

GARANTIZAR Y FAVORECER LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS PACIENTES DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO EN SU ETAPA POST HOSPITALARIA REQUERIDA PARA SU COMPLETA RECUPERACIÓN Y MEJORAR LA RELACIÓN COSTO BENEFICIO DE LAS EPS E IPS EN ESTE PROCESO DE ATENCIÓN.

POR:

MARIA NATALIA ZULUAGA RAMIREZ

**TRABAJO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD**

ASESOR

JUAN JOSÉ ACOSTA G

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGO
ESCUELA DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
MEDELLÍN
Julio 2015**

**CLINIC SERVICE RIONEGRO LTDA, UNA PROPUESTA DE ATENCIÓN POST
HOSPITALARIA DE PACIENTES REMITIDOS POR IPS DEL SISTEMA DE SALUD
EN EL ORIENTE ANTIOQUEÑO**

POR:

MARIA NATALIA ZULUAGA RAMIREZ

**TRABAJO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD**

ASESOR

JUAN JOSÉ ACOSTA G.

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGO
ESCUELA DE POSGRADOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
MEDELLÍN
Julio 2015**

Nota de aceptación

Firma del Asesor

Medellín, Julio de 2015

AGRADECIMIENTOS

- *A mi asesor, por su dedicación y esmero.*
- *A mi familia, en especial a mi mamá que me ayuda siempre con el cuidado de mi pequeña hija, quien ha sabido esperar y entender mi ausencia.*
- *Al Dr. Carlos Julio Ortega Gerente del hospital José Cayetano Vázquez por permitirme el tiempo necesario para poder realizar mis estudios.*
- *A todas las personas que durante estos años de estudio, me sirvieron como apoyo constante día tras día.*

Contenido

RESUMEN	7
INTRODUCCION	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2. PLATAFORMA ESTRATEGICA DE CLINIC SERVICE RIONEGRO LTDA.....	13
2.1. MISION:	13
2.2. VISION:	13
2.3. VALORES:	13
2.4 OBJETIVOS CORPORATIVOS <i>CLINIC SERVICE RIONEGRO</i> LTDA:	14
2.5 PRINCIPIOS: Para CLINIC SERVICE DE RIONEGRO LTDA	14
3. OBJETIVOS DEL PROYECTO	15
3.1. OBJETIVO GENERAL:	15
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	15
4. JUSTIFICACIÓN.....	16
4.1. Económica:	16
4.2. Académica:	18
5. SOPORTE TEORICO	18
5.1 MARCO TEORICO:	18
5.1.1 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA	19
5.1.2 ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO.	25
(HOSPITALIZACION DOMICILIARIA HD).....	25
5.2 MARCO LEGAL:	31
5.2.1. CODIGO DE COMERCIO	31
5.2.2. EL MINISTERIO DE SALUD LEY 100	31
5.2.3. LEY 50 DE 1990	32
5.2.4. REPUBLICA DE COLOMBIA	33
5.2.5. REPUBLICA DE COLOMBIA	35
5.2.6 ESTÁNDARES ATENCIÓN DOMICILIARIA	36
5.3. MARCO REFENCIAL:	43
5.3.1. EXPERIENCIA INTERNACIONAL	43
5.3.2. EXPERIENCIA NACIONAL.....	44
RESOLUCION 2351 DE 1998	47
5.3.3 LA TELEMEDICINA.....	49

5.4. MARCO CONTEXTUAL:.....	52
5.4.1. Generalidades del municipio de Rionegro Antioquia	52
5.4.2. Aspectos Históricos:	52
5.4.3. Características Físicas y socio-demográficas.....	53
6. PRODUCTO ESPERADO	54
7. MATRIZ DEL MARCO LOGICO	55
8. METODOLOGÍA.....	57
9. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	59
9.1 EL PLAN DE NEGOCIO	59
9.2. ANALISIS DEL MERCADO.....	60
9.2.1. Análisis del sector.	61
9.2.2. Descripción de los servicios	62
9.2.3. Clientes y tamaño del mercado.	63
9.2.4. Competencia.	64
9.3. ANALISIS TECNICO.	67
9.3.1. Instalaciones.....	67
9.3.2 Recurso humano.....	68
9.4. ANALISIS ADMINISTRATIVO.....	69
9.5. ANALISIS ECONÓMICO.	71
9.6. PRESUPUESTO REQUERIDO PARA EL PROYECTO.....	75
9.7. ESTADISTICAS.	76
9.8 TABULACION.	79
10. CONSIDERACIONES ETICAS.....	82
11. PRESUPUESTO DEL PROYECTO	83
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	84
13. CONCLUSIONES:	85
14. RECOMENDACIONES:	86
15. GLOSARIO DE TERMINOS:	87
16. BIBLIOGRAFIA Y CYBERGRAFIA:	91
ANEXO # 1: CODIGO DE COMERCIO LAS SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA.....	97
ANEXO # 2: EL MINISTERIO DE SALUD DECRETO 1292 DE 1992 Y LA LEY 100	98
ANEXO # 3: LEY 50 DE 1990(Diciembre 28)Diario oficial N° 39.618 del 1 de Enero de 1991	103
ANEXO # 4: REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD DECRETO N° 2309 DE 2002	104

ANEXO # 5: REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUDDECRETO N° 2003 DE 2014.....	114
ANEXO # 6 ESTANDARES Y CRITERIOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO 30 DE 2014 QUE APLIA PARA TODOS LOS SERVICIOS.	128
ANEXO # 7: PORTAFOLIO DE SERVICIOS	152
ANEXO # 8: ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	160
ANEXO # 9: ÁRBOL DE SOLUCIONES.....	161
ANEXO # 10: CARTAS DE AUTORIZACION DE LAS I.P.S DE RIONEGRO	162

RESUMEN

Este trabajo, es un ejercicio de estudio referente a la problemática de los hospitales del Oriente Antioqueño de mediana y alta complejidad debido al aumento poblacional que se viene presentando, y que mucho pacientes con domicilio lejanos que se encuentran con posibilidades de pertenecer al servicio de hospitalización domiciliaria no lo pueden hacer debido a la lejanía de sus casas, por lo que deben terminar su tratamiento en estos hospitales disminuyendo así la oferta hospitalaria para los pacientes que requieren atención de tercer nivel y aumentando el riesgo de infección intrahospitalaria tan alta que hay al encontrarse hospitalizado.

Este problema se puede solucionar, con la creación de una empresa prestadora de los servicios de salud domiciliaria que además brinde un convenio con un “hogar de paso” para que los pacientes que requieran de una atención integral post hospitalaria logrando así su completa recuperación, con lo cual se pretende no solo descongestionar los Hospitales, sino disminuir costos operacionales a las IPS y EPS, que brindan sus servicios a los pacientes del Oriente Antioqueño. Además mejorar la calidad de vida de los pacientes y acelerar su recuperación en un medio cálido y efectivo.

Con base en la experiencia internacional, se demuestra que la modalidad de medicina domiciliaria, disminuye notablemente los costos de operación, al reducir sustancialmente las infecciones producidas por agentes patógenos.

Para plasmar todo lo anterior, este trabajo se realizara en el municipio de Rionegro Antioquia que cuenta con tres hospitales de alta complejidad: Centro Especializado San Vicente Fundación de carácter privado y Hospital San Juan de Dios E.S.E Rionegro de carácter público y la Clínica Somer de carácter privada, para los cuales aplica el estudio del proyecto.

INTRODUCCION

Como requisito para optar al Título de especialista en Gerencia en Servicios de Salud, he decidido realizar el presente trabajo, llama la atención estudiar la viabilidad para la creación de una empresa prestadora de servicios de salud domiciliarios junto con un convenio de hogar de paso brindando una atención integral a los pacientes del Oriente Antioqueño, teniendo en cuenta atender sus necesidades en la etapa post hospitalaria para lograr su completa recuperación, velando por el impacto de salud que este proyecto puede generar a la población.

Un estudio de viabilidad consiste en la recopilación, análisis y evaluación de diferentes tipos de información con el propósito de determinar si se debe establecer o no una empresa que conlleve riesgos económicos. En términos generales, los estudios de viabilidad buscan contestar la pregunta sobre si resulta deseable el establecer o ampliar una empresa a base del rendimiento económico que se obtendría de la misma. El estudio de viabilidad es el paso más crítico antes de convertir la idea del negocio en realidad e invertir una cantidad de dinero significativa. La verdad es que este esfuerzo toma tiempo, pero nos puede evitar que invirtamos mayor tiempo y esfuerzo en una iniciativa con pocas probabilidades de éxito.¹

En tal Sentido, es preciso estudiar un mínimo de tres viabilidades que condicionarían el éxito o fracaso de una inversión: la viabilidad técnica, la legal y la económica. La viabilidad técnica busca determinar si es posible, física o materialmente, “hacer” un proyecto, la viabilidad legal, se refiere a la necesidad de determinar tanto la inexistencia de trabas legales, como la oportunidad y respaldo del proyecto y la falta de normas internas de la empresa que pudieran contraponerse a alguno de los aspectos de la puesta en marcha o posterior operación del proyecto y la viabilidad económica busca definir, mediante la comparación de los beneficios y costos estimados de un proyecto, si es rentable la inversión que demanda su implementación

¹ <http://www.bolunta.org/manual-gestion/proyectos2a.asp>

Existe Atención Domiciliaria en Rionegro y los municipios aledaños brindada por las EPS de los pacientes, pero no cuenta con un hogar de paso para brindarle la atención integral a los pacientes que requieren de este servicio que está siendo demandado actualmente debido a que muchos pacientes del Oriente Antioqueño que acuden a las IPS de mediana y alta complejidad no cuentan con un domicilio cercano, *Clinic Service Ltda*, cuenta además con socios intelectuales profesionales de la salud, con amor por la gente que hacen de esta empresa un servicio de calidad y calidez humana, con el suficiente conocimientos técnicos para brindar seguridad en la atención a sus pacientes. Es una empresa única en Rionegro que tiene el valor agregado de brindar a los pacientes que lo requieran un convenio con un hogar de paso, fuera de ofrecer el servicio de atención domiciliaria.

Este trabajo, permitirá definir si es posible invertir en el proyecto de *Clinic Service Ltda*, en Rionegro Antioquia. Y también nos brindara la posibilidad de analizar la relación costo / beneficio que se presenta con este tipo de pacientes en las IPS de mediana y alta complejidad del Oriente antioqueño, recolectando información suficiente para hacer el lobby con las EPS ofertándoles un servicio que garantice notablemente la disminución del costo disminuyendo la estancia hospitalaria, pero brindando un servicio de alta calidad y con calidez humana, como Gerentes de instituciones en servicios de salud tenemos que aprender a ser analíticos para garantizar una administración idónea en las entidades de salud optimizando los recursos, aplicando entonces nuestro conocimiento adquirido en la especialización demostrando que hemos logrado conseguir a través del aprendizaje ventajas competitivas por medio de capacidades que nos llevan a la toma de decisiones y así lograr un verdadero desempeño organizacional.

Este trabajo se eligió a partir de la especialización gerencia en servicios de salud debido a que es una motivación no solo de aplicar nuestro conocimiento adquirido a través de este año académico, sino ver la clara oportunidad de estudiar la viabilidad de un idea de empresa que se tenía hace varios días y así poder materializarla poniendo la idea de proyecto en ejecución.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo independiente de la atención al enfermo en la comunidad comenzó en el siglo XIX después de la revolución industrial y ha continuado hasta nuestros días.²

La Visita Domiciliaria es sin duda uno de los temas de "moda" en el mundo de la atención médica, especialmente para aquellos pacientes que conllevan las probabilidades de padecer enfermedades crónicas, invalidez y en definitiva, la falta de autonomía para moverse.

La atención domiciliaria es el servicio que se realiza en el domicilio de la persona, con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente y su familia, potenciando su autonomía, reduciendo las crisis por descompensaciones y en general mejorando la calidad de vida de los pacientes.

Desde hace más de treinta años, la visita domiciliaria ha sido parte importante del equipo de salud mediante la cual se ha creado un vínculo personal que facilita las actividades de fomento, promoción y prevención para la salud familiar, a través de ella se proyecta e inicia la acción hacia la familia y comunidad.³

En los distintos países desarrollados durante las últimas décadas se han producido cambios en los planteamientos de la atención domiciliaria, tanto en los niveles sanitarios como en los sociales, estos cambios tienen en común una serie de factores propios de nuestra sociedad actual, tales como el envejecimiento, la interacción del anciano en su medio natural, la potenciación del autocuidado y el incremento de las actividades preventivas entre otras. Por otra parte, se favorece la disminución de los costos de la institucionalización al brindar atención domiciliaria a los pacientes que así lo requieran.

²Kark, S., Kark, E., Abramson, J., Gofin, J. 1994. Atención Primaria Orientada a la Comunidad. Doyma. Barcelona. España.

³Castillo, T. 1995. La Visita Domiciliaria. Opinión de los Residentes. Médico de Familia. 4: 10- 14.

La visita domiciliaria es considerada como una actividad de los servicios de salud, porque permite la extensión de cobertura y facilita el enlace multisectorial entre la familia y los núcleos humanos e institucionales, cuyas acciones conjuntas se orientan a la elevación de la calidad de vida.⁴

Los cambios demográficos y epidemiológicos de nuestra sociedad permiten predecir que la importancia de la visita domiciliaria irá en aumento, sobre todo aquellas programadas que se ofertan al paciente en edad avanzada, enfermos crónicos, pacientes en etapa terminal, o con dependencia física y/o psíquica o simplemente en la detección de riesgos psico-sociales y a su vez permite conocer los recursos de la familia que potencialmente pueden desempeñar roles favorables en el proceso asistencial.

Los programas de visitas domiciliarias deben sustentarse en una infraestructura de recursos humanos, materiales y financieros, que garanticen su funcionamiento acorde con las políticas y estrategias trazadas previamente.

La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, en la medida en que tiene como objetivo responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial u organizativas que ello lleva con sigo; tanto para el usuario y su familia, como para el equipo de atención de salud.⁵

La atención domiciliaria forma parte de los principios básicos de los equipos de atención primaria y es uno de los programas prioritarios de salud y bienestar social. Garantiza la continuidad de la asistencia y el desarrollo de actividades preventivas que permitan mantener el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios.

Un análisis riguroso de la realidad que aparece en torno a la atención domiciliaria nos obliga a tener en cuenta factores condicionantes:

- Envejecimiento progresivo de la población.
- Aumento de la esperanza de vida de la población.
- Un cambio de hábitos de frecuentación de las estructuras de atención de salud.

⁴ Lesende, I., Sacristán, B., Angulo, J. 1995. Abordaje domiciliario de pacientes descompensados con enfermedad terminal. Atención Primaria. 16:576.

⁵ Quevedo, L. Mendoza, V. 1997. S/A. Hacia una Medicina Más Humana. Editorial Panamericana. Bogotá. Colombia.

- Importante déficit de camas hospitalarias.
- Un replanteamiento en las estrategias de atención de los enfermos crónicos institucionalizados. Para nuestro municipio es de vital importancia, contar con un sistema que supla las falencias de la precaria disponibilidad actual hospitalaria y del creciente ingreso al sistema de seguridad social por parte de la población del oriente antioqueño.

Uno de los inconvenientes más frecuentes en los Hospitales del Oriente Antioqueño de mediana y alta complejidad, es la congestión de pacientes, el represamiento y demora en la prestación de servicios de hospitalización por falta de rotación de camas hospitalarias, debido a que muchos pacientes que se encuentran en una etapa de terminación de tratamiento (post hospitalaria) y pudieran recurrir al servicio primario de atención domiciliaria no les es posible acceder debido a la lejanía de sus domicilios, disminuyendo así la oferta hospitalaria para los pacientes que requieren atención de tercer nivel y aumentando el costo de sus tratamientos para sus EPS, también aumentando el riesgo en su salud por la alta probabilidad de adquirir una infección intrahospitalaria. Por lo que considero el planteamiento del problema del proyecto es: Las condiciones técnicas y administrativas de los hospitales del oriente antioqueño, para la atención de los pacientes de segundo y tercer nivel en la etapa pos hospitalario requerido para su completa recuperación afecta la relación costo/beneficio esperada de las EPS y las IPS.

Esto genera una gran problemática, pues es evidente que en todos los sectores de la sociedad, es imprescindible la atención médica oportuna, para mejorar la calidad de vida de la población en general. Esta problemática se da debido al aumento notable de la población del Oriente antioqueño por lo que las IPS no dan a abasto con el volumen de pacientes que manejan, resultaría sustancialmente costoso aumentar su fuerza laboral; hecho que se traduce de un aumento o ampliación de sus instalaciones y soporte técnico -científico. Por consiguiente, la atención domiciliaria *Clinic Service Ltda*, que nos brinda el valor agregado de un convenio con un *hogar de paso*, se perfila como una de las soluciones más viables en cuanto a la disminución de la oferta hospitalaria para pacientes que requieren servicios de

tercer nivel en los hospitales y clínica de mediana y alta complejidad del Oriente Antioqueño. También nos sirve para reducir costos fijos operativos en las EPS e IPS.

2. PLATAFORMA ESTRATEGICA DE CLINIC SERVICE RIONEGRO LTDA

2.1. MISION:

Prestar programas de salud humanizada y con calidad a nuestros usuarios y su familia en un contexto extra hospitalario de atención domiciliaria integral en un hogar de paso cuando lo requiera, comprometidos con la Responsabilidad Social.

2.2. VISION:

Para el año 2020, *Clinic Service Rionegro Ltda* será gestor y líder de un modelo de atención en salud extra hospitalario atención domiciliaria integral en un hogar de paso en el Oriente Antioqueño, que genere impacto positivamente en la calidad de vida de los usuarios y su familia.

2.3. VALORES:

Para *Clinic Service Rionegro Ltda* la relación con usuarios, clientes y colaboradores está basada en los siguientes valores:

HONESTIDAD: Actuamos con base en la verdad y la justicia.

RESPONSABILIDAD: Cumplimos con nuestras obligaciones, asumiendo las consecuencias y obteniendo resultados eficaces.

RESPECTO: El respeto es uno de los valores morales más importantes del ser humano, pues es fundamental para lograr una armoniosa interacción social.

CONFIANZA: En equipo trabajamos para garantizarle a nuestros usuarios seguridad en la atención, demostrando que en *Clinic Service Rionegro Ltda* todo lo hacemos con calidad.

COMPROMISO: Nuestro personal cumple con sus obligaciones, haciendo más de lo esperado.

COMPRENSIÓN: Entendemos la situación de salud de nuestros usuarios; por eso en *Clinic Service Rionegro Ltda* sabemos cómo hacerlos sentir mejor.

CUMPLIMIENTO: Nuestra clínica siempre cumple, por ello en *Clinic Service Rionegro Ltda* todo lo dicho es hecho.

SOLIDARIDAD: A través del cual el personal *Clinic Service Rionegro Ltda* se siente y reconocen unidos compartiendo las mismas obligaciones, intereses e ideales y conformando además uno de los pilares fundamentales sobre los que se asienta la ética moderna.

2.4 OBJETIVOS CORPORATIVOS *Clinic Service Rionegro Ltda*:

- Contribuir con el mantenimiento y/o el mejoramiento de las condiciones de salud de nuestros usuarios, facilitando su readaptación al entorno con la participación activa de su familia.
- Incrementar la satisfacción de nuestros clientes, usuarios y su familia, en el marco de una atención humanizada.
- Fomentar la cultura de mejoramiento continuo cumpliendo los estándares del sistema de gestión de la calidad.
- Promover prácticas seguras en los procesos de atención en salud.
- Impulsar el desarrollo del talento humano, que permita cumplir con los objetivos del Sistema (SGC) y de la Organización.

2.5 PRINCIPIOS: *Para Clinic Service De Rionegro Ltda*

La relación con usuarios, clientes y colaboradores está basada en los siguientes principios:

CALIDAD: La totalidad de funciones, características o comportamientos de *CLINIC SERVICE DE RIONEGRO Ltda* al servicio prestado, para satisfacer las necesidades de los pacientes.

BUEN TRATO: el Personal de *Clinic Service De Rionegro Ltda*, garantiza un trato ético a sus pacientes.

INNOVACIÓN: *Clinic Service De Rionegro Ltda* ofrece un convenio con un hogar de paso para los pacientes que requieren el servicio una novedad que hace de nuestro servicio algo único en el mercado.

COMPROMISO: Sentimos como propios la filosofía, objetivos y metas de *Clinic Service De Rionegro Ltda* y nos empeñamos en dar algo más de lo establecido.

TRABAJO EN EQUIPO: En *Clinic Service De Rionegro Ltda* trabajamos juntos y unidos donde cada hace una parte pero todos con un objetivo común.

3. OBJETIVOS DEL PROYECTO

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Garantizar y favorecer la atención integral de los pacientes del Oriente Antioqueño en su etapa post hospitalaria requerida para su completa recuperación y mejorar la relación costo beneficio de las EPS e IPS en este proceso de atención.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Establecer la viabilidad de los procesos técnicos, administrativos y legales para la creación de un *Clinic Service ltda (atención domiciliaria)* en Rionegro Antioquia

Identificar las necesidades en infraestructura, dotación, equipos y requerimientos de talento humano para la creación de un *Clinic Service Ltda (atención domiciliaria)* en Rionegro Antioquia.

Hacer lobby o cabildeo con las IPS y EPS del oriente Antioqueño para ofertar el servicio

4. JUSTIFICACIÓN

4.1. Económica:

Entre las oportunidades y obligaciones del ser humano no hay ninguna que sea mayor que la del médico. Para cuidar a los que sufren se necesita destreza técnica, conocimientos científicos y comprensión humana. Aquel que utilice estos atributos con valor, humildad y con prudencia, proporcionará un servicio único a sus congéneres y forjará un carácter firme y constante en sí mismo.⁶

Los hospitales compran, arriendan o presupuestan edificios, equipos, mano de obra, farmacias y suministros médicos para convertirlos en servicios para el cuidado de los pacientes. El costo total de los servicios médicos incluye gastos hospitalarios y los costos de la operación. Los costos hospitalarios pueden ser catalogados en dos tipos: Fijos y variables. Los costos fijos son los que no dependen del volumen y no son recuperados ni compensados por el hospital a corto plazo, si no se presta un servicio en particular. Por tanto, los costos fijos no cambian a corto plazo con los cambios en el rendimiento. Los costos variables son aquellos que cambian con el rendimiento y que pueden ser ahorrados por el hospital si un servicio no se presta. Por ejemplo, los medicamentos y suministros desechables. El concepto de costos fijos y variables, tienen implicaciones importantes para controlar los gastos del cuidado de la salud. La ventaja de conocer la información de costos y su estructura es establecer una política apropiada de contención y planeación de los costos en hospitales y clínicas.

⁶(HARRISON, Medicina interna Tomo I P. 34 Ediciones científicas. 9 Ed. México 2002).

El ambiente actual del cuidado de la salud presenta varios escenarios novedosos y cambios que demandan un cuidado de la salud que sea: costo efectivo. Es decir que los costos generados, sean fijos o variables, y los controles que se apliquen a estos, no afecten la calidad en la atención. Una desventaja competitiva para cualquier institución es desconocer la estructura de sus costos. La tendencia de los hospitales es de reducir costos. Se hace necesario desarrollar métodos específicos de reducción de costos tanto fijos como variables para proporcionar el cuidado de la salud sin que este afecte la calidad del servicio a los pacientes. Aun los ahorros pequeños por paciente representan grandes ahorros. Un factor que contribuye a aumentar los costos es la estancia hospitalaria prolongada en los hospitales el Oriente Antioqueño de mediana y alta complejidad esto se presenta debido a que algunos pacientes que se encuentran en su etapa post hospitalaria y podrían terminar su tratamiento en casa (atención domiciliaria) no pueden acceder a este servicio ya que su domicilio es muy lejano.

Por lo que se debe contemplar el desarrollo de nuevos productos o servicios que mejoren esta situación, el cuidado domiciliario *Clinic Service Ltda*, nos brinda el valor agregado de ofrecer un convenio institucional con un *hogar de paso* que nos puede ofrecer el servicio de hotelería para este tipo de pacientes con una disminución notable en el costo de la atención para las EPS.

También influye en el mejoramiento clínico del paciente ya que el hogar de paso es un simulador más de una casa de familia y está comprobado que el cuidado en el domiciliario genera confort al paciente y al encontrarse en su medio natural (su hogar), su familia, esto repercute psicológicamente en su mejor restablecimiento.⁷

En el hogar de paso además se disminuye el riesgo de adquirir infecciones nosocomiales asociadas a las largas estancias hospitalarias.

