, entre otros, los conocimientos que le permiten planificar la participación de todos los profesionales susceptibles de intervenir en el tratamiento del niño facilitando a la familia su contacto, coordinando sus actuaciones en los niños con problemas complejos, revertiendo información al neonatólogo y manteniendo una conexión permanente con el Centro terciario de referencia.

Las recomendaciones para los niveles de personal, pueden ser considerados como un estándar:

- Cuidados intensivos: Debido a la complejidad, debe haber 1:1 enfermera. Cuando el RN es particularmente inestable, son necesarias dos enfermeras.
- Cuidados de Alta dependencia, una enfermera no debe responsabilizarse para el cuidado de más de dos bebés
- Cuidado especial: Una enfermera o matrona no debe responsabilizarse por más de 4 bebés quienes reciben cuidados especiales.

Todas las maternidades, incluyendo las que no poseen UCIN o de alta dependencia, deben tener personal capacitado para resucitación y estabilización de problemas del RN inesperados. Estos procedimientos deben conectarse con la Unidad Neonatal del Hospital local, para la transferencia de los casos con alto riesgo obstétrico y la transferencia post natal.

21. Personal con experiencia en Cuidados Intensivos: Donde sólo hay cuidados intensivos y de alta dependencia, es necesario un médico especialista, quien haya completado una capacitación profesional general. Si un servicio pediátrico y un servicio de alta dependencia neonatal coexisten, el personal adecuado debería

asegurar su competencia profesional del manejo en emergencia neonatal, cuando el servicio de pediatría esté ocupado.

Cuando el cuidado intensivo neonatal sea continuo (Nivel tres), debe estar las 24 horas cubierto por un médico quien cumpla con la capacitación profesional general y además tenga experiencia al menos un año de capacitación de alta especialidad pediátrica, incluyendo cuatro meses de Neonatología. Debe estar capacitado para el cuidado intensivo todo el tiempo y no ser de requerimiento para cubrir otros servicios

22. Otras Subespecialidades: Cada UCIN debe tener líneas de comunicación y acceso a asesoramiento de especialistas como médico obstetra, quirófano neonatal y anestesia, cardiología pediátrica, radiología, oftalmología, servicios de laboratorio incluyendo bioquímica clínica, microbiología, hematología y transfusión, centro de desarrollo infantil, patología perinatal, clínica genética, neurología pediátrica y neurofisiología, nefrología pediátrica, entre otras.

23. Seguimiento del prematuro y del RN de bajo peso al nacer: Todos los prematuros con peso inferior a 1500 g. o que han requerido terapia intensiva deben entrar en un programa de seguimiento de controles regulares para pesquisar y tratar oportunamente los problemas que resulten de su patología neonatal.

Anexo C: Carta dirigida al director de la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A., solicitando autorización para la realización del estudio de investigación.

Cartagena de Indias D.T. y C, 4 de Julio de 2.009

Señores:

I.P.S. UCI NEONATAL DEL COUNTRY S.A.

Atn: Dr. Francisco Santos

Cartagena

Estimado Doctor, cordial saludo:

El motivo de la presente es manifestarle nuestro interés de realizar nuestro proyecto de grado, como requisito para optar el título de especialista en gerencia de servicios de salud, en la institución que usted gerencia, I.P.S UCI DEL COUNTRY S.A. El tema a desarrollar, sería “**DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL I.P.S. UCI DEL COUNTRY S.A.**”

Agradecemos de antemano toda su atención y colaboración prestada y en espera de una respuesta pronta y positiva

Atentamente,

ANGELICA MARIA PUELLO TORRES

EVA PAOLA PUELLO TORRES

C.C. 30.882.653 de Arjona – Bolívar

C.C. 33.102.779 de Cartagena - Bolívar

CARMEN ROCIO PEÑALOZA PEÑALOZA

C.C. 45.504.013 de Cartagena - Bolívar

Anexo D: Encuesta

ANAMNESIS PARA EVALUAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO

Objetivo:

Evaluar el nivel de conocimiento de los funcionarios de la I.P.S. UCI Neonatal del Country S.A. sobre aspectos concernientes a los procesos de habilitación que debe afrontar la institución.

Preguntas:

1. ¿Sabe usted que es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGC)?

a. SI b. NO

2. ¿Cuáles son los componentes del SOGC?

a. Sistema Único de Habilitación (SUH)

b. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)

c. El Sistema Único de Acreditación (SUA)

d. El Sistema de Información para la Calidad (SIC)

e. Todas las anteriores

f. Ninguna de las anteriores

3. ¿El SOGC debe ser aplicado en las siguientes instituciones, excepto?