⁷ Arias. L. 1997. Medicina Familiar en la práctica. Editorial Castor. Universidad del Valle. Ministerio de Salud Colombia

4.2. Académica:

La Fundación Universitaria Luis Amigo, ante todo forma jóvenes responsables, con unos valores Éticos y Morales de excelente nivel, los cuales se aprovecharan para el buen manejo y desarrollo de la empresa, se optó por desarrollar un proyecto viabilidad de una empresa que oferta servicios de salud teniendo no solamente una connotación económica en el sentido que existe un fin lucrativo, sino que también presenta un sentido social, brindando atención humanizada a los paciente en su etapa pos hospitalaria para lograr su completa recuperación.

5. SOPORTE TEORICO

5.1 MARCO TEORICO:

Los costos por estancia hospitalaria son el principal problema que afrontan actualmente las EPS, IPS, y empresas de medicina prepagada, sin tener en cuenta los problemas económicos y productivos que trae para las empresas públicas y privadas el ausentismo laboral generados por la inasistencia a su trabajo de personas que requieren de un tiempo considerable para solicitar citas médicas y procedimientos que bien podrían ser tratados no solamente en su domicilio sino en el mismo sitio de trabajo.

Solo si se compara el costo que genera no solo para la EPS sino para el paciente y su familia, acceder a una cama en una IPS y los procedimientos simples que esto conlleva, haciendo énfasis en una atención médica de excelente calidad, oportuna y eficaz, se puede observar que la mayor parte de sus ingresos son utilizados para cubrir gastos administrativos y operativos.

Continuamente se puede ver en los hospitales, gran volumen de pacientes solicitando consultas médicas y valoraciones, por patologías generalmente de carácter epidémico tal es el caso de las virosis (gripas), bronquitis, malestar general, cefaleas y migrañas. Dichas patologías se pueden no solamente valorar sino manejar en el domicilio del paciente o su sitio de trabajo; basta un diagnóstico acertado y una formulación eficaz para que se de

tratamiento definitivo al paciente sin salir de su hogar o sitio de trabajo, descartando y eliminando todos los problemas y consecuencias que el traslado conlleva.

De esta manera se reducirá sustancialmente el volumen de pacientes en los hospitales, dando mayor oportunidad a personas que según su sintomatología requieren de una atención inmediata. Es el caso de dolores abdominales que se pueden traducir en apendicitis, dolores torácicos que se pueden traducir en infartos, etc.

Se pretende que los pacientes remitidos a los centros asistenciales sean aquellos que en realidad ameritan un tratamiento exclusivamente intra hospitalario, y continua observación médica. La hospitalización en casa pretende llevar al domicilio, a los profesionales de la salud para prestar la atención necesaria a pacientes que necesitan continua atención y observación médica o paramédica, para superar su enfermedad; tal es el caso de pacientes terminales o aquellos que su tratamiento puede durar varios días sin llegar a requerir la infraestructura que un centro hospitalario puede ofrecer. Con esto no solo se pretende reducir costos sino mejorar la calidad de vida del paciente, y su familia al tener la posibilidad de contar con atención médica en su propia casa, descartando la posibilidad de contraer infecciones causadas por agentes patógenos propios de una institución hospitalaria, al igual que instruir a la familia sobre los cuidados generales del paciente para que ellos mismos puedan ayudar en su recuperación definitiva.

5.1.1 FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

La persona está influida por el medio en que se desenvuelve; las respuestas a esta influencia son múltiples en la vida cotidiana. Durante la estancia de una persona en el hospital se alteran sus condiciones de vida habituales y su estado de salud. Y se producen respuestas de la misma manera en que se desarrollan fuera del medio hospitalario.

El estudio de los factores que intervienen en la aparición de secuelas en este tipo de enfermos; está estructurada conforme a tres ejes:

Eje Físico: Abarca los diagnósticos que condicionan la dependencia del enfermo. Eje de autoprotección: Abarca los diagnósticos que condicionan la capacidad del enfermo para protegerse. Eje de evolución: Incluye los diagnósticos que condicionan la evolución de la enfermedad desde el punto de vista que el enfermo tiene de ella y de su persona.

La definición de larga estancia hospitalaria varía de unos autores a otros, encontrándose en la bibliografía desde 3 a 7 días. Parece lógico pues escribir las secuelas de larga estancia hospitalaria cuando las respuestas del individuo aparecen a partir de las 72 horas del ingreso. Habitualmente, se asocian las secuelas de una enfermedad al nivel de la calidad de vida de una persona, comparándolo con el nivel de calidad de vida previa a la enfermedad.

En términos generales se considera que la calidad de vida depende de la situación funcional, del grado de comodidad y del nivel de autoestima de la persona alterando:

- Funciones fisiológicas
- Actividades diarias.
- Medidas terapéuticas a las que le enfermo se hallaba sometido
- Actividades propias de la edad.
- Percepción subjetiva de la enfermedad.

La estancia en un hospital, no deja de ser un período anecdótico en la vida de una persona. Cuando un enfermo ingresa en un hospital, deja en manos del personal que le atiende y del marco institucional que le rodea, su persona. Sin quererlo el paciente se despoja de su intimidad, de sus seres significativos, de sus costumbres, su entorno, etc. En un estado de confusión, enfermedad y desconocimiento del medio, la persona se encuentra más vulnerable a los riesgos del entorno, ya sean físicos o psicológicos.

Durante la estancia hospitalaria, se alteran patrones que condicionan la aparición de secuelas, la calidad de vida y la mortalidad, dentro de los cuales encontramos:

- Dolor
- Deterioro de la movilidad física
- Desequilibrio nutricional
- Intolerancia a la actividad
- Deterioro de la respiración espontánea
- Déficit de autocuidado
- Deterioro de la eliminación.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Confusión crónica
- Protección inefectiva.
- Deterioro del patrón de sueño.
- Desesperanza.
- Deterioro de la comunicación verbal

A través de los tiempos la acción de cuidar siempre ha sido dinámica, hecho que permitió el nacimiento del cuidado de enfermería como una organización. Las organizaciones han existido toda la vida desde que el hombre empieza a asociarse con otros para satisfacer sus necesidades básicas y defenderse de los múltiples agentes del medio.

Cada momento histórico ha dejado huellas que de una u otra manera han influido en el grado de desarrollo, en las formas de división del trabajo, en los procesos y la manera como ellas han sido conducidas, las influencias pasadas y la visión del futuro son en últimas, los pilares que determinan el dinamismo de las organizaciones para poder responder a las exigencias del medio político, económico y social y aportar una cuota de bienestar a la humanidad.⁸

La gerencia del cuidado surge de este poder intangible que posee el hombre y lo hace único, trascendente y autónomo para decidir el logro de sus fines personales y sociales que las diversas teorías administrativas, enfoques gerenciales o de los métodos para abordarlas⁹

El conocimiento gerencial ha evolucionado tanto en su concepción (empírica, positiva, axiomática, hipotético – deductiva, dialéctica, estructural, funcionalista, sistemática), como

⁸ Conceptualización de los cuidados de enfermería Universidad Nacional de Colombia 1997

⁹ Dimensiones del cuidado, Grupo de cuidados Universidad Nacional de Colombia 1997

en su instrumentación, conservando siempre los principios de servicio, unidad, precisión, compromiso, justicia, equidad, armonía, creatividad, flexibilidad e integridad entre otros. Dichos elementos hacen referencia al proceso gerencial que implica planear, organizar, dirigir y controlar los objetivos de las organizaciones; el grupo de individuos que participan; la estructura interna formal o informal, los recursos humanos, los recursos físicos, tecnológicos y financieros; las variables externas del contexto y los resultados de la producción de bienes y servicios.

El gerente debe ser un profesional con formación muy variada. Además de la administración, debe conocer aspectos básicos de: Matemáticas, Derecho, Psicología, Estadística, etc.; Necesita tratar personas de distintas clases, disciplinas y niveles de conocimientos dentro y fuera de la organización; necesita ser más lejos y en forma más amplia que los demás.

Debe ser un agente de cambio y transformación en su empresa que lo conduzca a nuevos y mejores rumbos, implementar nuevos procesos, nuevas estrategias y nuevas tecnologías; debe ser el educador que modifica y orienta el comportamiento de las personas y la cultura organizacional.¹⁰

Brota entonces la pregunta. ¿Qué se quiere ofrecer? un servicio de asistencia domiciliaria o un programa de atención domiciliaria. La asistencia domiciliaria es el conjunto de actividades que tienen como objetivo la prestación de tratamientos puntuales con una orientación exclusivamente asistencial reparadora, sin que en ella exista un contexto de trabajo en equipo. En contraposición estaría el programa de atención domiciliaria, que además de los contenidos asistenciales reparadores, incluye elementos de promoción, protección, rehabilitación de la salud y que surgen en un contexto de trabajo en equipo y de programación de las actividades. El hecho de hablar de planificación previa no quiere decir

que no surjan demandas espontáneas de atención, hecho íntimamente ligado al carácter dinámico de la salud.

En el mediano y largo plazo, solamente sobrevivirán aquellas empresas de salud que logren

¹⁰ Series temáticas Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Grupo de gerencia y gestión.1997

transmitir a sus afiliados la imagen y la percepción real de que se encuentran en manos de quien realmente quiere su bienestar. Por eso la implantación de mecanismos de atención domiciliaria es importante, en el contexto de entender que el negocio en la seguridad social es ante todo y primordialmente el buen manejo del paciente.

La atención domiciliaria a distintos tipos de pacientes es hoy una actividad asistencial en pleno auge en el mundo. Importantes aspectos son los que han contribuido a la expansión de este tipo de programas, entre los que se puede citar la necesidad de una atención más personalizada y humanizada; el comprobado axioma de que el mejor lugar terapéutico es el hogar; la búsqueda de alternativas para la atención, distintas a la “institucionalización”, y el uso adecuado de los escasos recursos económicos y de infraestructura de las entidades del sector salud.¹¹

El cuidado domiciliario ofrece a las aseguradoras y a los prestadores de servicios de salud, herramientas costo-efectivas de mercadeo social y de racionalización del gasto, al controlar estancias innecesarias. Los programas de atención domiciliaria se perfilan como el modelo de atención del siglo XXI, por brindar simultáneamente mejor calidad de atención a los pacientes, con una reducción de costos para todos los actores del sistema de seguridad social en salud.

Desde la década de los ochenta, países como Suiza, Francia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y España realizan labores extra hospitalarias con gran acierto; hoy ese tipo de programas se aplican en prácticamente en todo el mundo.

Sin embargo, en Colombia es una disciplina que apenas comienza, pero que toma fuerza dada la realidad de nuestro entorno; lamentablemente especialistas de centros hospitalarios

de gran trayectoria en nuestra ciudad, han hecho gala de gran resistencia a este sistema por desconocimiento o por desconfianza al gran compromiso existente en cada uno de los programas con los que cuenta nuestra ciudad.

¹¹National Asociación for Home Care (Asociación Médica Americana de Atención Domiciliaria)

Beneficiarios

Los criterios de inclusión definen las condiciones necesarias para que un usuario pueda ser incluido en el programa ya que no todos los usuarios pueden ser atendidos en su domicilio sea por su estado de salud, por las características de su entorno socio familiar, por su ubicación geográfica que limita el desplazamiento del equipo de atención de salud.

- Pacientes con enfermedades terminales.
- Oxígeno dependientes.
- Discapacitados.
- Pacientes posquirúrgicos que ameriten cuidados por médico y/o enfermería.
- Pacientes con limitación sensoriales.
- Pacientes con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.

Vale la pena anotar que estos pacientes se benefician de las actividades del grupo multidisciplinario conformado por:

- Médicos generales.
- Enfermera jefe.
- Enfermeras auxiliares.
- Terapeuta respiratoria.
- Terapeuta física.
- Psicóloga(o).

Los objetivos específicos pretenden brindar una atención óptima al paciente en su medio habitual, obteniendo una participación activa de su grupo familiar para agilizar su recuperación, siendo necesario elegir un grupo de profesionales idóneo comprometidos con la misión de servir.

Fortalezas

- Sectorización. Asignación de una zona específica por médico.
- Manejo integral del paciente. El grupo multidisciplinario recibe el paciente desde la fuente de origen y lo acompaña en su evolución.
- Implementación de técnicas de autocuidado.
- Fortalecimiento de conductas de auto administración de medicamentos y de Oxigenoterapia.

Es de vital importancia tener en cuenta los logros fundamentales de la atención domiciliaria “Home Care” y que permiten evitar hospitalizaciones médico quirúrgicas prolongadas:

Liberación de camas hospitalarias

Reducción de costos

Humanización de la atención

Desarrollo de tecnología blanda

Creación de oportunidades de empresa.

5.1.2 ANTECEDENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD A DOMICILIO.

(HOSPITALIZACION DOMICILIARIA HD)

La primera Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) la introdujo el Dr. Bluestone en N.Y. (USA), en 1.947, haciendo así una extensión de su hospital, siendo dos los motivos que le llevaron a ello: descongestionar su hospital y crear un ambiente psicológico más favorable.

Más tarde, en 1.960, se introdujo en Canadá. En 1.987 se realiza una experiencia piloto con 3 Hospitales en Montreal: puesta de antibióticos a domicilio. En Europa, la primera experiencia fue en el Hospital de Tenon en París, en 1.951. Desde 1.996, la Oficina Europea de la OMS, coordina el “From Hospital to Home HealthCare”. (Del hospital al cuidado domiciliario) En 1.983 el Senado Español aprobó una moción en la que se reconoce la necesidad de crear las UHD’s en la Seguridad Social. Las UHD’s vienen

mencionadas por primera vez en el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los

Hospitales de la Seguridad Social de 1985 haciéndolas depender de las Direcciones de Enfermería; vuelven a mencionarse en la Ley General de Sanidad dentro de la Asistencia Especializada y por último en la reforma del Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales por el Instituto Nacional de la Salud donde se resignan a la Dirección Médica.

Atender un paciente en su domicilio no es una situación excepcional en la historia de la medicina. De hecho, hasta el siglo pasado una gran parte de los actos médicos se desarrollaban en el domicilio del paciente. El hospital era para los pobres, los moribundos o los enajenados.

En los últimos cien años el hospital ha desempeñado un papel crucial en el desarrollo de la medicina. Pero la prevención. Los cuidados a largo plazo o la misma continuidad asistencial del paciente en la comunidad requieren otros dispositivos asistenciales. Además, los recursos para atender las demandas sanitarias crecientes no serán ilimitados. La atención domiciliaria es una alternativa que puede dar respuesta a algunas necesidades asistenciales y mejorar el uso eficiente de recursos escasos.

Uno de los objetivos de la atención primaria en salud es acercar los servicios sanitarios a la población. Esto es aplicable tanto a estructuras físicas, de forma que las policlínicas sean accesibles a la población adscrita que atienden como a los servicios que desde ellos se prestan. Además de la atención en consultorio, las consultas domiciliarias son componentes importantes de la atención de pacientes ambulatorios. De este modo, la organización de las políticas debe facilitar la provisión de servicios a todos los individuos asignados. Tanto en el propio centro como en el domicilio del usuario en aquellos casos en que este por diversos motivos, no se pueda desplazar.

Las visitas domiciliarias posibilitan atender a pacientes demasiado delicados para concurrir al consultorio, así como conocer las condiciones de vida del paciente, lo cual puede facilitar el manejo de sus problemas individuales y/o familiares lo cual no se facilita con el desplazamiento al consultorio. El objetivo primordial de este tipo de atención es prevenir y detectar problemas, así como fomentar el autocuidado en el entorno en que el individuo se

desenvuelve. Se trata de una atención ofrecida en la casa del propio paciente, con una intensidad variable en el número de visitas, pero mantenidas a lo largo del tiempo.

Los protagonistas naturales de la mayor parte de la atención domiciliaria a largo plazo son los equipos de atención primaria. La atención domiciliaria sin objetivos específicos obtiene pocos beneficios. Es imprescindible definir exactamente los objetivos de la intervención que pretende desarrollarse en el domicilio. En Israel existen los servicios geriátricos comunitarios, los mismos están basados en un equipo de salud primario compuesto por el médico, enfermera y visitadora social entre sus actividades está el cuidado del paciente geriátrico en la clínica o en la casa del paciente.

En muchos países de Europa, la atención domiciliaria es una parte integrada dentro de la atención social sanitaria. Según el museo Vasco de la historia de la medicina y la ciencia, El tiempo dedicado como media a cada atención domiciliaria en España es de 33,26 minutos y de 42 minutos en el Reino Unido.

En los Estados Unidos el 1977 los médicos de familia realizaron alrededor de 13 millones de visitas a domicilio, representando 4 visitas por semana por cada médico.¹²

En España, según los criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores se considera como mínimas las cifras de cobertura de una visita domiciliaria por año; al 5% de las personas entre 75 y 79 años; al 10% de las personas de 80 a 84 años y al 20% de las personas de más de 85 años.¹³

Entre las utilidades de la visita domiciliaria están.

- Proveer de cuidados de salud integral al paciente, al cuidador y la familia.
- Llegar a aquellos pacientes que por varios factores no pueden llegar a la consulta médica.
- Observar las relaciones intra-familiares en el escenario natural.
- Establecer mejor comunicación con la familia.
- Involucrar a la familia en las decisiones de diagnóstico y tratamiento.
- Obtener información adicional en el escenario del hogar para el mejor manejo y diagnóstico.

- Controlar el cumplimiento y progreso de un tratamiento indicado.
- Descubrir factores que dificulten el cumplimiento de las citas médicas.
- Determinar la condición del paciente para lograr un adecuado tratamiento.

¹² Organización Mundial de la salud. “Los cambios en la medicina y la ciencia” boletín N°4 Abril de 2003

¹³ Revista Enfermería Clínica. N°32 Agosto de 2001. España.

La hospitalización domiciliaria (HD) es un recurso sanitario específico, que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos permanecerían hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital al domicilio del paciente.

Estamos asistiendo a un gran desarrollo de los programas de HD ya que son numerosos los pacientes que se benefician de programas de HD en la actualidad, ampliándose cada vez más los procesos subsidiarios de recibir atención domiciliaria. Existen experiencia en diálisis peritoneal, nutrición parenteral, oncología, SIDA y otras enfermedades infecciosas: que requieran tratamiento intravenoso y en enfermedades respiratorias crónicas. Este aumento se debe principalmente a:

Aumento progresivo de la población de edad avanzada, con dificultad para acceder al hospital, elevado coste del tratamiento y de la cama hospitalaria en los centros altamente tecnificados, posibilidad de evitar complicaciones propias del hospital, fundamentalmente las infecciones nosocomiales, inadecuación del hospital para tratar los problemas no agudos,

la mejoría actual de la calidad de la vivienda en cuanto a las comunicaciones que favorece el tratamiento en el propio domicilio del paciente, posibilidad de que el paciente pueda elegir donde quiere tratarse la tendencia actual a considerar un error que un paciente deba permanecer en el hospital sólo para recibir medicación intravenosa, si por lo demás se encuentra estable, lo que se consideraba hasta muy recientemente un motivo ineludible para permanecer ingresado en el hospital La implantación de programas de hospitalización a domicilio debe constituir tres objetivos esenciales de la política y estrategia de las

administraciones sanitarias: a) contener el gasto sanitario merced a la mejoría en la relación coste-eficacia que ofrece frente a la hospitalización tradicional, especialmente si se inscribe dentro del proceso de una reforma asistencial de los hospitales y en patología de alta frecuencia y coste, b) mejorar la calidad de vida y confort asistencial del enfermo manteniéndolo en su entorno familiar, c) acortar el tiempo de espera de pacientes pendientes de ingreso hospitalario.

Los principios fundamentales que debe tener en cuenta cualquier programa de HD, pueden resumirse en:

- 1) La HD no es un sustituto del hospital, sino más bien un complemento a la atención prestada en el mismo.
- 2) Especificidad: los resultados obtenidos con los programas de HD son mejores cuando más concreto es el problema a tratar. Por ello, la selección de candidatos debe ser muy meticulosa, centrándonos en la cantidad y complejidad de cuidados a administrar, más que en la patología en sí misma.
- 3) Información adecuada de pacientes y familiares.
- 4) Valoración de las necesidades sociales que influyan en el mantenimiento del paciente en su casa.
- 5) En los modelos de HD, la familia debe asumir una parte de la actividad que en el hospital realizan los profesionales. En ello radica en gran parte el menor coste derivado de la HD.
- 6) Los objetivos han de ser concretos y cuantificables, para poder valorar así los resultados conseguidos.

7) Permitir que la oferta asistencial complementaria sirviera para reducir algún aspecto de la demanda.

La justificación de la necesidad de programas de HD especializados en este tipo de pacientes, viene dada por la utilización en el domicilio de equipos sofisticados y de manejo complejo que precisa un grupo de profesionales con experiencia. Es lógicamente más rentable reunir a un grupo de profesionales con experiencia en el manejo de estos equipos que formar a todos los médicos de Atención Primaria en aspectos tan especializados.

Además, muchos de los pacientes con enfermedades respiratorias hacen una vida cama-sillón por lo que la única alternativa para recibir atención médica especializada es el ingreso hospitalario, con el consiguiente colapso del hospital sobre todo en los meses invernales, donde las reagudizaciones cobran un gran protagonismo. En este contexto, la implantación de un programa de HD especializada incorpora un nuevo recurso sanitario de indudable valor, complementario a los recursos clásicos.

Los objetivos que deben perseguir un programa de HD para pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, han sido definidos por la American Thoracic Society y pueden resumirse en:

- 1) Mejorar la calidad de vida permitiendo la estancia en casa.
- 2) Prevenir o minimizar las complicaciones que requieren hospitalización.
- 3) Detectar cambios físicos o psíquicos que requieran cambios terapéuticos en el propio domicilio del paciente.
- 4) Capacidad para transferir al paciente al hospital en las reagudizaciones.
- 5) Promover una actitud positiva e independiente Los programas dirigidos a pacientes respiratorios crónicos graves han perseguido, fundamentalmente, demostrar la reducción de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, y así reducir los costes de la atención sanitaria.

Entre las utilidades de la visita domiciliaria están:

- Proveer de cuidados de salud integral al paciente, al cuidador y la familia.
- Llegar a aquellos pacientes que por varios factores no pueden llegar a la consulta médica.

- Observar las relaciones intra-familiares en el escenario natural.
- Establecer mejor comunicación con la familia.
- Involucrar a la familia en las decisiones de diagnóstico y tratamiento.
- Obtener información adicional en el escenario del hogar para el mejor manejo y diagnóstico.
- Controlar el cumplimiento y progreso de un tratamiento indicado.

5.2 MARCO LEGAL:

5.2.1. CODIGO DE COMERCIO

TITULO V

DE LAS SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

Una sociedad de responsabilidad limitada o sociedad limitada es un tipo de sociedad mercantil en la cual la responsabilidad está limitada al capital aportado, y por lo tanto, en el caso de que se contraigan deudas, no se responde con el patrimonio personal de los socios. La gestión y administración de la empresa se encarga a un órgano social. Este órgano directivo está formado por la Junta General y por los administradores, que son los que administran la empresa. **Anexo # 1.**

5.2.2. EL MINISTERIO DE SALUD LEY 100

La ley 100 nace para suplir las necesidades que se veía en salud en los años 90, ya que el sistema de salud Colombiano sólo lograba asegurar un 17% de la población, el sistema no contaba con cobertura familiar, o sea que el seguro sólo cubría al trabajador. Su familia accedía a las atenciones de salud a través de las clínicas de las Cajas de Compensación Familiar, las cuales aplicaban unas tarifas módicas. Las entidades aseguradoras aplicaban preexistencias, es decir que el afiliado debía renunciar a las prestaciones de salud para aquellas enfermedades existentes al momento de afiliarse.

La ley plantea los siguientes principios como sus fundamentos centrales: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Para lograr esto se empezaron a manejar entidades privadas como las EPS, IPS y ARP, con esto se pretendía mayor eficiencia en estas entidades mejoraría la atención a los pacientes y la calidad pues al ser privado no se presentaría problemas como la corrupción que tanto debilitaron el sistema de salud en el país.

Este método, cambia abruptamente la forma de financiación de los hospitales públicos, quienes antes se mantenían de presupuestos históricos (subsidio a la oferta), y ahora mediante el autofinanciamiento, por la venta de servicios (subsidios a la demanda). Se intentaba resolver dos de los grandes problemas del sistema anterior: la segmentación, sistemas diferenciales de servicios para los distintos grupos de población, y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, debidas principalmente, a barreras económicas. **Anexo # 2.**

5.2.3. LEY 50 DE 1990

(Diciembre 28)

Diario oficial N° 39.618 del 1 de Enero de 1991

**Por el cual se introducen reformas al
Código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones**

Elementos esenciales del contrato de trabajo:

- la actividad personal del trabajador (realizado por sí mismo)
- subordinación del trabajador respecto del empleador sin afectar derechos fundamentales del legislador
- un salario como retribución del servicio

Se presume que toda relación de trabajo personal está regida por un contrato de trabajo.

Contrato a término fijo: debe constar siempre por escrito y duración no puede ser superior a tres (3) años, pero es renovable indefinidamente, si antes de la fecha de vencimiento no se da aviso de la no prorrogación del contrato, ese se entenderá renovado por un periodo igual al inicialmente pactado.

Suspensión del contrato de trabajo: fuerza mayor o caso fortuito; la muerte o inhabilitación del empleador; por suspensión de actividades o clausura temporal de la empresa; por licencia temporal concedida por el empleador o por suspensión disciplinaria; por detención preventiva del trabajador no siendo mayor a ocho (8) días, por ser llamado el trabajador a prestar servicio militar, por huelga declarada.

Terminación del contrato de trabajo: por muerte del trabajador, por mutuo consentimiento por expiración del plazo fijo pactado, por terminación de la obra o labor contratada; por liquidación de la empresa, por sentencia ejecutoriada, por decisión unilateral.

* En todo contrato de trabajo se encuentra la condición resolutoria por incumplimiento de lo pactado, con indemnización de perjuicios que comprende el lucro cesante y daño emergente.

*el periodo de prueba no puede exceder de dos (2) meses.

Salario: comprende no solo la remuneración ordinaria sino todo lo que recibe el trabajador como contraprestación directa del servicio (primas, bonificaciones, sobresueldos, valor del trabajo suplementario que se realiza de forma habitual). Los pagos que no constituyen salario son las sumas que ocasionalmente y por mera liberalidad recibe el trabajador del empleador.

El empleador y el trabajador pueden convenir libremente el salario en sus diversas modalidades (unidad de tiempo, por obra, pero siempre respetándole salario mínimo legal.

El salario mínimo se fija: en pacto o convención colectiva o en fallo arbitral o por consenso del Consejo Nacional laboral.

Jornada del trabajo: 12 semanas para descanso remunerado para la licencia de maternidad. Ninguna trabajadora podrá ser despedida por motivo de embarazo o lactancia, en caso de que ocurra su despido se deberá indemnizar el valor a un salario por 60 días más la indemnización y cesantías que hubiera de acuerdo al contrato de trabajo. **Anexo # 3**

5.2.4. REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

DECRETO N° 2309 DE 2002

Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Mediante el Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002, el Gobierno Nacional redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Igualmente expidió las Resoluciones 1439 del 1 de Noviembre y 1474 del 7 de Noviembre, que con sus anexos complementan la organización del Sistema de Garantía de Calidad obligatorio para prestadores y aseguradores, como también para entidades adoptadas, entidades de medicina prepagada y entidades territoriales de salud. Se exceptúan los servicios de salud de las fuerzas militares y la policía y no se mencionan los demás regímenes especiales.

Las nuevas normas derogan y sustituyen especialmente el Decreto 2174 de 1.996, que organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los Artículos 4 al 9 del Decreto 2240 de 1.996, los Decretos 1392 y 2753 de 1.997, el Decreto 204 de 1.998, el Artículo 42 del Decreto 1546 de 1.998, y el Artículo 24 del Decreto 047 de 2.000.

El Decreto 2309 define su objeto: "La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario".

Las cinco características del Sistema son:

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

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

3. Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el

riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

5. Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. **Anexo # 4.**

5.2.5. REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

DECRETO N° 2003 DE 2014

La Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Así mismo, adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

Específicamente en lo relacionado con el Área de Reducción del Consumo de medicamentos, la resolución aborda: Habilitación Salud Mental (página 108), Habilitación Sustancias Psicoactivas –SPA- (página 112), *Atención domiciliaria (página 161)*, Atención ambulatoria SPA (página 167), Tratamiento (página 168), Atención Institucional SPA (página 169), Brigadas o jornadas (página 174), Jornadas extramurales (página 176) y Unidad móvil (página 180).

Para la expedición de esta Resolución 2003 de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social tuvo en cuenta que de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006, el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que

hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Así mismo, que en concordancia con lo anterior y en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual **Anexo # 5**.

5.2.6 ESTÁNDARES ATENCIÓN DOMICILIARIA RESOLUCIÓN 2003/2014

Otros servicios

Grupo	Servicio
Otros servicios	Atención domiciliaria paciente agudo
	Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador.
	Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador.
	Consulta domiciliaria.
	Atención pre hospitalaria.
	Atención Ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas.
	Atención Institucional No Hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas.

Grupo: Otros Servicios	Servicio: Atención domiciliaria
<p>Descripción del Servicio:</p> <p>Servicio independiente y autónomo o dependiente de una IPS para el manejo de pacientes agudos o crónicos en ambiente domiciliario con criterios controlados. Desarrolla actividades y procedimientos propios de la prestación de servicios de salud, brindados en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares de salud y la participación de la familia o cuidador; que requieren un plan individualizado de atención, buscando mantener al paciente en su entorno, con el máximo confort y alivio de síntomas posible, garantizando su seguridad, incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención domiciliaria paciente agudo. • Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador. • Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador. • Consulta domiciliaria. 	

Atención domiciliaria				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Talento Humano	Atención domiciliaria de paciente agudo: Disponibilidad de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Médico. 2. Enfermera. 3. Auxiliar de enfermería. 			
	Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador: <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta con auxiliar de enfermería bajo la supervisión de enfermera. La permanencia en el domicilio del paciente de la auxiliar de enfermería, será determinada por la institución según la condición del paciente y las guías y protocolos de manejo institucional. 2. Disponibilidad de médico general y enfermera con supervisión semanal mediante comité técnico científico. 3. Disponibilidad de médico especialista y de otros profesionales de la salud generales o especializados, de acuerdo con la complejidad de los procesos de atención requeridos por el paciente. Para efectos de la coordinación y supervisión del programa de hospitalización domiciliaria, podrá ser realizado por médico general o médico especialista. 4. Disponibilidad de nutrición, psicología, terapia física, ocupacional y de lenguaje. Se requiere de un familiar o acompañante permanente.			
	Atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador <ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de médico general y enfermera según el plan de manejo, con supervisión semanal por médico especialista mediante comité técnico científico, el cual tendrá bajo su responsabilidad la coordinación del programa y garantizará evoluciones periódicas del paciente, de acuerdo con su condición de salud. 2. Cuenta con auxiliar de enfermería en el domicilio del paciente, bajo la supervisión de profesional de enfermería y con certificado de la formación para el apoyo al cuidado 			

Atención domiciliaria				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	<p>del paciente con ventilación mecánica.</p> <p>3. Disponibilidad de médico especialista y de otros profesionales de la salud generales o especializados, de acuerdo con la complejidad de los procesos de atención requeridos por el paciente. Para efectos de la coordinación y supervisión del programa de hospitalización domiciliaria, podrá ser realizado por médico general o médico especialista.</p> <p>4. Disponibilidad de nutricionista, psicólogo, terapeuta respiratoria, física, ocupacional y del lenguaje.</p> <p>Todo el personal cuenta con certificado de la formación para el apoyo para el soporte vital básico.</p> <p>Se requiere de un familiar o acompañante permanente.</p>			
	<p>Consulta domiciliaria.</p> <p>Cuenta con médico u otros profesionales de salud en las disciplinas ofrecidas.</p>			
Infraestructura	<p>Atención domiciliaria de paciente agudo y crónico con y sin ventilador.</p> <p>Para inclusión de pacientes en el servicio de atención domiciliaria, el domicilio debe cumplir con las siguientes condiciones y características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Accesibilidad al mismo. 2. Servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía fija o móvil. 3. Baño. 4. Área para almacenamiento de residuos generados en la atención de salud, para luego ser transportados a la sede de la IPS. 5. En caso que la institución deba realizar el transporte de residuos, debe garantizar el traslado separado de estos y aplicar las normas de bioseguridad. <p>Corresponde al prestador que habilita el servicio, evaluar las condiciones aquí señaladas del domicilio del paciente.</p>			
	<p>En las instalaciones de la Institución, se cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Área para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos e insumos asistenciales limpia, segura, ordenada, iluminada, con ventilación, que garantice condiciones de almacenamiento de acuerdo con las especificaciones técnicas del 			

Atención domiciliaria				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	<p>fabricante.</p> <p>2. Área para disposición de equipos biomédicos.</p> <p>3. Área para el almacenamiento de los residuos previo a su tratamiento y/o disposición final.</p>			
Dotación	<p>Atención domiciliaria de paciente agudo y crónico con y sin ventilador cuenta con:</p> <p>1. El domicilio del paciente cuenta con nevera, en caso que los medicamentos requeridos por el paciente exijan que sea conservada la cadena de frío. Corresponde al prestador que habilita el servicio, evaluar las condiciones aquí señaladas.</p> <p>2. El prestador cuenta con:</p> <p>a. La dotación de los elementos, insumos y equipos que requiera la atención del paciente y aquellos de protección personal, contenedores y bolsas para la clasificación, segregación y manipulación de los residuos biológicos- infecciosos generados en el domicilio del paciente.</p> <p>b. Maletín médico con fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsoxímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro.</p> <p>c. Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente.</p> <p>d. Maletín con elementos de curaciones.</p> <p>e. Maletín con medicamentos, de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa.</p> <p>f. Atriles.</p> <p>g. Bombas de infusión para líquidos y nutrición enteral.</p> <p>h. Otros, según el plan de manejo del paciente.</p> <p>El prestador dispone de:</p> <p>Oxígeno.</p>			
	Atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador, además de la dotación de atención domiciliaria de paciente sin ventilador, el prestador cuenta con:			

Atención domiciliaria				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilador mecánico específico para uso domiciliario con modos ventilatorios asisto-controlado, volumen y presión, soportados y espontáneos, con operación sin gases de alta presión, que permita suministrar diferentes concentraciones de oxígeno a bajos flujos, no repotenciado, con soporte técnico certificado, que no requiera aire medicinal para su operación, con batería interna mínimo de 2 horas de soporte y batería externa que brinde soporte al menos 12 horas. Se excluye todo equipo de ventilación mecánica de aplicación en UCI. 2. Kit de reanimación básica que incluya dispositivo para manejo de emergencia de vía aérea, succionador, cánula perilaríngea y resucitador pulmonar manual. 3. Aspirador de secreciones portátil. 4. Medicamentos, dispositivos médicos y equipo de reanimación básica. <p>El prestador dispone de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilador mecánico de respaldo. 2. Soporte técnico para bombas de infusión y bombas de nutrición enteral. 			
	<p>Consulta domiciliaria</p> <p>El prestador cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maletín médico con fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, pulsoxímetro, glucómetro, martillo, termómetro y metro. 2. Maletín de enfermería con dispositivos médicos, según patología del paciente. 3. Maletín con elementos de curaciones. 4. Maletín con medicamentos de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención en casa. 5. Atriles. 			
Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	Aplican lo de todos los servicios.			
	El manejo y uso de productos biológicos en general, debe cumplir con la cadena de frío.			
Procesos	Cuenta con procedimientos que se evalúan y se socializan, sobre limpieza, desinfección y/o			

Atención domiciliaria				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Prioritarios	esterilización, según se requiera, para los equipos o instrumental que se utilicen en la atención de los pacientes.			
	Atención domiciliaria de paciente agudo y crónico sin ventilador, cuenta con guías, protocolos o procedimientos para: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inclusión de pacientes en el programa, seguimiento médico, ingreso y egreso de pacientes, comité técnico científico, información a usuarios. 2. Referencia y contra referencia que incluye manejo de transporte. 3. Atención según morbilidad. 4. El manejo del dolor y cuidado paliativo. 5. Atención de enfermería. 6. Revisión de equipos, alimentación enteral, colocación de catéteres, prácticas de esterilización, procedimiento de reúso de dispositivos. 7. Valoración del domicilio, previo al ingreso al programa, para evaluar las condiciones de accesibilidad al mismo. 8. Normas de bioseguridad para el personal asistencial y acompañantes del paciente para el manejo de los residuos biológicos-infecciosos generados en la atención de salud y otras actividades y su dotación. Será responsabilidad del prestador, garantizar los insumos necesarios para la gestión integral de residuos. 9. Plan de gestión de residuos generados por la hospitalización domiciliaria. 10. Manejo de medicamentos en casa. 11. El prestador es el responsable del manejo de los residuos peligrosos generados en el domicilio hasta su disposición final. 12. Entrenamiento y capacitación al paciente, familiar y cuidador que incluya manejo de asepsia y antisepsia en el domicilio, manejo de residuos, uso y almacenamiento adecuado de medicamentos y dispositivos médicos. 			
	Atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador, además de lo definido para atención domiciliaria de paciente sin ventilador, cuenta con guías protocolos o procedimientos para:			

Atención domiciliaria				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración inicial de ingreso al programa, donde se verifique los antecedentes, diagnóstico, tratamiento actual, requerimientos nutricionales, requerimientos ventilatorios, signos vitales, balance de líquidos, medicamentos y terapias recibidas, criterios de ingreso al programa. Estos criterios deben estar previamente definidos. 2. Definir el mecanismo de respuesta por parte de la institución, en caso de falla del ventilador. 			
	Consulta domiciliaria, aplica lo exigido para consulta externa general.			
Historia Clínica y Registros	En todos los casos aplica lo de todos los servicios y es de relevante verificación lo determinado allí acerca de historia clínica única donde se consigne toda la atención en salud dispensada al paciente que permita trazabilidad y verificación de las acciones en salud realizadas al paciente a través del tiempo.			
	<p>Todo paciente que ingresa a atención domiciliaria debe tener los siguientes registros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración del domicilio. 2. Consentimiento informado. 3. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento. <p>Registro de referencia y contra referencia (cuando aplique).</p>			
	<p>Atención domiciliaria paciente crónico con y sin ventilador:</p> <p>Además de los estándares exigidos para todos los servicios, cuenta con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio. Cuenta con registros de los cuidados encargados a la familia.</p>			
	<p>Consulta domiciliaria:</p> <p>Aplica lo exigido para consulta externa general.</p>			
Interdependencia	<p>Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador, disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laboratorio clínico. 2. Transfusión sanguínea. 3. Transporte asistencial. 4. Imagenología simple. 			

Atención domiciliaria				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	5. Servicio farmacéutico.			
	Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador, adicional a lo exigido en atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador. Cuenta con: Hospitalización. Disponibilidad de: Transporte asistencial Medicalizado.			
	Consulta domiciliaria no aplica criterios de interdependencia.			

5.3. MARCO REFENCIAL:

5.3.1. EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Los especialistas en Medicina Interna que se han reunido en unas jornadas celebradas en Sevilla en junio de 2001 consideran que la hospitalización a domicilio es una buena opción a la atención tradicional que se presta en el hospital. Los requisitos son el establecimiento de equipos cualificados y dotados de recursos necesarios. “Las nuevas fórmulas asistenciales sobre las que hemos apostado este año (2001) en su desarrollo se centran en la atención domiciliaria, porque cada vez más la frontera entre el hospital y el domicilio es menor y hay muchas fórmulas que permiten ya un mayor confort del enfermo y menos coste para la sanidad pública, como la medicación intravenosa con fármacos complejos, y con máquinas en el propio domicilio”, ha señalado a DM Pedro Conthe, secretario general de la Sociedad Española de Medicina Interna, que ha participado en la II Reunión de Jefes de Servicio y Unidad de Medicina Interna, celebrada en Sevilla. La mayor parte de los pacientes pueden ser tratados en sus hogares con una mayor calidad de vida y calidad humana, pero sin renunciar a todas las posibilidades que ofrece la medicina hospitalaria tradicional.

En muchas ocasiones, la atención domiciliaria es llevada por médicos de atención primaria, derivándose en una atención primaria domiciliaria. “Estamos hablando de enfermos graves que sólo deben ser atendidos por especialistas con una sólida formación clínica”.

Las características de los pacientes susceptibles de ser hospitalizados en su domicilio están siendo definidas ya en protocolos de actuación. Según el portavoz de la sociedad, se basan en “un diagnóstico perfecto, sin dudas, que tenga una fase hospitalaria rápida donde se le hayan hecho todas las pruebas, y sólo si tuviera alguna complicación sería remitido nuevamente al hospital”.

Los objetivos de la hospitalización domiciliaria ya han sido muchas veces enunciados pero en esta reunión se ha recordado que el principal de todos es el de disminuir los costes que generan los ingresos, “razón suficiente para que todos los gerentes se planteen abordar el tema, sin olvidar la calidad asistencial tan demandada hoy en día por cualquier política sanitaria”, ha indicado el especialista.

Durante la última década, la medicina domiciliaria, ha tenido gran acogida tanto en Europa como en Latinoamérica, lo que ha permitido realizar numerosos planes y programas de atención, desarrollados con gran éxito y acogida dentro de la comunidad médica. El estudio y análisis de casos específicos en países como

España y Argentina, nos permitirán tener un mayor criterio al momento de tomar decisiones.

5.3.2. EXPERIENCIA NACIONAL

Programa de Atención Domiciliaria (PADO) Comfenalco

La IPS de la Subdirección de Salud de Comfenalco Antioquia brindará atención médica y/o de enfermería a usuarios que tengan imposibilidad, física o mental, de desplazarse a las diferentes IPS. Para la consulta, o a quienes estén en fase postoperatoria inmediata o requieran una estrecha supervisión por el médico o el personal de enfermería y que tengan imposibilidad de desplazarse a los diferentes

Unidades de Atención de la IPS Comfenalco. En su estructura está dividido técnicamente en dos servicios:

Servicio de Asistencia Domiciliaria: Orientado a brindar una atención integral en el lugar de residencia a aquellos pacientes que presentan un grado importante de disfuncionalidad que no les permite asistir a la consulta ambulatoria, pero que su patología no requiere una estrecha vigilancia y control y una alta tecnología.

Servicio de Hospitalización Domiciliaria: cuyo objetivo es brindar una atención integral a aquellos pacientes que requieren una estrecha supervisión por el médico o el personal de enfermería, brindando todos los recursos humanos y tecnológicos, al alcance del programa, para dar un soporte en iguales condiciones a las institucionales y lograr la recuperación de la salud del paciente en su entorno familiar.

Requisitos Cita previa.

- Tarjeta de servicios de la EPS de Comfenalco.
- Documento de identidad.
- Presentar imposibilidad física y/o mental para desplazarse a la consulta médica general programada.
- Ser paciente post-quirúrgico, en tratamiento por enfermedad aguda o crónica o en estado terminal.
- Remisión por médico especialista o general.
- Orden de servicio del Programa de la Mano de la EPS COMFENALCO.
- Dinero para cancelar la cuota moderadora o copago, según tipo de afiliación.

Procedimiento para la Asistencia Domiciliaria:

Para ingresar al programa presentar remisión del médico general o especialista en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria. Para citas posteriores, solicitar personalmente cita en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria. Cancelar el valor de la cuota moderadora o copago correspondiente.

Procedimiento para Hospitalización Domiciliaria:

- Presentar remisión y órdenes de tratamiento del médico general o especialista en la oficina del Programa de Atención Domiciliaria.

- Solicitar orden de servicio en el punto de gestión del Programa de la Mano de la EPS COMFENALCO en la Sede Administrativa y de Servicios COMFENALCO Palacé.
- Cancelar el valor de la cuota moderadora o copago correspondiente.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA "P.H.D." CLINICA COLSANITAS S.A.

Fuente: “Revista Seguridad social al día” Febrero de 2002

“El Programa de Hospitalización Domiciliaria PHD, nace en el año de 1995 con el objetivo de ampliar el portafolio de servicios de salud de nuestros afiliados; proporcionando al paciente todo lo que requiera para su recuperación en su domicilio trasladando a su hogar personal médico y equipo especializado que garantiza una adecuada atención medica, aprovechando los beneficios que para el paciente le produce el cuidado en su propia casa. En 1997 una vez aprendimos sobre la prestación del servicio y de las necesidades del usuario, iniciamos un crecimiento progresivo respondiendo a estas expectativas; actualmente cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por una Gerencia de Clinicentros 18 reportando a la presidencia de Clínica Colsanitas S.A., Dirección Médica PHD, 5 Médicos Familiares, 5 Enfermeras Profesionales, Terapeutas, Respiratorias, Físicas, Lenguaje y Ocupacionales, 35 auxiliares de enfermería, y Especialistas adscritos en todas las disciplinas. A la fecha se han manejado 2958 pacientes con diversas patologías, con un promedio de estancia de 6 días, un índice de satisfacción del 97%, un porcentaje de complicaciones del 3% que han ocasionado traslado a nuestra Institución de referencia, el índice de mortalidad del 5% que corresponde exclusivamente a pacientes terminales, el 60% de los pacientes atendidos han sido adultos y el 40% pediátricos de los cuales el 24% corresponden a fototerapia. El PHD es a la fecha el programa de mayor cubrimiento y éxito en Colombia con presencia en las principales ciudades del país.¹⁴

¹⁴ Centros de atención inmediata de Urgencias y Hospitalización de Colsánitas EPS atención a los pacientes con patología terminal o crónica.

RESOLUCION 2351 DE 1998
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES YA NO EXISTE EN COLOMBIA, PERO
FUE LÍDER EN INCORPORAR EL PROGRAMA DE ATENCIÓN
DOMICILIARIA

Por la cual se incorpora el Programa de Atención Domiciliaria a los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas .De acuerdo con el Decreto 1938 de 1994, la EPS deben garantizar una atención integral a los afiliados, la cual contempla prevención terciaria con actividades orientadas a reducir, minimizar el sufrimiento, la duración, la incapacidad y las secuelas de la enfermedad y promover la adaptación a condiciones irremediables; Que en el artículo 8o. de la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, se contempla la atención domiciliaria con participación del equipo médico, paramédico y la familia; Que el paciente con patología crónica y o terminal no puede acceder con facilidad a los servicios de salud, por las limitaciones generadas por su patología de base, llevando que su recuperación sea lenta o tórpida al no recibir atención oportuna; Que el Programa de Atención domiciliaria se ha venido desarrollando por en las Seccionales con el fin de dar

ARTICULO 1o. Incorporar el programa de atención domiciliaria de las Seccionales, a todos los centros de atención ambulatoria y clínicas.

ARTICULO 2o. El Programa de Atención Domiciliaria se incorporará dentro del portafolio de servicios de los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas descentralizadas de los que se habla en el artículo 1°. De la presente resolución.

ARTICULO 3o. El Gerente EPS, de Salud Seccional o quien haga sus veces, definirá con el Jefe del Departamento de Atención Ambulatoria en los treinta (30) días siguientes a la vigencia de la presente resolución, las áreas de influencia a cubrir por cada uno de los Programas de Atención Domiciliaria (PAD), en los casos en que se tenga más de una sede.

ARTICULO 4o. Los Coordinadores Seccionales o quienes ejerzan funciones equivalentes se encargarán de: Supervisar la ejecución del programa de los diferentes CAA Coordinar las acciones necesarias tendientes a garantizar la adecuada prestación del servicio Asesorar a los gerentes de los Centros de Atención Ambulatoria Consolidar mensualmente la información estadística Rendir información al Departamento Nacional de Rehabilitación y Atención Domiciliaria mensualmente de acuerdo a los instrumentos establecidos o cuando esta sea requerida Programar semanalmente los vehículos tanto propios como contratados de acuerdo con la agenda suministrada por el Gerente de Centros de Atención Ambulatoria Velar por la adecuada utilización del Talento Humano Participar en la elaboración y control del presupuesto Velar porque los recursos humanos y financieros sean administrados con criterio de eficiencia y productividad.

ARTICULO 5o. Los Gerentes de los Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas que tengan a su cargo el Programa, desarrollarán entre otras las siguientes funciones:

Responder por la adecuada ejecución del programa Ejecutar las normas técnicas administrativas definidas por el nivel nacional para la prestación de los servicios del Programa de Atención Domiciliaria Participar en la elaboración y control del presupuesto del programa Administrar los recursos humanos y financieros con criterio de eficiencia y efectividad

Incluir dentro del plan de compras los insumos y elementos requeridos para el funcionamiento del programa, los cuales deberán ser asumidos por el Centro de Atención Ambulatoria (CAA) y clínica respectiva Ejecutar el rubro de presupuesto definido como contratación civil, programa de atención domiciliaria, única y exclusivamente en la contratación de cada uno de los profesionales vinculados al Instituto mediante esa denominación, conforme con las delegaciones previstas.

Asignar para la ejecución de las actividades de prestación directa del servicio al personal contratado para tal fin. Programar dentro de las agendas de trabajo de los profesionales de los Centros de Atención Ambulatoria el desplazamiento y consulta domiciliaria para la atención de los pacientes inscritos en el Programa de Atención Domiciliaria. Estas agendas deben ser flexibles de acuerdo con número de pacientes/mes e integrarse con las diferentes

actividades de los Centros de atención de acuerdo con la disciplina del profesional. Garantizar que los vehículos propios o contratados para el Programa de Atención Domiciliaria, se usarán exclusivamente en el desarrollo de las actividades del programa.

Garantizar que los equipos e inmuebles que están en el inventario del Programa de Atención Domiciliaria, continúen bajo la responsabilidad del mismo.