- a. IPS b. EPS Subsidiada c. EPS Contributiva
d. ARP e. Empresas de Medicina Prepagada

4. ¿El SOGC está reglamentado en el Decreto 1011 del 2006?

- a. Verdadero b. Falso

5. ¿El Certificado de Acreditación en Salud es otorgado por?

- a. Secretaría Distrital de Salud
b. Ministerio de Protección Social
c. Consejo Nacional de Seguridad Social
d. ICONTEC
e. Ninguna de las anteriores

6. ¿El Certificado de Habilitación en Salud es otorgado por?

- a. Secretaría Distrital de Salud
b. Ministerio de Protección Social
c. Consejo Nacional de Seguridad Social
d. ICONTEC
e. Ninguna de las anteriores

7. ¿El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas para la prestación de servicios de salud?

a. SI b. NO

8. ¿Los prestadores de servicios de salud (IPS) están obligados a habilitar sus servicios?

a. SI b. NO

9. ¿Los prestadores de servicios de salud (IPS) están obligados a acreditar sus servicios?

a. Verdadero b. Falso

10. ¿Uno de los siguientes no hace parte del Manual de Estándares y verificación:

- a. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios
- b. Facturación y cobro de cartera vencida
- c. Interdependencia de servicios
- d. Procesos Prioritarios Asistenciales
- e. Referencia y Contrareferencia de pacientes

11. ¿Cuál de los siguientes es un estándar del Sistema Único de Rehabilitación?

- a. Recursos Humanos
- b. Instalaciones Físicas
- c. Dotación y Mantenimiento
- d. Gestión de Medicamentos y Dispositivos
- e. Todas las anteriores
- f. Ninguna de las anteriores

¡Gracias por su colaboración!

Anexo E: Herramienta creada con base en el Manual único de Estándares y verificación, resolución 1043 de 2.006, anexo técnico N.1 (Área de Unidad de Cuidado Intensivos)

EVALUACIÓN INICIAL UCI DEL CARIBE S.A.									
	ESTANDARES A CUMPLIR						Estado del estándar	%	Etapas %
		0	1	2	3	4			
1. RECURSO HUMANO	1.1 Todo profesional especialista, tecnólogo, técnico y auxiliares cuentan con el título expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el estado								
	1.2 El proceso de selección de personal incluye verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y certificado de aptitud ocupacional (para auxiliares)								
	1.3 Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el estado en el ámbito de los servicios ofrecidos. Se identifican el perfil del recurso humano exigido para los servicios.								
	1.4 El número de especialistas, profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales de recurso humano serán definidos obligatoriamente por cada prestador de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención. Para cada uno de los servicios registrados								
	1.5 Se cuenta con procedimiento para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte del recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Se cuenta con mecanismos de control.								
	1.6 Para el efecto de supervisión de personal en entrenamiento dentro de convenios docente-asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión debe ser realizada de manera permanente. (Se cuenta con convenios docente asistenciales)								
	1.7 Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes deben tener carnet de radio protección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.(curso de protección y seguridad radiológica avalado por la secretaria distrital y departamental de salud)								
	1.8 Las hojas de vida del recurso humano contratado deben estar centralizados en la								

	<p>incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones (Manual de Bioseguridad y manejo de residuos)</p>												
	<p>2.8 La institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material estarán fuera de las áreas de hospitalización</p>												
	<p>2.9 La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaño, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.</p>												
	<p>2.10 Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio</p>												
	<p>2.11 Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios anatomopatológicos y cortopuncsantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización protegido de aguas lluvias, con iluminación y ventilación adecuada, paredes lisas, de fácil limpieza y lavables. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores</p>												
	<p>2.12 Debe contar con un depósito de cadáveres con buena ventilación.</p>												
	<p>2.13 Condiciones de áreas comunes: si el servicio funciona en un segundo piso deberá contar con rampas y/o escaleras (estas son de material antideslizante en todo su recorrido con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones si existen espacios libres) o ascensor)</p>												
	<p>2.14 En los accesos, áreas de circulación y salidas se evitan los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas se utilizan accesorios para garantizar su empaque y transporte debidamente tapados</p>												
	<p>2.15 La Unidad de cuidado intermedio e intensivo neonatal dispone de un área física, intrahospitalaria, exclusiva y delimitada con los siguientes ambientes: puesto de enfermería, con unidad sanitaria, área para incubadora, cunas o camas, área para trabajo de enfermería limpio y sucio, área para deposito de material estéril e insumos,</p>												