Elaborar e informar mensualmente las estadísticas propias del Programa e informarlas al nivel seccional. Asignar el área locativa necesaria para el buen desempeño del programa.

ARTICULO 6o. Las actividades realizadas por el Programa de Atención domiciliaria se facturarán de acuerdo con el Manual de Contenidos y tarifas del ISS vigente al momento de la Prestación de los servicios.

ARTICULO 7o. En aquellas ciudades donde el Instituto cuente con recurso propio para la prestación del servicio y se pueda asumir con este el programa, en ningún caso podrá contratarse la prestación del servicio con una IPS diferente al ISS.

ARTICULO 8o. El Programa de Atención Domiciliaria además se regirá por el Manual de Normas Técnico Administrativas el cual será elaborado por la Vicepresidencia de IPS en un plazo máximo de sesenta (60) días. En el contenido del Manual, se especificará la operatividad del programa, el manejo de los recursos humanos, técnicos y administrativos.

ARTICULO 9o. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

5.3.3 LA TELEMEDICINA.

La telemedicina no es un tipo de servicio sino una modalidad de prestación del servicio a distancia, con la cual se puede hacer promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación con profesionales de la salud.

Sólo se podrá dar en aquellas situaciones en que por limitaciones de oferta o acceso no se pueda brindar el servicio completo de forma presencial por parte del especialista o como complemento de la asistencia del médico tratante.

Para ofrecer este servicio, es necesario que la institución remitora, es decir la que presta el servicio, tenga la tecnología de comunicaciones para transmitir datos y enviar información a una institución de mayor complejidad con recursos asistenciales especializados, que pueda suministrar una información o diagnóstico oportuno y seguro.

Adicionalmente, las Instituciones deben adoptar las medidas de seguridad necesarias durante la transferencia y el almacenamiento de datos para evitar el acceso no autorizado, y la pérdida, deformación o deterioro de la información.

Esta medida hace parte del proceso que se adelanta con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, establecidos en el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

Uso del teléfono en la medicina

Alexander Graham Bell, un escocés nacionalizado estadounidense, nunca imaginó que su descubrimiento adquiriría con el paso de los años la importancia que tiene en la actualidad. Este aparato, que permite sostener una conversación entre personas situadas en lugares distantes entre sí, permite establecer comunicación para solucionar muchas dudas que pueden tener los padres en el cuidado y la salud de los niños sin tener que acudir al consultorio, con las consecuentes ventajas y desventajas que ello conlleva.

En Colombia, la primera llamada telefónica se hizo en Santa fé de Bogotá, el 17 de octubre de 1878. Hoy, 126 años después de que Graham presentara su descubrimiento, nadie podría imaginarse el mundo actual sin el teléfono. Este sirve para muchas cosas, entre otras, para mantener comunicación entre el médico y el paciente.

El primer reporte que se tiene del uso del teléfono para uso clínico fue en el año 1897, desde entonces, se ha constituido en parte importante de la práctica médica.

Los médicos proveen hasta un 25% del cuidado clínico a través del teléfono y su uso aumenta cada día debido a las grandes distancias que deben recorrer los pacientes para llegar hasta el consultorio médico o por el poco tiempo disponible los pacientes para ir al médico.

El teléfono es solo una forma más de comunicación entre el médico y el paciente, su uso es más frecuente en la práctica privada y éste se hace mayor mientras más confianza se tenga con los padres o acudientes.

En Medellín, en el año 1983 la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana desarrolló un programa de prevención y educación sobre enfermedad diarreica aguda durante siete días continuos, utilizando para tal fin cinco líneas telefónicas por las cuales se comunicaban los padres de familia solicitando información y evaluación del paciente según el caso. Este programa evitó las defunciones por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) durante esa semana y promovió el uso de las salas de rehidratación oral en todo el Valle de Aburra.

El médico puede y debe aprovechar el uso del teléfono para conocer la evolución de la enfermedad de su paciente, lo que le permite hacer una continua autoevaluación de sus diagnósticos y terapéuticas. Esto a su vez ayuda a seleccionar a los pacientes que requieran una consulta para revisión.

a. El médico, por su quehacer asistencial y por el nuevo modelo de salud en Colombia, dedica cada vez menos tiempo a dar orientación preventiva de las enfermedades y a dar las indicaciones necesarias para la recuperación de la salud. Si se invierten unos pocos minutos en explicar adecuadamente el diagnóstico y la fórmula con las indicaciones claras se evitarán muchas llamadas e interrupciones innecesarias en el trabajo diario.

5.4. MARCO CONTEXTUAL:

MUNICIPIO RIONEGRO ANTIOQUIA

5.4.1. Generalidades del municipio de Rionegro Antioquia

Descripción general del municipio de Rionegro Antioquia

Rionegro es una ciudad de Colombia localizada en el Valle de San Nicolás o de Rionegro al oriente del departamento de Antioquia. Su nombre oficial es Ciudad Santiago de Arma de Rionegro, limita al norte con los municipios de Guarne y San Vicente, por el este con los municipios de Marinilla y El Carmen de Viboral, por el sur con el municipio de La Ceja, y por el oeste con los municipios de El Retiro, Envigado y Medellín.

Rionegro es llamado Cuna de la Libertad , ya que fue una de las ciudades más importantes durante la agitada época de independencia, además la Constitución de 1863 fue escrita en esta localidad, en la histórica Casa de la Convención, por lo que se le llama la Constitución de Rionegro. Fue declarado monumento nacional de Colombia por el decreto 264 del 12 de febrero de 1963.

5.4.2. Aspectos Históricos:

El valle de San Nicolás de Rionegro fue descubierto el 2 de septiembre de 1541 por el teniente Álvaro de Mendoza, quien estaba bajo las órdenes del mariscal Jorge Robledo. Desde entonces el Municipio de Rionegro ha sido conocido con los nombres “La Montaña”, “San Nicolás”, “Valle de Rionegro”, “Rionegro”, y por último, según la Real Cédula dada por el gobernador Francisco Silvestre en 1786, el Municipio tomó el nombre de Ciudad Santiago de Arma de Rionegro, al ser trasladada la imagen de la Virgen de la Concepción del Rosario de Arma a la entonces parroquia de San Nicolás el Magno.

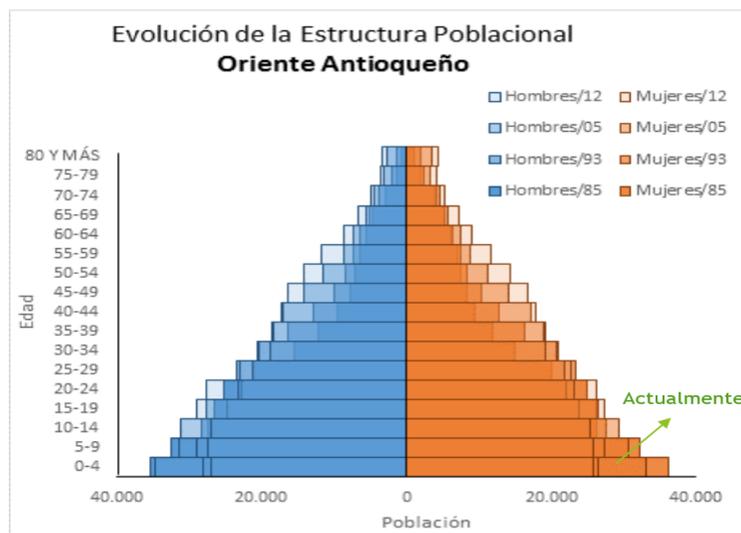
Durante el gobierno de Juan del Corral en Rionegro se propició el surgimiento del periodismo a raíz del funcionamiento de la primera imprenta en Antioquia, y la fundación

por parte de Francisco José de Caldas ('el Sabio Caldas') de un taller de artillería en el que se fabricó maquinaria para la Casa de la Moneda de Medellín, se fundieron cañones y fusiles para equipar los ejércitos de libertad y se formaron los jóvenes rionegreros que entrarían a muy temprana edad a conformar ejércitos; este taller funcionó en la famosa casa de la maestranza.

El 28 de agosto 1819 José María Córdova llegó a Rionegro y nombró a José Manuel Restrepo como jefe civil mientras él ejercía la comandancia militar. Mientras que había sido nombrado por Bolívar como Gobernador, comandó el batallón de Cazadores de Antioquia y el 12 de febrero de 1820 derrotó en Chorros blancos (un arroyo ubicado en el municipio de Yarumal) al coronel español Francisco Warleta, que quería apoderarse de Bogotá y abrir un corredor estratégico desde Cartagena hasta Quito y Lima. Con este acontecimiento Córdova logró la independencia total de la provincia.

5.4.3. Características Físicas y socio-demográficas

Rionegro tiene una población de **100.502 habitantes** según datos del censo 2005 (DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística). Si comparamos los datos de Rionegro con los del departamento de Antioquia concluimos que ocupa el puesto 7 de los 125 municipios que hay en el departamento y representa un 1,7687 % de la población total de éste. A nivel nacional, Rionegro ocupa el puesto 56 de los 1.119 municipios que hay en Colombia y representa un 0,2343 % de la población total del país.



Fuente: DANE

Procesa: Departamento Administrativo de Planeación

6. PRODUCTO ESPERADO

Producto Final esperado: Con el análisis del problema principal es posible describir el *Producto final* que se espera obtener al terminar el proyecto. El resultado de un servicio es una condición expresada en términos positivos, despojados de la carga desfavorable que éste presenta y tal como se vería la nueva situación cuando haya terminado el proceso.

Con el fin de que esta investigación sea útil, como conclusión definiremos la viabilidad del proyecto ya que es una investigación experimental, con miras a tener un plan de negocio a corto plazo por parte de la investigadora a cargo del proyecto, que este sirva no solo con fines docentes para culminación de una especialización, sino que también sea aportante como un apoyo a la toma de decisión de seguir con aplicación del proyecto con miras a crear de la empresa prestadora de servicios de salud domiciliarios *Clinic Service Ltda*, brindando un convenio con un hogar de paso ya que es una empresa única para la plaza que está ofertando que genera servicios adicionales a los ya existentes en la zona.

Teniendo en cuenta que aun siendo una empresa que requiere de rentabilidad, la salud de los pacientes es no solo en miras económico sino en brindar humanización de los servicios a nuestros pacientes y generando así un gran impacto social, garantizando un servicio con grandes ventajas competitivas debido a que el personal a cargo del proyecto son profesionales de la salud orientados a brindar un servicio con calidez y calidad brindando así un atención integral a los pacientes del Oriente Antioqueño en su etapa post hospitalaria requerida para su completa recuperación.

Un punto importante para resaltar dentro del proyecto es que la tendencia de los hospitales es de reducir costos. Las IPS de mediana y alta complejidad del Oriente Antioqueño presentan un factor que contribuye a aumentar los costos de hospitalización, debido a la estancia hospitalaria prolongada que algunos pacientes que se encuentran en su etapa post hospitalaria presentan porque podrían terminar su tratamiento en casa (atención domiciliaria) no pueden acceder a este servicio ya que su domicilio es muy lejano. Se hace necesario desarrollar métodos específicos de reducción de costos tanto fijos como variables

para proporcionar el cuidado de la salud sin que este afecte la calidad del servicio a los pacientes. Aun los ahorros pequeños por paciente representan grandes ahorros.

7. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

La Matriz de Marco lógico (MMI) o Matriz de Planificación del proyecto (Mpp): Es un instrumento de análisis y de toma de decisiones, para la formulación, el control y la evaluación de proyectos, cuyos principios obligan al analista a examinar, de forma sistemática, los elementos decisivos de su propuesta.

Problema Principal	Producto Final Esperado	Objetivo del Proyecto	Objetivo Global
<p>LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DE LOS HOSPITALES DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO, PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL EN LA ETAPA POSTHOSPITALARIA REQUERIDA PARA SU COMPLETA RECUPERACION AFECTA LA RELACIÓN COSTO/BENEFICIO ESPERADA DE LAS EPS Y LAS IPS.</p>	<p>Mejorar la atención del paciente en su etapa pos hospitalaria ofreciendo una atención más humana y personalizada para este grupo específico de pacientes, Creación de un <i>Clinic Service</i> ltda, (salud domiciliaria) que tiene un convenio con hogar paso, donde se ofrece el servicio que simule hospitalización en casa para los pacientes que lo requiere.</p>	<p>Garantizar y favorecer la atención integral de los pacientes del Oriente Antioqueño en su etapa post hospitalaria requerida para su completa recuperación y mejorar la relación costo beneficio de las EPS e IPS en este proceso de atención.</p>	<p>El proyecto pretende contribuir a favorecer y garantizar la atención integral de los pacientes del Oriente Antioqueño en su etapa post hospitalaria, con la creación de un <i>clinic service ltda</i>, (atención domiciliaria)</p>

Fuente: La autora del proyecto

Problema específico (causas)	Productos Específicos	Objetivos Específicos	Indicador de Logros Objetivamente Verificables	Medios y Fuentes de Verificación	Fecha de Entrega	Responsable	Supuesto
Los hospitales de tercer nivel no manifiestan interés en pacientes de primer nivel	Egreso al <i>Clinic Service</i> (salud domiciliaria) de los pacientes que solo requieren atención para su alivio y recuperación total en la etapa post hospitalaria de los hospitales de tercer nivel	Establecer la viabilidad de los procesos técnicos, administrativos y legales para la creación de un <i>clinic service ltda (atención domiciliaria)</i> en Rionegro Antioquia	Número de egresos de las IPS de mediana y alta complejidad del Oriente Antioqueño	Las IPS de Oriente Antioqueño	Junio/2015	Maria Natalia Zuluaga	Controlar la cantidad de pacientes del oriente antioqueño lejano que acuden a la IPS de mediana y alta complejidad.
Aumento potencial en los pacientes de tercer nivel en los hospitales del oriente antioqueño	Atención más personalizada para este grupo específico de pacientes	Identificar las necesidades en infraestructura, dotación, equipos y requerimientos de talento humano para la creación de un <i>clinic service ltda (atención domiciliaria)</i> en Rionegro Antioquia	Número de pacientes que ingresan a las IPS del Oriente antioqueño Lejano	Las IPS del Oriente Antioqueño	Junio/2015	Maria Natalia Zuluaga	Medir la influencia de la competencia en la prestación del mismo servicio de salud en la zona.
Crecimiento de la región y por ende, el de la población a atender.	Creación de un <i>Clinic Serviceltda</i> , (salud domiciliaria) donde se ofrece el servicio que simule hospitalización en casa para los pacientes que lo requieren	Hacer lobby o cabildeo con las IPS y EPS del oriente Antioqueño para ofertar el servicio	Crecimiento poblacional	La secretaria de Salud de Rionegro Antioquia	Junio/2015	Maria Natalia Zuluaga	Analizar el aumento poblacional en el Oriente Antioqueño principalmente en Rionegro Antioquia de los últimos cinco años, debido a que es donde se tiene planeado desarrollar el proyecto.

Fuente: La autora del proyect

8. METODOLOGÍA

Para la realización de este Trabajo experimental, se llevó a cabo el siguiente proceso:

- Se recolecta información de las IPS del Oriente Antioqueño se solicita el indicadores de gestión como son:
 - ✓ Los indicadores de Número de camas disponibles
 - ✓ Numero de egresos
 - ✓ Principales causas de hospitalización
 - ✓ Número de consultas externas
 - ✓ Número de consultas de urgencias
 - ✓ Numero de cirugías
 - ✓ Giro de cama
 - ✓ Porcentaje ocupacional
 - ✓ Promedio de estancia
 - ✓ Día de cama ocupada costo
 - ✓ % infecciones intrahospitalarias
 - ✓ Cuantas y cuales EPS tienen contrato con su entidad.

Información básica para el estudio experimental, por medio de la cual se logra una estadística real de la situación necesaria para este proyecto de investigación.

- Se hace una Investigación de mercadeo en el Oriente Antioqueño.

El mercadeo nos sirve para entender a un público objetivo, tenemos que ser investigativos para lograr obtener un conocimiento el cual nos puede brindar pautas o guías para el desarrollo de las estrategias las cuales dan una mayor confiabilidad, para lograr obtener buenos resultados dentro de un mercado.

El mercadeo nos induce para ser más analistas en cuanto a los datos averiguados sobre algo. Para obtener diferentes visiones a cerca de lo investigado, con esto podemos ser más concluyentes, los cuales nos favorecen para no cometer errores a la hora de actuar en el mercado.

- Basada en la metodología Zopp

ZOPP: Planificación de Proyectos Orientada por Objetivos, es un conjunto de principios, técnicas e instrumentos diseñados para facilitar la gestión de los proyectos, caracterizado por el énfasis que hace en la participación de los involucrados, la concreción de las acciones en productos verificables y la transparencia de las decisiones.

Aplicación del ZOPP: no pretende ser “un recetario” que abarque las diversas posibilidades en la gestión de proyectos, ni la última palabra en cuanto a planificación operativa. Es convertirse en retro alimentador de experiencias y a poner en común sus puntos de vista, acortando la distancia entre teoría y práctica.

La instrumentalización de los análisis: por medio de una matriz de análisis que se hace con varios métodos como lo son: el árbol de problemas, la matriz de marco lógico y la matriz de planificación operativa. Cada sección de trabajo debe documentarse.

Introducción: El éxito de un proyecto depende en gran parte del grado de compatibilidad que se logre entre las condiciones estructurales del entorno y el proceso de planificación del proyecto. Lo anterior implica que antes de definir los objetivos del proyecto, se deba tener un completo conocimiento de las condiciones del contexto en el cual será ejecutado. Los proyectos son específicos para un tiempo y un espacio concretos, lo que implica que la planificación se debe sustentar en un detallado análisis de la situación.

Análisis del Problema: En el contexto de esta situación se identifican progresivamente los problemas principales, entre los cuales será escogido un problema central que dará origen al proyecto. Análisis de Objetivos o de Medios Fines: Es un conjunto de técnicas utilizadas para describir aquella situación futura que se espera lograr al resolver el problema. Los objetivos deben ser no sólo deseables sino también realizables en la práctica.

Diseño del proyecto: La matriz de planificación del proyecto MPP o Matriz de Marco Lógico MML es una herramienta que organiza la información más importante sobre el impacto que se quiere alcanzar (objetivos) y los medios que se van a utilizar para lograrlo (actividades y resultados)

Formulación del Plan Operativo: Una vez se han tomado las decisiones generales, el ZOPP da comienzo a la planificación operativa, una etapa donde define en detalle los recursos

requeridos (personal, equipamiento y presupuesto) y el tiempo necesario para realizarlos. La planificación operativa se apoya en una herramienta denominada plan operativo, constituido por un grupo de instrumentos que permiten definir los tiempos, personal, equipos, materiales, insumos y recursos financieros requeridos para ejecutar las actividades del proyecto. La planificación operativa define, en forma concreta, qué tantos recursos se requieren para lograr los productos esperados, cuánto tiempo es necesario para realizar las actividades previstas y cómo distribuir los recursos en el tiempo. Implica, entonces, definir lo relacionado con el personal, el equipamiento, el presupuesto y el cronograma.

Monitoreo y Evaluación: La evaluación es una función básica de la gestión de proyectos dirigida a garantizar su éxito. Comprende diferentes actividades dirigidas a observar y analizar ciertos aspectos críticos del proyecto con la intención de facilitar el cumplimiento de los objetivos, establecer oportunamente los correctivos, y aprender de la experiencia para futuras empresas. La evaluación y el monitoreo deben ir de la mano con el sistema de información que soporta la gestión, el cual debe generar información confiable y oportuna para la comparación y la toma de decisiones.

9. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

9.1 EL PLAN DE NEGOCIO

Clinic Service Rionegro Ltda, se establecerá en el municipio de Rionegro Antioquia con el propósito de prestar los servicios de salud a domicilio en el perímetro urbano contando con el servicio exclusivo de un convenio con un “*hogarde paso*” para brindarles el servicio de simulación de hogar a los pacientes que lo requieran.

La creación del proyecto es realizado por: María Natalia Zuluaga Ramírez, egresada de la universidad de Antioquia de Tecnología en Regencia de Farmacia y Química Farmacéutica, con experiencia en manejo de personal de los servicios de salud y de pacientes. Cuenta con de 3 años laborando como directora técnica de servicios farmacéuticos de Hospitales Públicos con ello incluye el manejo de estándares de calidad.

Clinic Service Rionegro Ltda, necesita de una inversión de \$9'245.000 y el “*Hogar de Paso*”\$9'800.000 los cuales serán aportados por los dos socios y un socio intelectual que desempeñe las funciones de director científico, en el área de salud.

9.2. ANALISIS DEL MERCADO

En primera instancia, se debe tener en claro que servicios se van a ofrecer y a quienes:

Los servicios que *Clinic Service Rionegro Ltda*, ofrece son:

- “*Hogar de paso*” y atención domiciliaria a pacientes
- Consulta médica domiciliaria
- Terapia física Domiciliaria.
- Terapia respiratoria Domiciliaria
- Hospitalización Domiciliaria.

Profesional de salud de acuerdo al requerimiento del servicio y que se encuentren en el portafolio de servicios de *Clinic Service Rionegro Ltda*,

Los servicios serán ofrecidos principalmente a: las EPS del Oriente Antioqueño.

A DONDE QUEREMOS INGRESAR.

Mercado /	Existente	Nuevo
Producto		
Existe		
Nuevo		

Fuente: La autora del proyecto

Nota explicacion del cuadro: *ClinicService Rionegro Ltda*, es un servicio que a pesar de existir en el mercado seria nuevo como producto, debido a que en Rionegro Antioquia no existe una atención domiciliaria que ofrezca convenio con un “*Hogar de Paso*”; el mercado está dado por la gran cantidad de pacientes que demandan los servicios médicos, y ninguna

oferta que brinde un convenio como el nuestro, catalogamos nuestro servicio como nuevo en un mercado existente.

9.2.1. Análisis del sector.

Para *Clinic Service Rionegro Ltda*, es de vital importancia analizar el sector salud en el municipio de Rionegro Antioquia, ya que es allí donde la empresa va a penetrar y se va a mantener; Por ello, es imprescindible darle un vistazo a la situación actual de la salud en el municipio, en donde se tendrá una idea más clara de lo que está pasando actualmente con los pacientes del Oriente Antioqueño, en cuanto al tema de afiliaciones, camas hospitalarias y otros indicadores importantes para entrar a operar.

INDICADORES HOSPITALARIOS

Indicador	Año 2014	Año 2013
Los indicadores de Número de camas disponibles	120+ 49 camillas	120 + 49 camillas
Numero de egresos	8.693	7.756
Principales causas de hospitalización	Neumonía, dolor abdominal y pélvico, parto único espontaneo, enfermedades del sistema urinario, infecciones de la piel del tejido subcutáneo, Bronquitis y otras enfermedades obstructivas crónicas y traumas de regiones específicas y múltiples del cuerpo.	Enfermedad obstructiva pulmonar crónica, infecciones de vías urinarias, neumonías, trastornos de trauma
Número de consultas externas	107729	105783
Número de consultas de urgencias	22925	21812
Numero de cirugías	18988	17289
Giro de cama	73	71
Porcentaje ocupacional	93.02%	88.01%
Promedio de estancia	5.10	4.12
Día de cama ocupada costo	Depende de contratación	Depende de contratación
% infecciones intrahospitalarias	2%	3%
Cuántas y cuáles EPS tienen contrato con su entidad.	Soportado en cliente y tamaño del mercado	Soportado en cliente y tamaño del mercado

Fuente IPS de Rionegro Antioquia los datos son promediados con las IPS consultadas

Análisis de la población en Colombia.

EVOLUCION DE LA POBLACION MAYOR DE 60 AÑOS

Año	Población 60 años *	% Población Total
1938	425.320	5.3
1951	570.999	5.4
1964	855.310	5.1
1970	1'040.000	5.0
1973	1'025.182	5.1
1985	1'640.692	6.1
1993	2'016.334	6.2
2000 (*)	2'600.000	6.9
2005 (*)	3'100.000	7.2
2010 (*)	3'700.000	8.7

FUENTE : Datos CCRP, Encuesta CAPs 1986-89. (*) Proyecciones DANE - DNP.

En Colombia la esperanza de vida en los años 50 era de 50 años, pero hacia 1973 era de 61.6 años y en 1985 aumentó a 67.2 años con la expectativa que hacia el año 1995 estuviera en 69.3 años y después del 2000 supere los 70 años. Mientras que la esperanza de vida de los países desarrollados por lo general supera los 72 años e incluso llega a los 79 años (EEUU).¹⁵

9.2.2. Descripción de los servicios.

Clinic Service Rionegro Ltda, ofrecerá servicios de consulta médica domiciliaria, terapia física y respiratoria a domicilio, hospitalización domiciliaria y servicio derivados de la hospitalización como nutricionista y sicología en casa para los pacientes que aplique y también oferta a un convenio con un *Hogar de Paso* simulación de casa para los pacientes del Oriente Antioqueño que residen en los pueblos y veredas lejanas valor agregado del servicio. La descripción detallada de los servicios que ofrece *Clinic Service Rionegro Ltda*, junto su convenio con el *Hogar de Paso* la encontramos en el **anexo # 9** donde está el portafolio de servicios de la compañía.

¹⁵ Simposio Internacional Envejecimiento Competente, Retiro y Seguridad Social Caja Colombiana de Subsidio Familiar COLSUBSIDIO, Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantía PROTECCION S.A..

9.2.3. Clientes y tamaño del mercado.

Clinic Service RionegroLtda. Trabajaré como proveedor de servicios de salud domiciliarios de EPS, IPS y entidades públicas y privadas en el municipio de Rionegro Antioquia.

Promotoras De Salud EPS.

- COMEVA
- SALUDCOOP
- SURA
- NUEVA EPS
- ECOPSOS
- SALUD TOTAL
- SANITAS
- SAVIASALUD
- CAFESALUD
- CRUZ BALNCA
- FUNDACION MEDICO PREVENTIVA

Entidades De Medicina Prepagada.

- SURAMENICANA
- COLSANITAS
- SUSALUD
- COOMEVA
- COLMEDICA

Empresas Particulares Y Estatales.

- FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA Ejercito Nacional
- FUERZA AEREA COLOMBIANA
- POLICIA NACIONAL

Estos clientes potenciales, recibirán un portafolio de servicios de la compañía de acuerdo a la relación con la prestación de su servicio en las IPS del Oriente Antioqueño, donde encontrarán detalladamente la misión, visión, objetivos y cada uno de los servicios que la compañía presta, así como las tarifas y condiciones comerciales.

9.2.4. Competencia.

Actualmente en Rionegro no existe una empresa que ofrezca el paquete integral de servicios domiciliarios junto con un convenio que les brinde a los pacientes un “**Hogar de Paso**” como lo pretende hacer *Clinic Service Rionegro Ltda.* Pero existe prestación del servicio de medicina domiciliaria por algunas EPS.

Fortalezas y debilidades de nuestros servicios, frente a la competencia.

Clinic Service Rionegro Ltda. Ofrecerá servicios similares a los de la competencia en cuanto a consulta domiciliaria; la diferencia fundamental y de *Clinic Service Rionegro Ltda.*, es que cuenta con un convenio de “**Hogar de Paso**” lo que la hace una empresa única en su tipo, además de ofrecer un programa integral de salud a pacientes en su domicilio bien sea propio o de paso. Dentro de los servicios encontramos

- Hogar de Paso
- Terapia física domiciliaria
- Terapia respiratoria domiciliaria
- Hospitalización domiciliaria.
- Servicios de enfermería a domicilio.

Dentro del programa de hospitalización domiciliaria se ofrecen servicios como: Psicología y trabajo social en el domicilio para el paciente y su familia. Servicio de nutricionista a domicilio. Toma de muestras para exámenes de laboratorio.

Clinic Service Rionegro Ltda. Pretende llevar los servicios del hospital, al domicilio del paciente, para reducir el traslado de ellos a las instituciones o al *hogar de paso* cuando aplique.

Una de las fortalezas más destacables para de *Clinic Service Rionegro Ltda.*, es la intención de entrar en un mercado existente con un producto o servicio nuevo. En este caso, el

mercado es el sector salud y los servicios son los que anteriormente se describieron y que detalladamente están expuestos en el portafolio de servicio de la compañía.

La debilidad más importante para **deClinic Service Rionegro Ltda**, es el cambio de actitud que debe crear en sus clientes potenciales; es decir en las EPS, entidades de medicina Propagada y las gubernamentales, enfrentando la posibilidad de penetrar y crear un nombre para acceder a clientes y establecer relaciones comerciales, al igual que financieras con entidades bancarias al momento en que la empresa requiera un crédito para mejorar su infraestructura técnico-científica.

9.2.4.1. Estrategia de Venta.

Se presentará el portafolio de servicios de la compañía, seguido de una propuesta económica, a los clientes potenciales descritos anteriormente, como los son EPS, Empresas de medicina prepagada y gubernamentales, con el fin de prestar los servicios ofrecidos por **deClinic Service Rionegro Ltda**, a todos sus afiliados.

El portafolio de servicios describirá detalladamente los servicios ofrecidos por la empresa, además de los objetivos, justificación, misión, visión de la compañía, etc. Otra estrategia de ventas es coordinar una reunión con los jefes de contratación para exponer personalmente los servicios, las ventajas y desventajas que traería tanto para la familia y para la EPS y IPS de Oriente Antioqueño, el implementar este tipo de servicios.

9.2.4.2. ANÁLISIS DOFA DE CLINIC SERVICE RIONEGRO LTDA.

9.2.4.2.1. DEBILIDADES DE Clinic Service Rionegro Ltda.

- No se cuenta con el presupuesto total para comenzar con el proyecto, por lo cual se requiere un préstamo con una entidad financiera.
- Es una empresa nueva, la cual tiene que luchar por penetrar en el mercado, y aunque no hay competencia sustancial, deberá trabajar mucho para conseguir convenios comerciales con EPS's e IPS etc.

- Al ser un servicio que no es común en el ámbito de la salud en Colombia, se tiene que sensibilizar a la población y a las EPS, sobre las ventajas y beneficios que trae este tipo de servicios.
- El tipo de empresa es nuevo, por lo cual se debe tener especial cuidado en la forma de ofrecer y garantizar los servicios a los clientes.
- Debido al sistema de contratación, la rotación de personal en la empresa puede ser muy elevada, poniendo en peligro la calidad en la prestación de los servicios.

9.2.4.2.2. OPORTUNIDADES.

- El mercado actualmente, está demandando servicios eficaces para solucionar los problemas de congestión hospitalaria; uno de ellos es la medicina domiciliaria **y el hogar de paso**. Si *Clinic Service Rionegro* sabe aprovechar este factor, es una gran oportunidad para penetrar con mayor facilidad.
- Al no existir una empresa que preste los mismos servicios de medicina domiciliaria y hogar de paso en Rionegro Antioquia, con las mismas características de *Clinic Service Rionegro Ltda*, se puede crear una gran imagen como pioneros en este tipo de servicios.
- Se puede expandir la empresa y abrir nuevos mercados en los principales municipios cercanos que lo requieran de acuerdo al comportamiento de la demanda del servicio, si el servicio es aceptado.

9.2.4.2.3. FORTALEZAS.

- El nivel de formación de los socios pioneros y la idea de constituir la empresa con un socio intelectual profesional de la salud, hace de *Clinic Service Rionegro Ltda*, una empresa con conocimientos técnicos suficientes para ofrecer sus servicios.
- Los servicios ofrecidos por *Clinic Service Rionegro Ltda*. Están siendo demandados actualmente por pacientes de EPS e IPS del Oriente Antioqueño y particulares en el municipio de Rionegro Antioquia.
- Es una empresa única en Rionegro por lo cual no le resulta difícil posicionarse en el mercado durante algún tiempo.

- La mayoría de los costos de la empresa son variables, es decir son directamente proporcionales con los servicios que se prestan.

9.2.4.2.4. AMENAZAS.

- La entrada al mercado de competidores fuertes con mayor capital y capacidad que *Clinic Service Rionegro Ltda*, cuando los servicios de medicina domiciliaria se conviertan en esenciales como ha sucedido en la mayoría de países donde se ha aplicado este sistema.
- La duración y el éxito de *Clinic Service Rionegro Ltda*, depende en gran medida de la sensibilización y la labor fundamental que los socios desempeñen al “vender” la idea y los servicios a las principales EPS y IPS de Rionegro Antioquia.
- Sus fundadores son bastante jóvenes lo cual, pudiera representar para algunas personas, inexperiencia o falta de compromiso.

9.3. ANALISIS TECNICO.

Para la puesta en marcha de la empresa es necesario contar tanto con los recursos técnicos, científicos y financieros, propios de una empresa de esta naturaleza.

9.3.1. Instalaciones

Clinic Service Rionegro ltda

Antes de comenzar a analizar los factores que inciden en la correcta prestación de los servicios, es necesario algo básico para cualquier empresa y es el establecimiento donde se llevara a cabo el proceso.

Para *Clinic Service Rionegro ltda*, es necesario contar con unas instalaciones desde donde se coordinen los servicios solicitados por los clientes; las oficinas de la empresa no tienen requerimiento especial en cuanto a ubicación en la ciudad, ya que en ellas no permanecerá el personal de salud que trabajará con la empresa, salvo el personal administrativo; sin embargo, se escogerá un sector central en la ciudad para tomar en arriendo. Las instalaciones podrán ser un apartamento, casa o local comercial, para lo cual la junta de socios presupuesta gastos mensuales por \$550.000.

En las instalaciones de la empresa funcionará la parte administrativa como la gerencia, contabilidad, dirección operativa, archivo y además, se instalará la central telefónica desde donde se coordinarán los servicios y se recibirán las llamadas de los clientes y los pacientes. La central telefónica deberá estar compuesta como mínimo de 2 líneas telefónicas convencionales y un celular.

Hogar de Paso

Para el ***Hogar de Paso***, es necesario contar con una casa en alquiler que se adecue con 10 camas en sus habitaciones, para ofrecer los servicios de hotelería a los pacientes que lo requieran, este tendrá una parte administrativa de donde se coordinaran los pacientes a recibir en el hogar, para lo cual la junta de socios presupuesta gastos mensuales por \$1.000.000.

9.3.2 Recurso humano.

Clinic Service Rionegro Ltda

Para el correcto desarrollo del objeto social, ***Clinic Service Rionegro Ltda***, necesita los socios, un director científico, profesional en el área de la salud como mínimo con estudios en enfermería superior (Jefe de enfermería) o un médico general quien apoyará en las decisiones operativas que estén ligadas a la salud de los pacientes y un Regente de Farmacia. El director científico hará parte de la sociedad como mecanismo de reducción de costos en el momento de la creación de la empresa y el desarrollo de la misma durante el primer año; Debido a que los honorarios de un profesional en salud son sustancialmente elevados, el director científico aportará sus conocimientos para el correcto funcionamiento de la empresa y en la toma de decisiones relacionadas con áreas de la salud y el director científico como todo empleado, tendrá deberes y derechos dentro de la sociedad.

Así, pues las partes de la sociedad quedarán dividida en dos partes; el 50% para Andrés Felipe Gaviria Medico General y el 50% para Maria Natalia Zuluaga Ramírez Química Farmacéutica el otro 50%, ambos profesionales de la salud.

El personal que requiere que *Clinic Service Rionegro* en las instalaciones, está conformado por una secretaria quien desempeñara las funciones básicas de Sistemas, nomina, liquidación de aportes, etc, y una Regente de farmacia encargado servicio Farmacéutica y de proveer los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para la atención del paciente.

En la parte operativa, es decir el equipo conformado por médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, la contratación se hará inicialmente por prestación de servicios y formarán parte de los costos variables de la compañía; es decir que la carga prestacional y la nómina de la empresa en un 80% será directamente proporcional a los servicios prestados. La modalidad de contratación más común en el sector salud, es la efectuada mediante turnos, de 6,12 o 24 horas o también la disponibilidad ofrecida por el profesional a las empresas con quien trabaja.

Inicialmente se hará un estudio del personal requerido para la atención de pacientes en su **domicilio y en el hogar de paso**, teniendo en cuenta los requisitos sugeridos por el Director Científico y la junta administrativa, para tener una base de datos amplia, de personal idóneo para el manejo de pacientes en casa y **en el hogar de paso**.

Hogar de paso

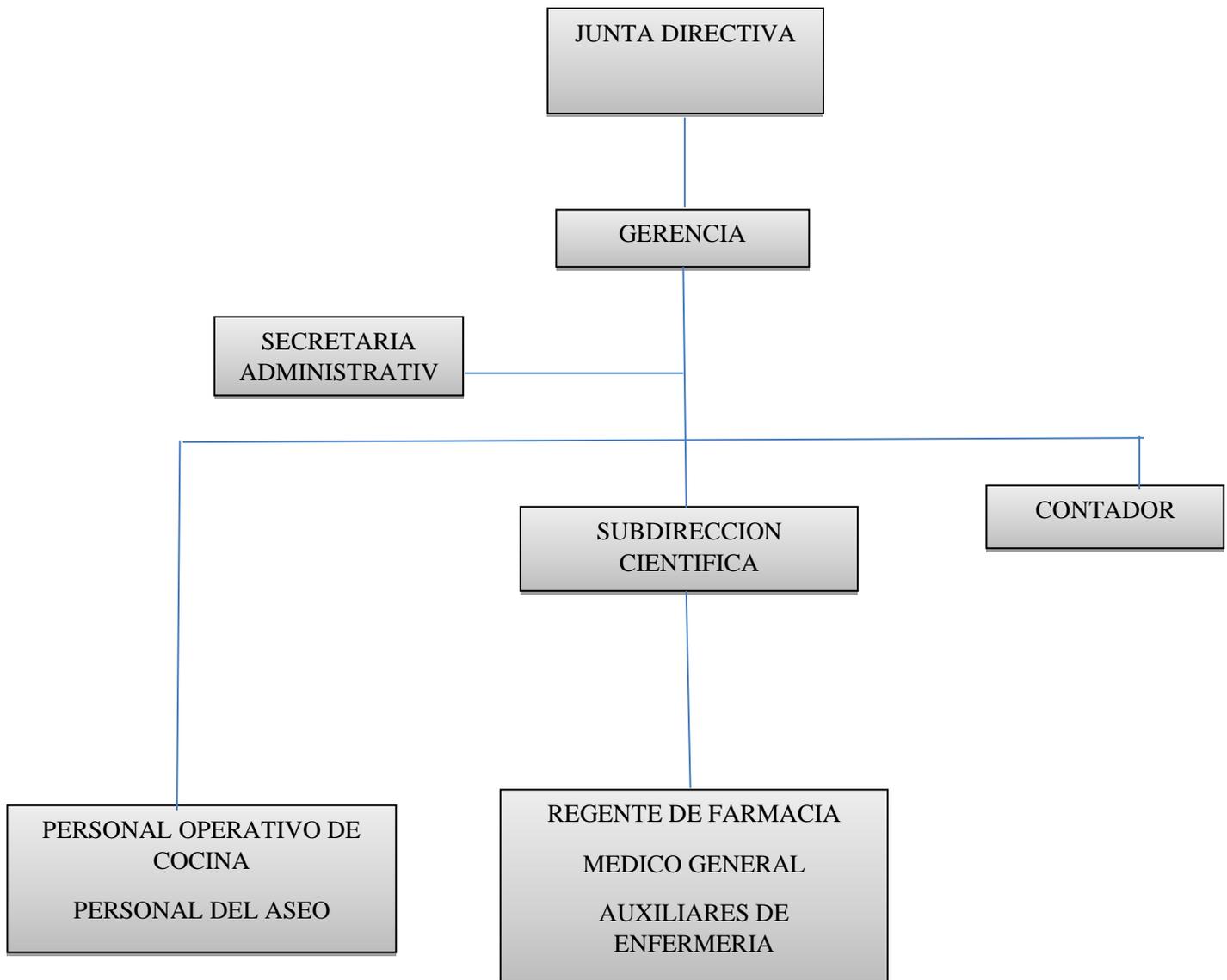
El personal que requiere que el *Hogar De Paso* es tres personas de oficios varios, una cocinera y un administrador.

9.4. ANALISIS ADMINISTRATIVO.

Clinic Service Rionegro Ltda se constituirá según el régimen de sociedad de responsabilidad limitada. La empresa estará conformada por dos socios: Andrés Felipe Gaviria con participación del 50%; y Maria Natalia Zuluaga con participación del 50%;

El director científico de la compañía, será quien tome las decisiones en cuanto a la parte médica, y El Gerente y director operativo tomarán las decisiones financieras de la empresa.

**ORGANIGRAMA DE CLINIC SERVICE LTDA DE RIONEGRO ANTIOQUIA +
HOGAR DE PASO.**



9.5. ANALISIS ECONÓMICO.

Inversión en Activos fijos.

Clinic Service Ltda

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Computador	1	1'350.000	1'350.000
Impresora laser	1	450.000	450.000
Escritorio	3	220.000	660.000
Sillas para escritorio	3	200.000	600.000
Archivador	2	300.000	600.000
Teléfonos-fax	1	120.000	120.000
Teléfonos	1	45.000	45.000
Celulares	1	60.000	60.000
Extintores	2	90.000	180.000
Adecuación Sala de recepción	1	400.000	400.000
Sillas auxiliares sala de espera	3	80.000	240.000
Accesorios para oficina	1	750.000	750.000
Licencia sistema operativo	1	500.000	500.000
Dotación de farmacia	1	2'000.000	2'000.000
Estanterías	1	1'000.000	1'000.000
Nevera pequeña	1	400.000	400.000
Termo higrómetro	2	170.000	340.000
TOTAL ACTIVOS FIJOS			9'245.000

Fuente: La autora del proyecto

Hogar de Paso

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Casa arriendo/Mensual	1	1'000.000	1'000.000
Instrumental cocina	1	2'000.000	2'000.000
Lavadora/secadora	1	1'400.000	1'400.000
Televisor	5	200.000	1'000.000
Dotación Habitación	5	880.000	4'400.000
TOTAL ACTIVOS FIJOS			9'800.000

Fuente: La autora del proyecto

Gastos de constitución.

Se estima que *Clinic Service Rionegro* Ltda, incurra en gastos de escrituración, Cámara de Comercio, registro mercantil, y demás gastos legales para constituir la empresa un total de \$450.000.

Hogar de paso falta

Se estima que *el Hogar de Paso*, incurra en gastos de escrituración, Cámara de Comercio, registro mercantil, y demás gastos legales para constituir la empresa un total de \$500.00.

Presupuesto para gastos de personal.

Clinic Service Rionegro Ltda, tendrá en la nómina a un total de 4 personas: Los 2 socios, la Secretaria Administrativa, un Regente de Farmacia. Los dos socios capitalistas tendrán un salario inicial de **\$1.000.000**; La secretaria administrativa tendrá un salario mensual de \$850.000; y un regente de farmacia \$950.000. Es decir que el costo mensual de la nómina de *Clinic Service Rionegro Ltda*, es de **\$ 3.800.000**

Los gastos de personal, generados por las terapeutas, médicos domiciliarios, enfermeros, nutricionistas y sicólogos, son costos variables ya que la contratación y el pago se harán mediante la modalidad de prestación de servicios; en el momento en que la empresa comience a operar.

Para los gastos de personal requeridos por un paciente hospitalizado en su domicilio durante un mes podemos observar el siguiente cuadro:

Paciente con post operatorio “EPOC” enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

<i>Profesional</i>	<i>Sesiones al mes</i>	<i>Costo unitario</i>	<i>Costo total</i>
Medico	4	25.000	100.000
Enfermera	30	15.000	450.000
Nutricionista	10	12.000	120.000
Terapia respiratoria	15	12.000	180.000
Psicóloga	3	20.000	60.000
Nutricionista	2	20.000	40.000
Costo total			950.000

* Turno de 6 horas diarias, durante 30 días; Fuente: La autora del proyecto

El costo de personal para atender este paciente para *Clinic Service Rionegro ltda*, Es de \$950.000 mensuales. Los profesionales que participan en la atención de los pacientes, son contratados mediante un contrato de prestación de servicios y su pago se efectúa de acuerdo con los turnos que hayan realizado en el mes; de esta forma la gran mayoría de los gastos de personal, es directamente proporcional a los servicios prestados.

**ANALISIS DEL GASTO DEL PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO
LABORAL CLINIC SERVICE LTDA.**

SALARIO BASICO	Mes 1	Mes2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
	3'800.000	3'800.000	3'800.000	3'800.000	3'800.000	3'800.000
Subsidio transporte	124.800	124.800	124.800	124.800	124.800	124.800
Prima						1'900.000
Vacaciones						
Caja de compensación filiar (4%)	152.000	152.000	152.000	152.000	152.000	152.000
ICBF (3%)	114.000	114.000	114.000	114.000	114.000	114.000
SENA (2%)	76.000	76.000	76.000	76.000	76.000	76.000
Pensiones (13.5%)	513.000	513.000	513.000	513.000	513.000	513.000
Salud (8%)	304.00	304.00	304.00	304.00	304.00	304.00
ARP (100%)	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000	19.000
Cesantías						
Interés de cesantías (1%/mes)	38.000	38.000	38.000	38.000	38.000	38.000
Total mano de obra mensual	4'966.000	4'966.000	4'966.000	4'966.000	4'966.000	4'966.000

Los Rubros Cesantías e Intereses de cesantías, se pagarán a comienzo del año siguiente y las vacaciones son cada año 1.900.000 Fuente:
La autora del proyecto

HOGAR DE PASO

El hogar de Paso, tendrá en la nómina a un total de 5 personas: Los 3 oficios varios, una administradora y una cocinera. Los tres de oficios varios tendrán un salario inicial \$644.350; La administrativa tendrá un salario mensual **de \$850.000**; y la cocinera tendrán un salario inicial **\$644.350**. La nómina del Hogar de Paso, es **de \$ 3.800.000** mensual

ANALISIS DEL GASTO DEL PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO LABORAL HOGAR DE PASO

SALARIO BASICO	Mes 1	Mes2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6
	3'427.000	3'427.000	3'427.000	3'427.000	3'427.000	3'427.000
Subsidio transporte	124.800	124.800	124.800	124.800	124.800	
Prima						1'713.500
Vacaciones						
Caja de compensación fliar (4%)	137.080	137.080	137.080	137.080	137.080	152.000
ICBF (3%)	102.810	102.810	102.810	102.810	102.810	114.000
SENA (2%)	68.540	68.540	68.540	68.540	68.540	76.000
Pensiones (13.5%)	462.645	462.645	462.645	462.645	462.645	513.000
Salud (8%)	274.160	274.160	274.160	274.160	274.160	304.00
ARP (100%)	17.135	17.135	17.135	17.135	17.135	19.000
Cesantías						
Interés de cesantías (1%/mes)	34.270	34.270	34.270	34.270	34.270	34.270
Total mano de obra mensual	4'614.170	4'614.170	4'614.170	4'614.170	4'614.170	4'966.000

Los Rubros Cesantías e Intereses de cesantías, se pagarán a comienzo del año siguiente y las vacaciones son cada año 1.713.500 Fuente:

La autora del proyecto

9.6. PRESUPUESTO REQUERIDO PARA EL PROYECTO.

Teniendo en cuenta que la empresa comenzará a recibir el pago de sus servicios aproximadamente a los 60 días después de ponerse en marcha, ya que se trabajará con las Eps, IPS, empresas privadas y gubernamentales, las cuales efectúan el pago después de radicada la respectiva factura aproximadamente a los 20 o 25 días.

De esta manera, en el presupuesto para comenzar con el proyecto, se calculan gastos de constitución y gastos de operación de 3 meses, relacionados de la siguiente manera:

Clinic service Rionegro Ltda	
INVERSION EN ACTIVOS FIJOS.	9'245.000
GASTOS DE CONSTITUCION.	450.000
NOMINA DE 2 MESES.	13'732.000
ARRIENDOS	1'100.000
SERVICIOS PUBLICOS	480.000
CAJA MENOR	1'500.000
TOTAL	26'507.000

Fuente: La autora del proyecto

El monto requerido para iniciar el proyecto es de **\$11'305.000** compuesto por los activos fijos, gastos de constitución, dos meses de arriendo, y el dinero disponible en caja menor. El restante del dinero se conseguirá de la siguiente manera; un crédito con entidad bancaria por valor de **\$9'000.000** y el restante de **\$6'202.000** será aportado por los socios a los 30 días de iniciar operaciones; de esta manera, podemos garantizar un correcto funcionamiento de la empresa durante los primeros dos meses, para luego comenzar con un buen flujo de caja para cancelar los créditos, los aportes de los socios y recuperar la inversión.

En el presupuesto de salarios, únicamente está incluido el valor de la nómina de los empleados de base, ya que como se expresó anteriormente el personal operativo como médicos, enfermeras, paramédicos, se contratará por prestación de servicios y se remunerará por turnos o por las horas trabajadas durante el mes; de esta manera se

garantiza que los costos generados por estos empleados, será directamente proporcional a los servicios prestados por la compañía.

Hogar de Paso

Teniendo en cuenta que la empresa comenzará a recibir el pago de sus servicios aproximadamente a los 60 días después de ponerse en marcha se debe contar con la nómina y el gasto de dos meses para el inicio de este proyecto.

Hogar de Paso	
INVERSION EN ACTIVOS FIJOS.	9'800.000
GASTOS DE CONSTITUCION.	500.000
NOMINA DE 2 MESES.	9'228.340
ARRIENDOS	1'000.000
SERVICIOS PUBLICOS	1'200.000
CAJA MENOR	1'000.000
TOTAL	22'728.340

Fuente: La autora del proyecto

9.7. ESTADISTICAS.

Para obtener resultados confiables para la toma de decisiones, la estadística constituye un factor determinante.