	<p>4.3 Se garantiza para los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, apropiadas para cada tipo de medicamento y dispositivo médico de acuerdo son las condiciones definidas por el fabricante. Se debe contar con controlador de humedad y temperatura</p>										
	<p>4.4 Se tienen definidas normas y procedimientos que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. Los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimiento basados en evidencia científica que demuestre que no hay reducción de la eficacia ni riesgo de infecciones o complicaciones para el usuario y seguimiento a través del comité de infecciones</p>										

EVALUACIÓN INICIAL UCI DEL CARIBE S.A.											
	ESTANDARES A CUMPLIR	0	1	2	3	4	5	Estado del estándar	%	Etapa %	
		5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	<p>5.1 Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más aplicados en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento</p>								
<p>5.2 Se ha establecido el mecanismo para adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas</p>											
<p>5.3 Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.</p>											
<p>5.4 Se cuentan con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en la evidencia para las patologías que constituyen las primeras diez causas de consulta o egreso</p>											
<p>5.5 Se tienen definidos los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, decreto 1011 del 2005</p>											
<p>5.6 Se tienen definidos los procesos para implementación para el sistema de información para los usuarios</p>											
<p>5.7 La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de residuos hospitalarios, infecciosos o de riesgo biológico o radiactivo</p>											

	<p>5.8 Se tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; y un sistema organizado de alerta Código Azul en el cual se definen los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro - cardiopulmonar.</p>																			
	<p>5.9 Se cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario cuando la norma exija comité de infecciones</p>																			
	<p>5.10 La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarmas.</p>																			
	<p>5.11 Se cuenta con procedimientos para la entrega de turnos por parte de enfermería y medicina y normas sobre la ronda medica diaria de evolución de pacientes. Guías o manuales de los siguientes procedimientos: Reanimación - cardio cerebro pulmonar, control de líquidos, plan de cuidados de enfermería, administración de medicamentos, inmovilización de pacientes, venopunción, toma de muestra de laboratorio, cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnosticas, guías para alimentación enteral o parenteral, declaración de muerte cerebral, inserción de catéteres centrales, traqueostomía, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas) control de nutrición parenteral, colocación de tubo de tórax, paracentesis, venodisección, diálisis peritoneal, punción lumbar, protocolo de los cuidados por terapia respiratoria. Procedimientos para la admisión y egresos de pacientes, control de visita de familiares.</p>																			
	<p>5.12 Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos</p>																			
	<p>5.13 Cada servicio debe contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y rehusó de dispositivos médicos o adoptar los manuales del ministerio de protección social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales</p>																			
	<p>5.14 CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL: cuenta con las siguientes guías: manejo general del prematuro, ictericia, policitemia, manejo de brotes de infección, hipoglicemia e hiperglicemia, síndrome de dificultad respiratoria, manejo de líquidos y electrolitos, convulsiones, enterocolitis, hemorragia</p>																			

EVALUACIÓN INICIAL UCI DEL CARIBE S.A										
ESTANDARES A CUMPLIR		0	1	2	3	4	5	Estado del estándar	%	Etapas %
7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS	7.1 Se cuenta con laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancia, radiología, servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento) transfusión sanguínea las 24 o banco de sangre, quirófano, nutrición, terapia respiratoria, lactario, esterilización, servicio de transporte asistencial con una red de radio comunicación									
	7.2 La institución garantiza el buen funcionamiento de los servicios contratados									

EVALUACIÓN INICIAL UCI DEL CARIBE S.A.										
ESTANDARES A CUMPLIR		0	1	2	3	4	5	Estado del estándar	%	Etapas %
8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	8.1 Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes.									
	8.2 Se tienen claramente definidos los flujos de urgencia de pacientes									

EVALUACIÓN INICIAL UCI DEL CARIBE S.A.										
ESTANDARES A CUMPLIR		0	1	2	3	4	5	Estado del estándar	%	Etapas %
9. SEGUIMIENTO A RIESGO	9.1 Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica: ficha técnica del indicador, estandarización de las fuentes, definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas. Realiza procesos de evaluación y seguimientos de los riesgos inherentes de acuerdo al tipo de servicio que presta: mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales.									

	9.2	Realiza procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del sistema obligatorio de garantía de calidad: acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad							
	9.3	Guías establecidas por el comité de infecciones y vigilancia epidemiológica sobre el control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones. Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección.							
	9.4	Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica sobre el correcto uso de los medicamentos. Guías sobre transfusión de sangre total o de sus componentes. Los prestadores que realicen este procedimiento tendrán bajo su responsabilidad verificar que todo componente sanguíneo que se le valla aplicar a un paciente cuente con el sello nacional de calidad de sangre.							