Cálculo del tamaño de la muestra de base

El tamaño adecuado de la muestra para una encuesta relativa a la población está determinado en gran medida por tres factores:

- 1- prevalencia estimada de la variable considerada
- 2- nivel deseado de fiabilidad; y
- 3- margen de error aceptable.

Si la población es finita, es decir conocemos el total de la población y deseásemos saber cuántos del total tendremos que estudiar la respuesta sería

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población

$Z^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

d = precisión (en este caso deseamos un 3%).

¿A cuántas personas tendría que estudiar de una población **100.502**¹⁶ de que son los afiliados a las principales EPS en Rionegro?

Seguridad = 95%; Precisión = 3%; proporción esperada = asumamos que puede ser próxima al 5%; si no tuviese ninguna idea de dicha proporción utilizaríamos el valor $p = 0.5$ (50%) que maximiza el tamaño muestral.

$$n = 100.502 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95 / 0.03^2 * (100.502 - 1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95 = 202$$

Para el estudio, se tomó una muestra de 202 personas para realizar las encuestas. A continuación se observa el modelo de la encuesta que se realiza a la muestra seleccionada.

¹⁶ Total de afiliados al sistema de seguridad social en Rionegro; Fuente Ministerio de protección social.

La finalidad de recoger esta información es para la creación de un servicio de atención domiciliaria en el Oriente Antioqueño, las respuestas serán única y exclusivamente para este propósito

NOMBRE _____ **ENCUESTA N°** _____

EDAD _____ **SEXO** _____ **FECHA** _____

1- ¿ESTA USTED AFILIADO A UN SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD?

A-) SI _____ B-) NO _____

2- ¿EN QUÉ CONDICION ESTA USTED AFILIADO?

A-) COMO COTIZANTE _____ B-) COMO BENEFICIARIO _____

3- ¿A QUÉ SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL ESTÁ AFILIADO?

A-) EPS _____ B-) SISBEN _____ C-) MEDICINA PREPAGADA _____

4- ¿CON QUE FRECUENCIA HACE USO DE SU SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL?

A-) CADA MES _____ B-) CADA 2 MESES _____

C-) CADA TRES MESES _____

5- ¿LE GUSTARIA RECIBIR ESA MISMA ATENCION EN SU CASA O SITIO DE TRABAJO?

A-) SI _____ B-) NO _____

6- CÓMO CALIFICA LA ATENCION EN SU SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL?

A-) DEFICIENTE_____

B-) REGULAR_____

C-) ACEPTABLE_____

D-) BUENO_____

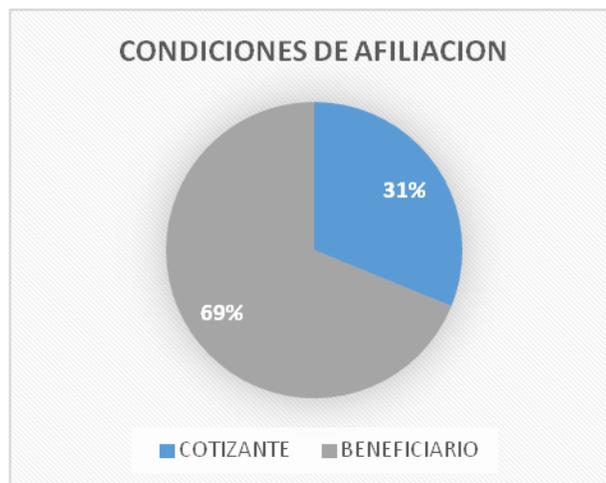
E-) EXCELENTE_____

9.8 TABULACION.

Luego de realizar las encuestas, los resultados obtenidos se analizarán de acuerdo con las siguientes gráficas.

¿EN QUE CONDICION ESTA AFILIADO?

A-) Como Cotizante: 63 B-) Como Beneficiario: 139



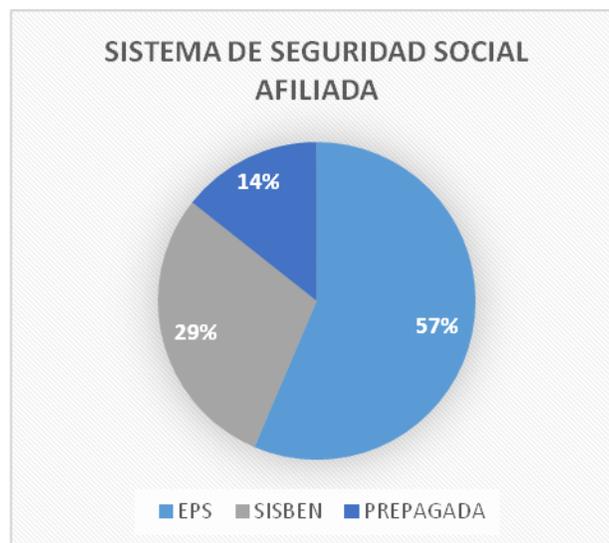
Grafica 1

El 69% de los encuestados son beneficiarios y el 31% son los cotizantes o trabajadores que están afiliados a la EPS por parte de la empresa. Según el boletín emitido por el ministerio de protección social, por cada cotizante, hay 3 beneficiarios en el sistema de seguridad social en Colombia. Si se analiza el resultado de la encuesta, se deduce que el 31% de los

encuestados son personas que cumplen con un horario de trabajo en días hábiles y no cuentan con el tiempo suficiente para asistir al médico a controles o a tratar su enfermedad; no obstante, el servicio de medicina domiciliaria será prestado tanto a cotizantes como beneficiarios.

¿A qué sistema de seguridad social está afiliado?

A-) EPS: 114 B-) SISBEN: 59 C-) Prepagada: 29

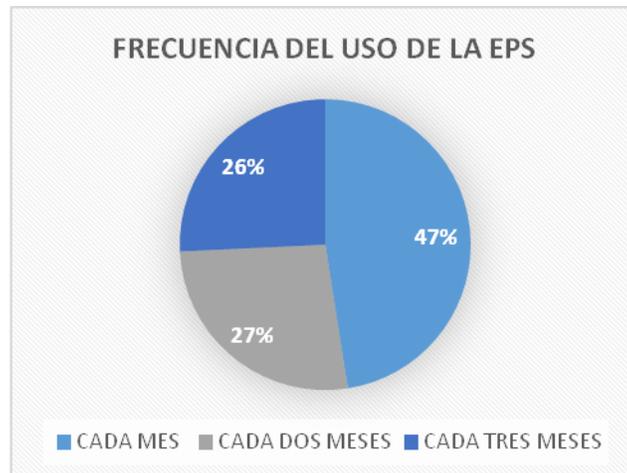


Grafica 2

Se observa que más de la mitad de los encuestados están afiliados a EPS, y el 29% a él régimen subsidiado; una mínima parte (14%) está afiliado a medicina prepagada, la cual para el proyecto, no interesa por ahora, debido al reducido número de afiliados ya su escaso presupuesto para este tipo de servicio

¿Con qué frecuencia hace uso de su sistema de seguridad social?

A-) Cada mes: 96 B-) Cada dos meses: 54 C-) Cada tres meses: 52



Grafica 3

Cerca de la mitad de los encuestados, asiste al médico por lo menos una vez al mes, seguido del 27% cada dos meses y la minoría con el 26%, hace uso de los servicios de su sistema de seguridad social cada tres meses. Casi el 74% de los encuestados hace uso de su seguro médico, por lo menos una vez cada 45 días.

¿Le gustaría recibir este mismo servicio en su casa o sitio de trabajo?

A-) Si: 177 B-) No: 25

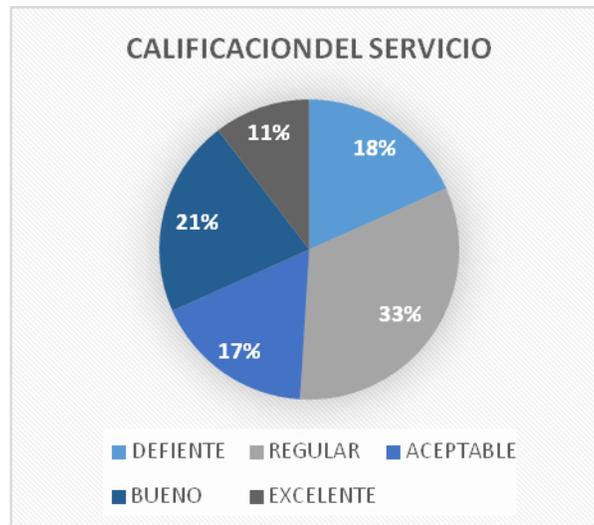


Grafica 4

Los resultados a la pregunta son claros: el 88% de los encuestados le gustaría recibir este servicio sin movilizarse de su casa. Demostró claramente su deseo de recibir este servicio a domicilio.

¿Cómo califica su sistema de seguridad social?

A: Deficiente: 37 B-) Regular: 66 C-) Aceptable: 35 D-) Bueno: 43 E-) Excelente: 21



Grafica 5

Al analizar esta gráfica, Se puede deducir que la gran mayoría de los pacientes, consideran que su sistema de seguridad social es regular; Los servicios de *Clinic Service Rionegro Ltda.*, ayudarán a que la imagen de las EPS, mejore, por ofrecer servicio de excelente calidad.

10. CONSIDERACIONES ETICAS

Hablemos de eficiencia, si los recursos no alcanzan a satisfacer a los ciudadanos, la eficiencia se convierte en un punto importante para la equidad. Si los recursos no alcanzan a todos los ciudadanos se estaría faltando al principio de justicia. Las autoridades políticas están obligadas a supervisar la optimización de los servicios salubres de los recursos públicos, pero es obligación ética del salubrista optimizar los recursos para atender a el mayor número de personas y con la mejor calidad posible a un costo bajo, permitiendo el acceso a toda la población de todos los niveles.

Medir la eficiencia en materia de salud es difícil, porque es un bien no tangible pero si perceptible, para medir la eficiencia se usan los parámetros costo-efectividad, y costo-beneficio, es decir, se mide en cuantos años de vida saludable, Es muy conocido el término “calidad de vida”, para definir las acciones del servicio de salud, pero éste término se debe

usar con cuidado porque es muy subjetivo, lo que es calidad de vida para una persona, no lo es para otra.

La rentabilidad; la económica, es sólo de ganancia económica y la social, se refiere a los beneficios sociales, el impacto en la sociedad. Por ningún motivo se debe de poner la rentabilidad económica antes que el beneficio del paciente.

La rentabilidad debe ser considerada desde un punto de vista social, los servicios deben de ir de acuerdo con el nivel socio-económico de la población. Es lógico que los servicios salubres necesiten administración y deben de dar ganancias económicas, pero siempre priorizando una atención humanizada a los pacientes. Debemos tener unos pilares éticos para la atención dentro de los que encontramos:

- ✓ Respeto al paciente y a su familia, así como a los médicos y la institución médica
- ✓ Manejo prudente de la información confidencial
- ✓ Debe de estar centrada en la calidad y no en los intereses particulares
- ✓ Debe de tener racionalidad técnica
- ✓ Debe de ser integral y conservarse el sentido de colegaje

En este trabajo experimental, se ha respetado la confidencialidad, la recolección de información incluida en éste, tiene solo la finalidad de reunir datos para la creación de un servicio de salud domiciliario que brinde a los pacientes del Oriente Antioqueño una atención integral, la recopilación y respuestas de la información recogida es publicada con autorización y exclusivamente para este propósito.

11. PRESUPUESTO DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	CANTIDAD	VALOR	VALOR TOTAL
Horas de una química farmacéutica/día	300	35.000	10.500.000
Transporte	1	700.000	700.000
Papelería	1	100.000	120.000
Pago de los semestres para las asesorías	2	1.151.140	1.151.140
Total Gastos			12.471.140

Fuente: La autora del proyecto.

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS DE LOS HOSPITALES DEL ORIENTE ANTIOQUEÑO, PARA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL EN LA ETAPA POSTHOSPITALARIA REQUERIDA PARA SU COMPLETA RECUPERACION AFECTA LA RELACIÓN COSTO/BENEFICIO ESPERADA DE LAS EPS Y LAS IPS												
Año 2014/2015	Semestre I						Semestre II					
	ASESOR Juan José Acosta						Integrantes: Maria Natalia Zuluaga					
ACTIVIDADES	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
Inicio de seminario de investigación												
Entrega de los reportes de lectura y los capítulos del libro Manual de Gestión de Proyectos en Salud Publica Introducctorio para el anteproyecto												
Elaboración de puntos anteproyectos/tutorías												
Entrega del anteproyecto												
Recopilación de información para la propuesta de investigación												
Construcción del planteamiento del problema objetivos y justificación												
Revisión de la bibliografía construcción del marco teórico y conceptual												
Asesorías												
Diseño y aplicación de la metodología												
Estudio de Mercadeo												
Elaboración de conclusiones recomendaciones viabilidad política												
Revisión												
Corrección												
Revisión												
Corrección												
Presentación del borrador final												
Tutoría												
Prestacional final												

13. CONCLUSIONES:

- Existe Atención Domiciliaria en Rionegro y los municipios aledaños brindada por las EPS de los pacientes, pero su cobertura es insuficiente y no cuentan con un *hogar de paso* para brindarles la atención integral a los pacientes que requieren de este servicio en su etapa post hospitalaria, el servicio está siendo demandado actualmente debido a que muchos pacientes del Oriente Antioqueño que acuden a las IPS de mediana y alta complejidad no cuentan con un domicilio cercano.
- El proyecto es viable, teniendo en cuenta que actualmente no existen empresas que brinden el paquete completo que este oferta, además existe una alta demanda de la prestación de este servicio.
- Se puede disminuir notablemente los costos fijos operativos en las EPS e IPS del Oriente Antioqueño, brindando atención primaria domiciliaria a los pacientes que nos les es posible acceder al servicio debido a la lejanía de sus domicilios, descongestionando el servicio de hospitalización de las IPS y aumentando así la rotación de camas.
- En lo investigado, se describe claramente que la atención domiciliaria ha representado una disminución significativa de los costos para los hospitales en la medida en que reduce el riesgo de contagio producidos por agentes patógenos y con ello disminuye la alta posibilidad que tienen los pacientes de aumentar su estancia hospitalaria.
- La atención domiciliaria forma parte de los principios básicos de los equipos de atención primaria y es uno de los programas prioritarios de salud y bienestar social. Garantiza la continuidad de la asistencia y el desarrollo de actividades preventivas que permitan mantener el nivel de salud y la calidad de vida de los usuarios.

- Los cambios demográficos y epidemiológicos de nuestra sociedad permiten predecir que la importancia de la visita domiciliaria irá en aumento, sobre todo aquellas programadas que se ofertan al paciente en edad avanzada, enfermos crónicos, pacientes en etapa terminal, o con dependencia física y/o psíquica o simplemente en la detección de riesgos psico-sociales y a su vez permite conocer los recursos de la familia que potencialmente pueden desempeñar roles favorables en el proceso asistencial.

- Es importante realizar un plan de negocios para cualquier negocio. Este permite conocer la viabilidad y rentabilidad del proyecto, sirve como guía para implementar y administrar el negocio, permite planificar objetivos, recursos y estrategias; sirve como guía para coordinar actividades y sirve como instrumento de control y evaluación.

14. RECOMENDACIONES:

- Crear *Clinic Service Rionegro Ltda*, ya que es un servicio integral y su finalidad es detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente y su familia, potenciando su autonomía, reduciendo las crisis por descompensaciones y en general mejorando la calidad de vida de los pacientes. Los objetivos de la organización resultante de la evaluación del proyecto están enfocados hacia satisfacer las necesidades del cliente y prestar servicios con calidad y calidez. Esto se logra con personal capacitado con el cual contara este servicio.

- Los principales costos del proyecto están relacionados con la nómina, por tanto la contratación del personal operativo debe hacerse por servicios, pagando por cada atención domiciliaria que realicen.

- Una vez constituida la empresa, esta debe estar atenta a todos los cambios existentes por parte del mercado para de

esta forma renovar y mantener un servicio actual y acorde con las exigencias por parte del cliente.

- Establecer una excelente comunicación entre los colaboradores de la organización y la gerencia guiara a la misma hacia el éxito.
- Se recomienda avanzar hacia la aplicación de los instrumentos planteados en este estudio. Esto permitirá complementar, identificar la percepción que tienen los usuarios sobre los servicios que ofrecerá *Clinic Service Ltda* y de esta manera fundamentar un poco más el estudio.

15. GLOSARIO DE TERMINOS:

Ambulatorio. Describe a todo paciente que no se haya confinado en la cama o a cualquier servicio de salud para personas no hospitalizadas.

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

Bacterias. Cualquier microorganismo unicelular de clase Esquizomicetos. El género presenta variedades morfológicas y sus componentes pueden ser esféricos, alargados, espirales, etc.

Cefalea. Dolor de cabeza debido a múltiples causas; denominado también cefalalgia.

Costo. Es un gasto, erogación o desembolso en dinero o especie, acciones de capital o servicios, hecho a cambio de recibir un activo.

Costos Fijos. Costo en el corto plazo permanece constante cuando la cantidad producida se incrementa o disminuye dentro de ciertos rangos de producción.

Costos variables. Son los costos directamente proporcionales al volumen de los servicios efectuados durante un período.

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

Contagio. Es un problema muy grave en los hospitales.

Desinfección: Operación que tiene como fin la destrucción de infecciones aeróbicas.

Efectividad. Concepto que involucra la eficiencia y la eficacia, alcanzando los resultados programados a través del buen uso de los recursos involucrados.

Eficacia. Capacidad para determinar los objetivos adecuados “Hacer lo indicado” La eficacia es el beneficio o utilidad de una tecnología para los pacientes de una determinada población bajo condiciones de uso ideales.

Eficiencia. Capacidad para reducir al mínimo los recursos usados para alcanzar los objetivos de la organización. "hacer las cosas bien".

Epidémico: Que afecta a un número significativo de personas al mismo tiempo, y se transmite rápidamente en un segmento demográfico humano.

Esporulación. Tipo de reproducción que se produce en las plantas y animales inferiores como en los hongos, las algas y los protozoos.

Esterilización. Proceso para eliminar toda vida microbiana.

Estrategia. Esquema que contiene la determinación de los objetivos o propósitos de largo plazo de la empresa y los cursos de acción a seguir. Es la manera de organizar los recursos.

Farmacología. Estudio de la preparación, propiedades, aplicaciones y acciones de los fármacos.

Foco de Infección. Lugar o medio donde se origina una infección bacteriana.

Geriátrico. (Geriatría) Especialidad médica que estudia la fisiología del envejecimiento, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los ancianos.

Hipótesis. Postulado que no ha sido comprobado.

Hogar de Paso: Se entiende como Hogar de paso, un casa de acogida donde se presta de manera transitoria el servicio de vivienda, consiste en brindar atención integral a los pacientes del oriente antioqueño que acuden a la IPS de mediana y alta complejidad del municipio de Rionegro y no cuentan con un domicilio cercano.

Hospitalismo. Es el paso de una infección de unas personas a otra. También conocido como **Hospitalización:** Ingreso de una persona en el hospital, con el propósito de someterlo a pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas.

Hospitalización Domiciliaria: Provisión de servicios o equipos al paciente en el hogar, con el propósito de restaurar y mantener su máximo nivel de bienestar, función y salud.

Infección. Es la introducción de un microorganismo patógeno en el cuerpo de un sujeto predispuesto, provocando una enfermedad.

Intravenoso. Relativo al interior de las venas, como por ejemplo u trombo, una inyección, infusión o un catéter.

Microorganismos. Animales unicelulares microscópicos, de alta velocidad de reproducción, algunos de ellos causantes de enfermedades (virus, Hongos, Protozoos), que se alimentan de principios básicos que se encuentran en el hombre o en la suciedad.

Misión. Propósito, finalidad que persigue en forma permanente o semipermanente una organización, un área o un departamento. Razón de ser de una organización.

Nosocomial. Infección. Infección adquirida durante hospitalización, a menudo causada por *Candidaalbicans*, *EscherichiaColi*, Virus de la hepatitis, Virus herpes Zóster, *Pseudomonas* o *Staphylococcus*.

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

Paciente: Individuo receptor de un servicio sanitario.

Paciente terminal. Individuo cuya vida se acerca a su fin, generalmente caracterizado por una etapa final que le causa la muerte.

Patógeno. Cualquier microorganismo capaz de producir una enfermedad.

Patología. Estudio de las características, causas y efectos de la enfermedad, tales como se reflejan en la estructura y función del organismo.

Polvo. Toda partícula sólida de pequeño tamaño que se encuentra en cualquier superficie o en **suspensión en la atmósfera.** Su origen es orgánico o inorgánico y es el causante directo de enfermedades tan importantes como el Asma o las alergias respiratorias. En un medio

hospitalario, el polvo aloja y sirve de vehículo a bacterias, con lo que se puede convertir en foco de infección.

Planeación. Proceso de establecer objetivos y cursos de acción adecuados antes de iniciar la acción.

Pseudomonas. Género de bacterias que incluye especies que viven libres en el agua y en el suelo y algunos patógenos oportunistas que se pueden aislar en quemaduras, heridas o infecciones del tracto urinario. Son resistentes a los desinfectantes y antibióticos. Salud. Situación de bienestar físico, mental y social con ausencia de enfermedad y otras circunstancias anormales.

Suciedad. Materia de naturaleza orgánica o inorgánica donde pueden reproducirse microorganismos causantes de enfermedades.

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

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

Terapia respiratoria. Como objetivo primordial se tiene la administración de técnicas y medicamentos prescritos para promover una buena oxigenación por medio de la respiración espontánea, asistida o controlada

Triage. Clasificación de pacientes según la gravedad y prioridad, en las cuales el número de víctimas es mayor al número de auxiliares. Se clasifica de acuerdo a las lesiones o sintomatología.

Urgencia. Situación en la que la sintomatología del paciente presume una patología cuya incidencia pueda poner en riesgo la vida del mismo.

Virus. Microorganismo diminuto, mucho más pequeño que una bacteria, que, al no poseer una actividad metabólica independiente, solo puede reproducirse dentro de una célula vegetal o animal

16. BIBLIOGRAFIA Y CYBERGRAFIA:

Atención al Anciano. Grupo de trabajo del anciano de la semFYC, Ediciones Eurobook, SL. Madrid 1997:11-47.

Aranzana, Antonio. Programa De Atención Domiciliaria. Disponible en línea en: <http://www.scmfic.org/scmfic/attach/CAST-programaATDOM.pdf>

Agudelo, Javier. Garantía de Calidad en los Servicios de Atención Domiciliaria en Salud. Presentación en el congreso Home Care. Bogotá. Octubre 2002.

Abarca M, García C, Martín S, Molina A, Ruiz C. Desarrollo de un programa de atención Domiciliaria al anciano. Notas de Enfermería 1991; 7: 383-9.

Álamo M, Artiles M, Santiago P, Bernal I, Aguiar J, Gómez A. Apoyo social funcional percibido por los pacientes en programa de atención domiciliaria en los medios rural y urbano. Aten Primaria 1999; 24 (1): 26-31.

Alleyne, G. Equity and the goal of HealthforAll. RevPanam Salud Pública 2002; 11: 297-301.

Álvarez C, Peiró S (eds). Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública- SESPAS; 2000.

Ballesteros A. Medición de la actitud de los médicos del primer nivel asistencial hacia los contenidos de la Atención Primaria de Salud. Tesis doctoral. Universidad de Murcia; 1993.

Ballesteros E, David P, Torres P, Palma M. Aproximación a un servicio de atención domiciliaria (SAD) municipal. Gerokomos 2006; 17(4):181-188.

Benítez del Rosario MA, Armas J. Papel de la Atención Primaria en la asistencia al anciano. Cuadernos de Gestión 1996; 2(3):118-130.

Benítez del Rosario MA, Espinosa Almendro JM. Atención Domiciliaria. En: semFYC eds. Atención al Anciano. Madrid, Ediciones Eurobook, 1997: 79-104.

Benítez del Rosario MA. Atención al Anciano. En: Martín A y Cano Pérez JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid; HarcourtBrace; 1998.

Benítez del Rosario MA. Evaluación de los programas de atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona: Springer; 1999: 83-85.

Benítez del Rosario MA. Valoración integral y multidimensional en atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. Atención domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona: Springer; 1999: 93-100.

Benítez MA. Reflexiones sobre la realidad de la atención domiciliaria. Atención Primaria 2003; 31: 31: 471-9.400.

Bilbao I, Gastaminza A, García J, Quindimil J, López J, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1994; 13 (4): 188-90.

Bingöl G, Güneter S, Sarpel T, Sur S, Ufuk D, Yimaz M. Efectos de un programa de rehabilitación diaria domiciliaria en niños asmáticos. *Allergologia et Immunopathologia* 2000; 28 (1):12-14.

Bover, A y Gastaldo, D. La centralidad de la familia como recurso en el cuidado domiciliario: perspectiva de género y generación. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(1):9-16.

Congreso de la República (1993). *Ley 100, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral*. Bogotá, Colombia: El congreso. Recuperado el 18 de junio de 2012 de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html

Contel J, González M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. *Enferm Clin* 1995; 5 (5): 205-11.

Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Aten Primaria* 2000; 25: 526-527.

Contel Segura JC, GenéBadía J, Limón Ramírez E. Programas de atención domiciliaria en Atención Primaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. *Atención domiciliaria. Organización y Práctica*. Barcelona: Springer; 1999. p. 25-35.

Contel Segura JC, GenéBadía J. El entorno de la atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. *Atención domiciliaria. Organización y Práctica*. Barcelona: Springer; 1999. p. 1-8.

Díaz-Borrego Jose; gestión de agendas en atención primaria como instrumento favorecedor de la accesibilidad del usuario y de la satisfacción del profesional. Disponible en línea en: <http://www.cica.es/aliens/jaescadiz/Archivos%20pdf/Archivos%20pdf%20tc/123tc.pdf>

De la Revilla L, Espinosa JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria* 2003; 31: 587-591.

Espinoza, Juan y Cols. Modelos De Organización De La Atención Domiciliaria En Atención Primaria. Disponible en línea en:

<http://www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum015.html>

Farrero E, Prats E, Maderal M, Giró E, Casolivé V, Escarrabil J. Utilidad de la visita a domicilio en el control y valoración del uso apropiado de la oxigenoterapia continua domiciliaria. *Archivo de Bronconeumología* 1998; 34 (8): 374-8.

Garberi, Imma. Reflexiones tras diez años de actividad en un equipo interdisciplinar de atención domiciliaria en el ámbito sociosanitario. *RevMultGerontol* 2003;13(2):114-116.

Gómez, Ana. Mercadeo De Servicios Atención Domiciliaria Con Enfoque De Gestión De Calidad. Presentación de diapositivas en el congreso Home Care. Bogotá. Octubre 2002.

González Ramallo, Víctor José. Hospitalización a domicilio. *MedClin (Barc)* 2002;118(17):659-64.

González, Víctor. Hospitalización a domicilio. *MedClin (Barc)* 2002;118(17):659-64

González, A., & Acevedo, D. (2009). Revisión del estado del arte de la atención domiciliaria en salud. (Tesis de Especialización). Universidad CES, Medellín.

González, V., Valdivieso, B., Ruiz, V. (2001). Hospitalización a domicilio. Revista MedClin

Guía para cuidadores. Edita Consejería de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura. Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitaria. Badajoz 2004

Guía de buenas prácticas clínicas en atención domiciliaria

https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf

Mitre, R., Suarez, M., González, A., Cotta, J., Real, E., & Días, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana Salud Publica, 10(1), 45-55.

Molina, E. (2011). Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria en Bogotá D.C. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.93

Manual De Gestión De Proyectos En Salud Pública, Universidad De Antioquia-Facultad Nacional De Salud Pública, Héctor Abad Gómez.

Oceano Mosby, Diccionario de medicina 1999

Organización Panamericana De La Salud. Estudio de la salud en América Latina y el caribe. México. BernanPress. 122p.

OMS, Declaración de Alma - Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma- Ata, URSS. (12 Sept 1978). (Barc), 118 (17), 659 – 664

O'Neill B, Rodway A. Abc of palliative care. Care in the community. BMJ, 1998; 316: 373-377.

Koontz, Harold. Curso de administración moderna. Mexico: Mc Grawhill, 1970. 367p

Ramírez, D., Sánchez, F., Esteban, J. (2005). Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Recuperado de <http://www.comsegovia.com/pdf/guias/GBPC%20atencion%20domiciliaria.pdf#page=10>

Rodríguez, Danny. Logística: Conceptos, Evolución y Relevancia. 2/24/2001. Disponible en línea en: <http://www.steamdo.com/Introduccion%20de%20logistica1.pdf>

Secretaria de Salud Rionegro Antioquia

Servicio De Atención Domiciliaria. Ayuntamiento de Córdoba Área de Servicios Sociales U. de Tercera Edad. Disponible en línea en: <http://www.ssm.ayuncordoba.es/pdf/sad.pdf>

Trujillo, Zoila. Atención domiciliaria para el adulto mayor con deterioro cognitivo. Instituto Mexicano del seguro social. 2003.

ANEXO # 1: CODIGO DE COMERCIO TITULO V DE LAS SOCIEDADES DE RESPONSABILIDAD LIMITADA

ARTICULO 353. <RESPONSABILIDAD DE LOS SOCIOS EN LA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA>. En las compañías de responsabilidad limitada los socios responderán hasta el monto de sus aportes.

En los estatutos podrá estipularse para todos o algunos de los socios una mayor responsabilidad o prestaciones accesorias o garantías suplementarias, expresándose su naturaleza, cuantía, duración y modalidades.

ARTICULO 354. <CAPITAL SOCIAL EN LA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA>. El capital social se pagará íntegramente al constituirse la compañía, así como al solemnizarse cualquier aumento del mismo.

El capital estará dividido en cuotas de igual valor, cesibles en las condiciones previstas en la ley o en los estatutos.

Los socios responderán solidariamente por el valor atribuido a los aportes en especie.

ARTICULO 356. <NUMERO MAXIMO DE SOCIOS EN LA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA>. Los socios no excederán de veinticinco. Será nula de pleno derecho la sociedad que se constituya con un número mayor. Si durante su existencia excediere dicho límite, dentro de los dos meses siguientes a la ocurrencia de tal hecho podrá transformarse en otro tipo de sociedad o reducir el número de sus socios. Cuando la reducción implique disminución del capital social, deberá obtenerse permiso previo de la Superintendencia, so pena de quedar disuelta la compañía al vencerse el referido término.

ARTICULO 357. <RAZON SOCIAL DE LA SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD

LIMITADA>. La sociedad girará bajo una denominación o razón social, en ambos casos seguida de la palabra "limitada" o de su abreviatura "Ltda", que de no en los estatutos, hará responsables a los asociados solidarios ilimitadamente frente a terceros.

ANEXO # 2: EL MINISTERIO DE SALUD DECRETO 1292 DE 1992 Y LA LEY 100

En uso de sus facultades legales, especialmente las conferidas por la ley 100 de 1993 y el decreto 1292 de 1994.

CONSIDERANDO.

Que se hace necesario expedir los manuales de actividades, intervenciones y procedimientos con el fin de que sea utilizado en el sistema de seguridad social en salud, para garantizar el acceso a los contenidos específicos del plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos.

Que el consejo nacional de seguridad social en salud mediante el acuerdo N°008 de 1994 estableció el Plan Obligatorio de salud y ordenó al ministerio de Salud la expedición del manual con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la seguridad social en salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.

RESUELVE

LIBRO 1

MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

CAPITULO 1

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1. CENTRO DE ATENCIÓN: El plan de beneficios DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Se presentará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas aquellas instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como instituciones prestadoras de servicios de salud IPS¹⁹ El Plan Obligatorio de Salud responsabilidad de las Entidades promotoras de Salud se prestará en aquellas IPS con las que cada EPS establezca convenios de prestación de servicios de salud, o sin convenio en cualquier IPS en los casos especiales que considera el presente reglamento.

ARTICULO 2. DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO Y ACCESO A LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las instituciones prestadoras de servicios de salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud al usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca la EPS.

ARTICULO 3. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR MUNICIPIO Y ZONA DE RESIDENCIA: Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la EPS. Toda persona y su familia al momento de la filiación a la EPS. Deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las IPS más cercana a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar a todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. El usuario podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS, como máximo una vez por año.

ARTICULO 5. CONSULTA MEDICA GENERAL O PARAMEDICA. Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el sistema de seguridad social en salud. Se establece que de acuerdo con las frecuencias

nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (02) veces por año; a partir de la tercera consulta se establecerá el cobro de cuotas moderadoras de acuerdo con el reglamento respectivo, salvo cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas con guías de atención integral. Las entidades promotoras de salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente.

ARTICULO 7. CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA. Es aquella realizada por un médico especialista en algunas de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general o ínter consulta especializada, o directamente en casos de urgencias por lo que la patología que se presenta el paciente requiere evaluación especializada, interacción o cirugía que el médico general no esté en condiciones de realizar.

Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

ARTICULO 8. ASISTENCIA DOMICILIARIA: Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo con las guías de atención integral establecidas para tal fin.

ARTICULO 9: URGENCIA. Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere la protección inmediata críticas presentes o futuras.

ARTICULO 10. ATENCIÓN DE URGENCIAS: La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos y privados, que presten servicios de consulta de urgencia, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aun sin

convenio o autorización de la EPS. Respectivamente o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La IPS que presta el servicio, recibirá de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el SOAT.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

ARTICULO 11. INTERNACION: Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

LEY 100 DE 1993

TITULO II

CAPITULO I

DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

ARTICULO 177. DEFINICION. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

ARTICULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

CAPITULO II

DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

ARTICULO 185. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

ANEXO # 3: LEY 50 DE 1990(Diciembre 28)Diario oficial N° 39.618 del 1 de Enero de 1991

**Por el cual se introducen reformas al
Código sustantivo del trabajo y se dictan otras disposiciones**

ARTICULO 165. TRABAJO POR TURNOS. Cuando la naturaleza de la labor no exija actividad continuada y se lleve a cabo por turnos de trabajadores, la duración de la jornada puede ampliarse en más de ocho (8) horas, o en más de cuarenta y ocho (48) semanales, siempre que el promedio de las horas de trabajo calculado para un período que no exceda de tres (3) semanas, no pase de ocho (8) horas diarias ni de cuarenta y ocho (48) a la semana. Esta ampliación no constituye trabajo suplementario o de horas extras.

ARTICULO 167. DISTRIBUCION DE LAS HORAS DE TRABAJO. Las horas de trabajo durante cada jornada deben distribuirse al menos en dos secciones, con un intermedio de descanso que se adapte racionalmente a la naturaleza del trabajo y a las necesidades de los trabajadores. El tiempo de este descanso no se computa en la jornada.

ARTICULO 170. SALARIO EN CASO DE TURNOS. Cuando el trabajo por equipos implique la rotación sucesiva de turnos diurnos y nocturnos, las partes pueden estipular salarios uniformes para el trabajo diurno y nocturno, siempre que estos salarios comparados con los de actividades idénticas o similares en horas diurnas compensen los recargos legales.

LEY 269 DE 1996**EL CONGRESO DE COLOMBIA,****DECRETA:**

ARTICULO 3o. CONCURRENCIA DE HORARIOS. Prohíbese la concurrencia de horarios, con excepción de las actividades de carácter docente asistencial que se realicen en las mismas instituciones en las cuales se encuentre vinculado el profesional de la salud, y que por la naturaleza de sus funciones, ejerza la docencia y la prestación directa de servicios de salud.

ARTICULO 5o. ADECUACION JORNADA LABORAL. Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán adecuar la relación laboral de los trabajadores oficiales y empleados públicos del sector, modificando las jornadas a las establecidas en la presente Ley, mediante el traslado horizontal a un cargo de igual grado, nivel y remuneración acorde con la jornada establecida, pudiendo disminuir o aumentar la intensidad horaria según el caso, siempre que las circunstancias del servicio lo permitan. Lo anterior no implica disolución del vínculo laboral, pérdida de antigüedad, ni cualquier otro derecho adquirido por el funcionario

ANEXO # 4: REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD DECRETO N° 2309 DE 2002

Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

ARTÍCULO 1. CAMPO DE APLICACION. Las disposiciones del presente Decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, a 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. A los Prestadores de Servicios de Salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1.993, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata este Decreto.

PARÁGRAFO. Se exceptúa de la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

ARTÍCULO 2. DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Defínanse como Prestadores de Servicios de Salud a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Se consideran, para los efectos del presente Decreto como Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud a los Grupos de Práctica Profesional que cuentan con infraestructura.

PARÁGRAFO. No se aplicarán las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para prestación de servicios de salud, a las Unidades de Biomedicina Reproductiva y todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, de conformidad con lo señalado por el Artículo 245 de la Ley 100 de 1.993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que éstas organizaciones prestan.

ARTÍCULO 3. DE LA ATENCION DE SALUD. La Atención de Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

ARTÍCULO 4. DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. La Calidad de la Atención de Salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

ARTÍCULO 6. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá las siguientes características:

- 1. Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 2. Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- 3. Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

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

ARTÍCULO 10. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y

CIENTÍFICA. Son requisitos básicos de estructura y proceso que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales serán los Requisitos Esenciales que establezca el Ministerio de Salud.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán someter a consideración del Ministerio de Salud, propuestas para la aplicación en sus correspondientes jurisdicciones de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa del Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 14. FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales presentarán el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades

Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente Decreto.

El Ministerio de Salud establecerá las características de este formulario mediante acto administrativo.

ARTÍCULO 15. AUTOEVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACION.

De manera previa a la presentación del Formulario de Inscripción de que trata el Artículo 14 del presente Decreto, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales deberán realizar los ajustes necesarios.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud o un definido como tal se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación dentro de los términos establecidos en el acto administrativo que fije los estándares, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

ARTÍCULO 16. INSCRIPCION EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el Formulario de Inscripción de que trata el Artículo 14 del presente Decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de Salud, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del Formulario de Inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 24 del presente Decreto. A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal se considera habilitado para ofrecer y prestar los servicios declarados.

PARÁGRAFO 1. Cuando un Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal preste sus servicios a través de dos o más sedes, deberá diligenciar un solo Formulario de

Inscripción, en el que se determinen las condiciones de capacidad tecnológica y científica de cada uno de los establecimientos existentes. El Formulario de Inscripción se presentará en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios.

PARÁGRAFO 2. El Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal deberán declarar en el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud los servicios que se presten en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y, dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en el Artículo 577 de la Ley 9 de 1.979, el Artículo 49 de la Ley 10 de 1.990 y el Artículo 5 del Decreto 1259 de 1.994.

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con el Artículo 576 del Ley 9 de 1.979.

ARTÍCULO 17. TÉRMINO DE VIGENCIA DE LA INSCRIPCION EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. La inscripción de cada Prestador o el definido como tal en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de tres (3) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

ARTÍCULO 18. REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso y el principio de la doble instancia.

ARTÍCULO 19. OBLIGACIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS DEFINIDOS COMO TALES RESPECTO DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales son responsables por la veracidad de la información contenida en el Formulario de Inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia; a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando éste pierda su vigencia, conforme a lo dispuesto en el Artículo 17 del presente Decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el siguiente Artículo.

ARTÍCULO 20. REPORTE DE NOVEDADES. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el Ministerio de Salud establecerá el Formulario de Reporte de Novedades, a través del cual se efectuará la actualización del dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción. Se consideran novedades en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de

Salud las siguientes:

1. Cierre o apertura de servicios.
2. Cambio de representante legal o de domicilio.
3. Disolución o liquidación de la entidad.

Este formulario no reemplaza al Formulario de Inscripción contemplado en el Artículo 14 del presente Decreto.

ARTÍCULO 21. ADMINISTRACION DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. De conformidad con las disposiciones consagradas en este Decreto y de acuerdo con las pautas que imparta el Ministerio de Salud, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas

jurisdicciones, serán responsables por la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 22. CENSO DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS DEFINIDOS COMO TALES. En ejercicio de las funciones de vigilancia, inspección y control y de conformidad con las pautas que expida el Ministerio de Salud, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y actualizar de manera permanente un Censo de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de verificar que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, responda a la realidad garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

PARÁGRAFO. Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán, a la Dirección General de Desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, o a la dependencia que haga sus veces, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante el mes inmediatamente anterior. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, procesos de investigación en curso y archivados y medidas de seguridad impuesta y levantada, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 576 de la Ley 9 de 1.979.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud, remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales de sus correspondientes áreas de influencia, de conformidad con las pautas que para tal efecto imparta el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 23. CONSOLIDACION DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Corresponde al Ministerio de Salud conformar y mantener actualizada, para el ámbito nacional, la base de datos correspondiente al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a

partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con el procedimiento que para el efecto se establezca.

ARTÍCULO 24. VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportado por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los Artículos 11 y 12 del presente Decreto.

En lo relativo a las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los Requisitos Esenciales establecidos por el Ministerio de Salud, se realizará conforme al Plan de Visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 26 del presente Decreto.

ARTÍCULO 25. DE LOS EQUIPOS DE VERIFICACION. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano, de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos contenidos en el Manual de Procedimientos para la Habilitación que expedirá el Ministerio de Salud para tal efecto.

Todos los verificadores deberán haber recibido la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de Salud o de las Entidades

Departamentales y Distritales de Salud capacitadas por el Ministerio de Salud, en los términos que se definan en el Manual de Procedimientos para la Habilitación que expida el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 26. PLAN DE VISITAS. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores

de Servicios de Salud y los definidos como tales de su jurisdicción cumplan con las condiciones de habilitación tecnológicas y científicas, que les son exigibles. De tales visitas se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso. Para todos estos efectos, se aplicarán los procedimientos e indicaciones que se establecen en el Manual de Procedimientos para la Habilitación que expida el Ministerio de Salud.

PARÁGRAFO. Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en este Artículo.

ARTÍCULO 27. DE LOS PLANES DE CUMPLIMIENTO. A partir de la vigencia del presente Decreto, cesarán los Planes de Cumplimiento establecidos para los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, que se encuentren en curso para completar los Requisitos Esenciales y no habrá lugar a establecimiento de nuevos planes.

ARTÍCULO 28. CERTIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES

PARA LA HABILITACION. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal, enviará en un plazo de 15 días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación”, en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal que existe verificación de conformidad de las condiciones.

ARTÍCULO 29. INFORMACION A LOS USUARIOS. Con el propósito de que los usuarios de los servicios de salud se encuentren informados sobre el cumplimiento de las condiciones de habilitación, los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales fijarán en lugares visibles para los usuarios, copia del Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud debidamente radicado ante la autoridad competente y de la Certificación del Cumplimiento

de tales condiciones, a partir del momento en que el Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal haya recibido este documento.

ANEXO # 5: REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD DECRETO N° 2003 DE 2014

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones, especialmente las conferidas en los artículos 173, numeral 3 de la Ley 100 de 1993, 56 de la Ley 715 de 2001 y 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, y en desarrollo de los capítulos I y II del Título III del Decreto 1011 de 2006 y del artículo 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto-ley 019 de 2012, y

CONSIDERANDO

Que de acuerdo con lo previsto en el párrafo 1° del artículo 4° del Decreto 1011 de 2006, el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Que con tal propósito, en 2013, se expidió la Resolución 1441 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”.

Que dentro del proceso de implementación de dicha norma se realizaron reuniones con diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en las que se presentaron inquietudes sobre aspectos técnicos de la precitada resolución, por lo que se consideró del caso efectuar una revisión integral y sistemática de la misma.

Que en concordancia con lo anterior y en cumplimiento de la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. *Campo de aplicación.* La presente resolución aplica a:

- 2.1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- 2.2 Los Profesionales Independientes de Salud.
- 2.3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
- 2.4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.
- 2.5. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

Parágrafo. La presente resolución, así como el manual aquí adoptado, no establecen competencias para el talento humano, dado que las mismas se encuentran reguladas en el marco legal correspondiente.

Artículo 3. *Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud.* Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

- 3.1. Capacidad Técnico-Administrativa.
- 3.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera.
- 3.3. Capacidad Tecnológica y Científica.

Parágrafo. Las definiciones, estándares, criterios y parámetros de las condiciones de habilitación, son las establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.

Artículo 4. *Inscripción y habilitación.* Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución.

Artículo 5. *Autoevaluación de las condiciones de habilitación.* La autoevaluación consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.

La autoevaluación deberá realizarse en los siguientes momentos:

- 5.1. De manera previa a la inscripción del prestador y habilitación del o los servicios.
- 5.2. Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador y antes de su vencimiento.
- 5.3. Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que tratan los incisos segundo y tercero del artículo 9 de la presente resolución.
- 5.4. De manera previa al reporte de las novedades señaladas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado con la presente resolución.
- 5.5. En cualquier momento antes del 30 de septiembre de 2014, para renovar la habilitación por un año más, para los prestadores que les aplique el artículo 11 de la presente resolución.

Parágrafo. Cuando el prestador realice la autoevaluación y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

Artículo 6. *Requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el REPS.* A partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, los Prestadores de Servicios de Salud que se inscriban y habiliten servicios en el REPS deberán cumplir lo siguiente:

- 6.1 Determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS, incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio.
- 6.2 Realizar la autoevaluación y la posterior declaración en el REPS.
- 6.3 Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.
- 6.4 Radicar el formulario de Inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva y los demás soportes definidos en el Manual de

Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. 7.1 Ubicar el formulario de inscripción diligenciado por el prestador en la base de datos del REPS, disponible en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

7.2 Verificar que los soportes entregados con el formulario, correspondan a los previstos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. En caso de no corresponder, lo devolverá al prestador indicando la documentación o información faltante.

7.3 Asignar código al prestador si el formulario y los soportes se encuentran completos y cumplen con los requisitos establecidos en la presente resolución.

7.4 Programar y realizar las visitas de verificación previa o de reactivación que le correspondan, según el caso, de acuerdo con su competencia y conforme a lo establecido en la presente resolución.

7.5 Enviar la documentación al Ministerio de Salud y Protección Social cuando se trate de servicios nuevos de oncología.

7.6 Radicar la inscripción del prestador y autorizar en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, una vez cumplidos los requisitos anteriores.

Se considera inscrito el prestador que cumpla el anterior procedimiento, momento a partir del cual el prestador podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes.

Parágrafo: Una vez la Entidad Departamental o Distrital de Salud, autorice en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, el prestador deberá descargarlo, imprimirlo y publicarlo.

Artículo 8. Responsabilidad. El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares. En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación.

Artículo 9. *Vigencia de la inscripción en el REPS.* La inscripción inicial de cada Prestador en el REPS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de la radicación ante la entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente. Se considera radicado cuando haya agotado la totalidad del procedimiento de inscripción establecido en el artículo 7 de la presente resolución.

La inscripción inicial del prestador podrá ser renovada por el término de un año, siempre y cuando haya realizado la autoevaluación y ésta haya sido declarada en el REPS, durante el cuarto año de inscripción inicial y antes de su vencimiento.

Las renovaciones posteriores tendrán vigencia de un (1) año, previa realización de la autoevaluación de las condiciones de habilitación y su posterior declaración en el REPS, antes del vencimiento de cada año.

Para el prestador de servicios de salud cuya inscripción en el REPS haya sido inactivada o cancelada y desee realizar su inscripción nuevamente, la vigencia de la inscripción será por un (1) año, así como sus renovaciones, previa realización

Artículo 7. *Procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios en la Entidad Departamental o Distrital de Salud.* La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez recibido el formulario de inscripción con los soportes establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, procederá a: de la autoevaluación de las condiciones de habilitación y su declaración en el REPS.

Parágrafo 1. La inscripción inicial es aquella que realiza el prestador que ingresa al REPS por primera vez, la cual tiene una vigencia de cuatro (4) años.

Parágrafo 2. La inscripción del prestador podrá ser cancelada en cualquier momento por las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación.

Artículo 10. *Consecuencias por la no autoevaluación por parte del prestador.* Si el prestador inscrito en el REPS no realiza la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el REPS, dentro del término previsto, se inactivará su inscripción. Adicionalmente, si se trata de una institución prestadora de servicios de salud, requerirá visita de reactivación por parte de la entidad Departamental o Distrital, según corresponda, cuyo objeto consistirá en la verificación de las condiciones de habilitación establecidas y en la decisión sobre la inscripción.

Para los casos en que el prestador no haya autoevaluado uno o varios de los servicios habilitados, con su correspondiente declaración en el REPS, procederá la inactivación del servicio o servicios no autoevaluados en dicho registro.

Adicionalmente, si se trata de servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológicos, requerirá visita de reactivación por parte de la entidad departamental o distrital, según corresponda, cuyo objeto consistirá en la verificación de las condiciones de habilitación y en la decisión sobre la inscripción.

Artículo 11. *Ampliación del término de vigencia de la inscripción renovada.* La vigencia de la inscripción para los prestadores que cuenten con la inscripción renovada hasta el 31 de mayo de 2014, se ampliará hasta el 30 de septiembre de 2014.

Artículo 12. *Novedades de los prestadores.* Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian, ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Se consideran novedades las siguientes

12.2 Novedades de la sede.

a) Apertura o cierre de sede

- b) Cambio de domicilio
- c) Cambio de nomenclatura
- d) Cambio de sede principal
- e) Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico)
- f) Cambio de director, gerente o responsable
- g) Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social
- h) Cambio de horario de atención
- i) Cambio de razón social que no implique cambio de NIT

12.3. Novedades de Capacidad Instalada.

- a) Apertura de camas
- b) Cierre de camas
- c) Apertura de salas
- d) Cierre de salas
- e) Apertura de ambulancias
- f) Cierre de ambulancias
- g) Apertura de sillas
- h) Cierre de sillas
- i) Apertura de sala de procedimientos
- j) Cierre de sala de procedimientos

12.4. Novedades de Servicios.

- a) Apertura de servicios
- b) Cierre temporal o definitivo de servicios
- c) Apertura de modalidad
- d) Cierre de modalidad
- e) Cambio de complejidad
- f) Cambio de horario de prestación del servicio
- g) Reactivación de servicio
- h) Cambio del médico especialista en trasplante
- i) Cambio del médico oncólogo en hospitalización

j) Traslado de servicio

Parágrafo 1. El prestador podrá cerrar temporalmente un servicio por un periodo máximo de un año, contado a partir del reporte de la novedad. Si vencido dicho plazo no se ha reactivado el servicio, se desactivará del REPS y para su reactivación o apertura deberá realizar nuevamente la habilitación del servicio y requerirá visita de reactivación por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud si se trata de servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológicos.

Parágrafo 2. Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a reportar novedades relacionadas con el cierre de uno o más de los servicios de urgencias,

12.1 Novedades del prestador:

- a) Cierre del prestador
- b) Disolución o liquidación de la entidad
- c) Cambio de domicilio
- d) Cambio de nomenclatura
- e) Cambio de representante legal
- f) Cambio de director o gerente hospitalización obstétrica, hospitalización pediátrica y cuidado intensivo, deberán informar por escrito tal situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, mínimo quince (15) días antes de realizar el registro de la novedad de cierre en el formato de novedades, con el fin de que dichas entidades adopten las medidas necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios.

Artículo 13. *Visita de Verificación Previa* .Se requerirá visita de verificación previa en los siguientes casos:

13.1. La habilitación de nuevos servicios oncológicos, visita que se realizará por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

13.2. La habilitación de nuevos servicios de urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial y todos los servicios de alta complejidad, visita que se realizará por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

13.3 La inscripción de una nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, visita que se realizará por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, dentro de los seis (6) meses siguientes a la presentación de la solicitud. Se entiende solicitada la visita con la presentación del formulario de inscripción en las condiciones definidas en el numeral 6.4 del artículo 6 de la presente resolución.

Parágrafo 1. En toda visita de verificación previa, los estándares relacionados con talento humano, historias clínicas y registros y procesos prioritarios asistenciales, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Parágrafo 2. Si al realizar la visita de verificación previa, el prestador o el servicio no cumple con las condiciones de habilitación establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de los Servicios de Salud, la entidad a cargo de la visita registrará en el REPS los resultados y el prestador deberá iniciar nuevamente el trámite de inscripción del prestador o habilitación del servicio, en los términos definidos en la presente resolución.

Artículo 14. *Plan de Visitas de Verificación.* Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el REPS, para verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación y del desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

El plan de visitas de verificación deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado y reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud, a más tardar el 20 de diciembre del mismo año. El plan de visitas para el año 2015,

deberá ser reportado a la Superintendencia Nacional de Salud a más tardar el 20 de diciembre de 2014.

La formulación del plan de visitas de verificación, deberá tener en cuenta el siguiente orden de prioridad:

- 14.1** Las visitas a los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 14.2.** Los servicios de oncología habilitados por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, para efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 – 2021.
- 14.3** Los servicios oncológicos que reporten las siguientes novedades: Apertura de modalidad, cambio de complejidad, reactivación de servicio y traslado de servicio.
- 14.4.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que desde su inscripción no han tenido visita de verificación.
- 14.5.** Los servicios que por efecto de no autoevaluación se inactiven en el REPS y requieran visita de reactivación, en las condiciones establecidas en la presente resolución.
- 14.6.** Los servicios de hospitalización obstétrica que no hayan sido visitados en los cuatro (4) años inmediatamente anteriores a la expedición de la presente norma.
- 14.7.** Los prestadores de servicios de salud que tengan habilitado el servicio de consulta externa general de medicina general con sala de procedimientos.
- 14.8.** Los Prestadores de Servicios de Salud, en proceso de acreditación que soliciten verificación previa para optar por la acreditación.
- 14.9.** Los Prestadores de Servicios de Salud que estando acreditados presenten novedades de apertura de servicios y tengan programada visita de seguimiento por parte del ente acreditador.
- 14.10.** Las demás visitas que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud definan en ejercicio de sus funciones.

Parágrafo 1. Las visitas de verificación de condiciones de habilitación, deben ser comunicadas por cualquier medio al Prestador de Servicios de Salud como mínimo con un (1) día de antelación a su realización. Comunicada la visita de verificación al Prestador de Servicios de Salud, éste no podrá presentar novedades mientras la visita no haya concluido.

Parágrafo 2. El plan de visitas de verificación, que definan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, no excluye la posibilidad de realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción, las visitas previas que se requieran o las que surjan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.

Parágrafo 3. El plan de visitas de verificación formulado por las Entidades Departamentales o Distritales de Salud para el año 2014, deberá seguir siendo ejecutado durante dicha vigencia.

Artículo 15. *Garantía de la prestación de servicios.* Cuando por incumplimiento de las condiciones de habilitación se presente el cierre de uno o varios servicios de una Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud y sea el único prestador de dichos servicios en su zona de influencia, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, en conjunto con la Institución Prestadora de Servicios y las entidades responsables de pago, deberán elaborar en forma inmediata un plan que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes.

Artículo 16. *Transporte Especial de Pacientes.* Las entidades que vayan a ofertar el transporte asistencial en las tipologías aérea, fluvial o marítima, habilitarán el servicio que vayan a prestar en la sede que hayan definido como principal. Dicha habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera inscripción en cada una de las Entidades Departamentales o Distritales de Salud en las cuales vayan a prestar el servicio.

Artículo 17. *Gratuidad.* La inscripción de prestadores de servicios de salud y la habilitación de servicios de salud en el REPS, el reporte de novedades y las visitas son trámites gratuitos.

Artículo 18. *Vigilancia y control.* Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilarán y controlarán el cumplimiento de la presente resolución.

Artículo 19. *Procedimiento para la actualización de la Norma:* La actualización de las condiciones del Sistema Único de Habilitación, mediante el análisis de las condiciones, estándares y criterios allí definidos, se realizará mediante procedimiento que, de manera permanente y periódica, analice hallazgos y requerimientos conforme a las condiciones del sector, las innovaciones necesarias que permitan disponer de alternativas en la prestación de los servicios, así como la minimización de los riesgos en la prestación de los servicios de salud.

Artículo 20. *Transitoriedad.* Se establecen como reglas transitorias las siguientes:

20.1 Dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente resolución, los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS, deberán actualizar por una única vez el portafolio de servicios, ingresando al enlace de novedades del prestador, disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente y diligenciar la información allí solicitada. La actualización del portafolio de servicios es un requisito previo para que el prestador realice la autoevaluación.

20.2 En las visitas de verificación que adelanten las Entidades Departamentales o Distritales de Salud a los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados antes del 11 de mayo de 2013, se aplicarán las condiciones de habilitación contempladas en la Resolución 1043 de 2006 o las previstas en la presente resolución, siempre y cuando el prestador lo manifieste al momento de la apertura de la visita, de lo que se dejará constancia en el acta correspondiente.

20.3 En las visitas de verificación que adelanten las Entidades Departamentales o Distritales de Salud a los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados a partir del 11 de mayo de 2013, se aplicarán las condiciones de habilitación

contempladas en la Resolución 1441 de 2013 o las previstas en la presente resolución, siempre y cuando el prestador lo manifieste al momento de la apertura de la visita, de lo que se dejará constancia en el acta correspondiente.

ANEXO # 6 ESTANDARES Y CRITERIOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 2003 DE MAYO 30 DE 2014 QUE APLIA PARA TODOS LOS SERVICIOS.

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.			
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.			
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.			
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.			
	Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada,			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.			
	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.			
	Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.			
	La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en: <ol style="list-style-type: none"> 1. Soporte vital avanzado. 2. Monitoria de EKG. 3. Métodos avanzados en manejo de vía aérea. 4. Sedación. 5. Lectura e interpretación electrocardiográfica. 			
	Si realiza sedación grado IV, cuenta con anestesiólogo.			
	Una vez termine el procedimiento los pacientes deberán ser vigilados por enfermera o auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	responsable del mismo.			
	Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas.			
	El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación			
	Cuenta con anestesiólogo cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.			
Infraestructura	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.			
	Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.			
	Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.			
	En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores.			
	Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.			
	Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.			
	Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra.			
	En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.			
	En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.			
	Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin.			
	Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.			
	La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.			
	En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de frio y las áreas de depósito y almacén de la institución; éstos cuentan con: fuente de energía de emergencia y tanques de almacenamiento de agua para consumo humano.			
	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.			
	En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.			
	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.			
	Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.			
	Si la institución presta servicios de hospitalización, urgencias, UCI, servicios quirúrgicos, obstétricos; los ascensores son de tipo camilleros y los servicios cuentan con un ambiente exclusivo para el manejo de la ropa sucia.			
	El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.			
	El prestador que utilice para su funcionamiento, fuentes radiactivas, cuenta en forma previa a la habilitación, con Licencia de Manejo de Material Radiactivo vigente, expedida por la autoridad reguladora nuclear (Ministerios de Salud y Protección Social y Minas y Energía o la entidad por éste designada para tal fin).			
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.			
	Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.			
	En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de hospitalización, urgencias y zonas de esterilización, en todas las complejidades, los ambientes de aseo son exclusivos para el servicio.			
	La institución donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo a los componentes a transfundir.			
Dotación	Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.			
	En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.			
	Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.			
	En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de succión.			
	Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.			
	Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.			
	Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.			
	<p>Para los servicios donde se realicen procedimientos con sedación, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor de signos vitales. 2. Succión con sondas para adultos y pediátrica según el paciente a atender. 3. Oxígeno y oxígeno portátil. 4. Oxímetro de pulso y tensiómetro, cuando no se encuentren incluidos en el monitor de signos vitales. 			
	<p>Para las Instituciones donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes, contar con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes. 2. Sistema de registro y control de temperatura entre 1°C y 6°C. 3. Alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre pueda deteriorarse. 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>4. Equipo para descongelar plasma, cuando aplique.</p> <p>5. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando aplique.</p> <p>6. Agitador o rotador de plaquetas, cuando aplique.</p>			
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	<p>Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.</p>			
	<p>Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.</p>			
	<p>Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los</p>			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.			
	El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.			
	Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.			
	Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.			
	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.</p> <p>Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reuso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.</p>			
	Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.			
	Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.			
	Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
Procesos Prioritarios¹	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.			
	Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.			
	b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.			
	c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.			
	d. Procesos Seguros:			

¹Se cuenta con paquetes instruccionales en el link, <http://201.234.78.38/ocs/paquetes/paquetes.html>

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.</p> <p>Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.</p> <p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.</p> <p>Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.</p> <p>Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de</p>			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>su socialización y actualización.</p> <p>Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.</p> <p>Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.</p> <p>Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.</p> <p>Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p>			
	<p>Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas. 2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente. <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención</p>			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.</p> <p>La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.</p> <p>Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.</p>			
	<p>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del contacto directo con el paciente. 2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes. 3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas. 4. Después de contacto con el paciente. 5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente). <p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales. 3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado. 4. Uso y reúso de dispositivos médicos. 5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades. 6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos. <p>Cuenta con protocolo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Limpieza y desinfección de áreas. 2. Superficies. 3. Manejo de ropa hospitalaria. 4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud. <p>Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usuario correcto. 2. Medicamento correcto. 3. Dosis correcta. 4. Hora correcta. 5. Vía correcta. <p>Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.</p>			
	<p>El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.</p> <p>El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.</p>			
	<p>En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.</p>			
	<p>El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la</p>			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	generación de residuos.			
	<p>Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilización del paciente antes del traslado. 2. Medidas para el traslado. 3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: <ol style="list-style-type: none"> a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia. b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. c) Resumen de historia clínica. 4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros). 5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso. 			
	<p>Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolo de sedación. 2. Protocolo de manejo de emergencias. 3. Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.</p> <p>4. Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Evaluación de la vía aérea. b) La determinación del tiempo de ayuno adecuado. c) Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria. d) Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares. <p>Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.</p> <p>5. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.</p> <p>6. Protocolo que defina atención por anestesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de conciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.</p>			
	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa,			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>urgencias u hospitalización, cuentan con:</p> <p>1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. • Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya. <p>2. Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.</p>			
	<p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</p> <p>1. Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice.</p> <p>2. Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de</p>			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>transfusión sanguínea.</p> <p>3. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.</p> <p>4. Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.</p> <p>5. Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye:</p> <p>a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.</p> <p>b) Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío.</p> <p>c) Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.</p> <p>d) Establece controles formales para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La entrega de los componentes sanguíneos: en la recepción de la orden médica, en la 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>toma de la muestra, marcaje y entrega final al servicio que realice la transfusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor. • La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería. 			
Historia Clínica y Registros	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.			
	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.			
	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.			
	El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.			
	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>Las historias clínicas y/o registros asistenciales:</p> <p>Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.</p> <p>Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.</p> <p>Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</p>			
	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.			
	Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.			
	<p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente. 2. Registro de la información post-transfusional. 3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos. 4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma. 			

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>5. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas.</p> <p>6. Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.</p>			

ANEXO # 7: PORTAFOLIO DE SERVICIOS



Lo que se pretende, es prestar los servicios de salud domiciliarios junto con un hogar de paso a los pacientes vinculados a (EPS y IPS, del oriente antioqueño que lo requieran para su completa recuperación pos hospitalaria y así disminuir notablemente los costos tanto para EPS como para las IPS descongestionando el servicio de hospitalización de los Hospitales del Oriente Antioqueño el centro de urgencias, y mejorar la calidad de vida de los pacientes, dando atención mas humana al paciente.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Prestar los servicios de salud domiciliarios a los pacientes del Oriente Antioqueño con excelente calidad ya sea en su sitio de residencia o en un hogar de paso, para los que así lo requieran

OBJETIVO ESPECIFICOS:

- ▶ Ayudar en la descongestión de los Hospitales de alta complejidad del Oriente antioqueño, al dar atención a los pacientes en su propio domicilio o en un hogar de paso.
- ▶ Disminuir los costos por estancia hospitalaria para la EPS.
- ▶ Dar confianza al paciente y familiares al ser atendidos por un profesional de la salud en su propio domicilio y en un hogar de paso.
- ▶ Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

SERVICIOS

▶ CONVENIO CON UN HOGAR DE PASO:

Para los pacientes del oriente antioqueño, que están en condiciones de recibir el servicio de atención domiciliaria , pero no les es posible debido a que su domicilio se encuentra fuera de la cobertura que les brinda su EPS, Clínic Service Ltda, les ofrece la atención domiciliaria junto con un servicio de hogar de paso garantizando un atención mas humanizada a los pacientes y que estos corran menos riesgos de salud para su total recuperación, disminuyendo el riesgo de infección intrahospitalaria que ocurre la hospitalización.

SERVICIOS

► ORIENTACION TELEFÓNICA DE URGENCIAS:

Este servicio se ofrece desde el mismo instante en que el paciente solicita el servicio por teléfono; desde ese momento, el paciente es orientado por uno de nuestros profesionales, dando indicaciones que según la sintomatología, podrán mejorar el estado del paciente mientras llega el medico domiciliario.

Esta es una central telefónica que funciona desde las 07:00 hasta las 22:00 horas, todos los días del año.

En el momento en que se solicita el servicio, el radio operador se comunicará con la unidad más cercana al sitio, y se asigna el servicio.

SERVICIOS

► CONSULTA MEDICA DOMICILIARIA:

La consulta se solicita a la central telefónica de urgencias ubicada en nuestra base, para que en ese momento, se ubique la unidad más cercana a la zona para que de esta forma se disminuya el tiempo de reacción.

El tiempo máximo para cubrir la consulta es de 30 – 40 minutos a partir del momento en que se recibe el servicio.

SERVICIOS

► URGENCIAS MENORES:

El médico contará con todos los equipos necesarios para el desarrollo de la atención y para estabilizar al paciente en el momento que lo requiera.. En algunas ocasiones, según la sintomatología del paciente y su diagnóstico, es necesario suministrar algún(os) medicamento(s), o realizar algún procedimiento como micronebulizaciones, suministro de líquidos intravenosos, etc. para dar tratamiento definitivo al paciente y así evitar el traslado a un centro asistencial, para lo cual la consulta médica se convertirá en lo que denominaremos URGENCIA MENOR, si después de éstos procedimientos el paciente no se logra estabilizar, el paciente deberá ser trasladado a una institución de mayor complejidad.

SERVICIOS

► TERAPIA FISICA:

Destinada a atender pacientes con lesiones agudas o crónicas que limitan su motricidad. Dentro de las enfermedades que pueden recibir éste procedimiento están:

- *Secuelas de accidente cerebro vascular.*
- *Traumas articulares.*
- *Postoperatorios ortopédicos.*

El servicio se prestará con orden médica y se programa de lunes a viernes entre la 08:00 y 18:00 horas y sábado de 08:00 a 12:00

SERVICIOS

► TERAPIA RESPIRATORIA:

Como objetivo primordial se tiene la administración de técnicas y medicamentos prescritos médicamente para promover una buena oxigenación por medio de la respiración espontánea, asistida o controlada, dirigida a pacientes cuya patología no le facilite desplazarse o que la relación riesgo/beneficio no le permita salir a conseguir éste servicio por sus posibles consecuencias. Algunas enfermedades que pueden recibir beneficios con éste procedimiento son:

- Bronquiolitis.
- Bronconeumonías.
- Síndrome de hiperactividad bronquial.
- Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica.

Siempre se prestará éste servicio como programado y con orden médica dentro de las 08:00 a 20:00 horas todos los días.

SERVICIOS

► CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Este servicio lo ofrecemos para pacientes que según su patología representen un impedimento de motricidad y requiera realizar determinados procedimientos en su domicilio; para ello se programaran turnos de auxiliar de enfermería temporal o permanente. Para los temporales, el auxiliar de enfermería realizara una visita domiciliaria para realizar procedimientos en su residencia tales como:

- Curaciones
- Cambio de sondas
- Toma de muestras
- Administración de medicamentos

Los cuidados permanentes requieren enfermería 24 horas, en donde coordinamos turnos de 12 horas, día y noche para el cuidado del paciente. **Realizando procedimientos como limpieza del paciente, ejercicios de movilidad y rotación para evitar úlceras por decúbito, control permanente de líquidos endovenosos y/o medicamentos, entre otros.**

SERVICIOS

► CONSULTA MEDICA EMPRESARIAL:

Bajo ésta modalidad se atienden los pacientes programados en su sitio de trabajo, con un cronograma establecido y en un lugar definido dentro de las instalaciones de la Empresa.

SERVICIOS

► Pacientes crónicos y/o terminales:

El objetivo principal de este servicio, es ofrecer un programa de salud integral domiciliario al paciente crónico y/o terminal en su hogar, que a juicio del personal médico, puedan continuar su tratamiento y manejo en su propio domicilio, con el cuidado permanente de personal de salud.

De igual manera se pretende, mejorar su estado anímico, y contribuir en la evolución del paciente, al ser tratado en su propio domicilio, capacitando a los familiares en el manejo de la patología.

SERVICIOS

El programa incluye, la prestación de servicio de nuestros profesionales como: Médico domiciliario, enfermera, auxiliar de enfermería, terapeuta física, terapeuta respiratoria, psicólogo y nutricionista.

Para el manejo de este tipo de pacientes, se han creado cuatro grupos diferentes, que de acuerdo a los requerimientos del paciente, se dará el manejo mas adecuado; los cuatro grupos principales son:

- ▶ *Pacientes post quirúrgicos*
- ▶ *Pacientes con deficiencias neurológicas*
- ▶ *Pacientes con patologías cardio-pulmonares. (EPOC, HTA, ICC)*
- ▶ *Pacientes crónicos y/o terminales.*

PROCESO DE AUDITORIAS

Para verificar que el personal encargado de la atención a los pacientes. (Personal médico, auxiliares, terapeutas) realicen un excelente servicio en cuanto al manejo y trato del paciente, la compañía realiza una serie de llamadas al azar a pacientes a los cuales se les ha prestado el servicio de diferentes empresas preguntándoles acerca del servicio, haciendo énfasis en puntualidad, atención durante el servicio y trato del personal médico.

En cuanto a los recursos técnicos que maneja la empresa para la prestación de servicios, se hace un seguimiento diario de los equipos y la dotación de cada una de las unidades mediante un registro de inventario y entrega de turno lo cual nos garantiza que cada unidad estará en óptimas condiciones para prestar con eficiencia y calidad los servicios asignados.

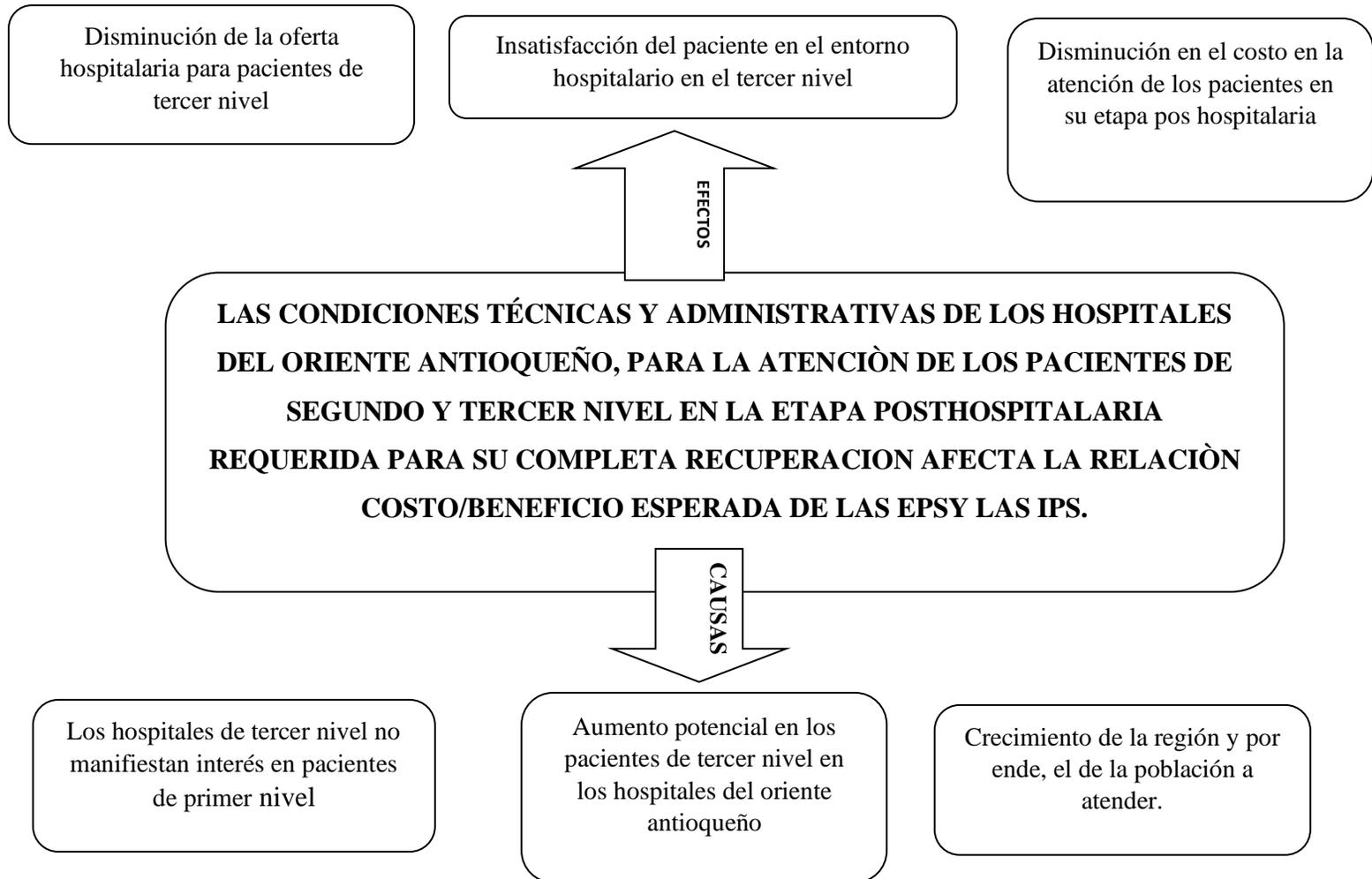
TARIFAS 2015

PROCEDIMIENTO	DIURNO	NOCTURNO
URGENCIA MENOR		
CONSULTA DOMICILIARIA		
TERAPIA FÍSICA Y RESPIRATORIA		
CONSULTA MEDICA EMPRESARIAL		

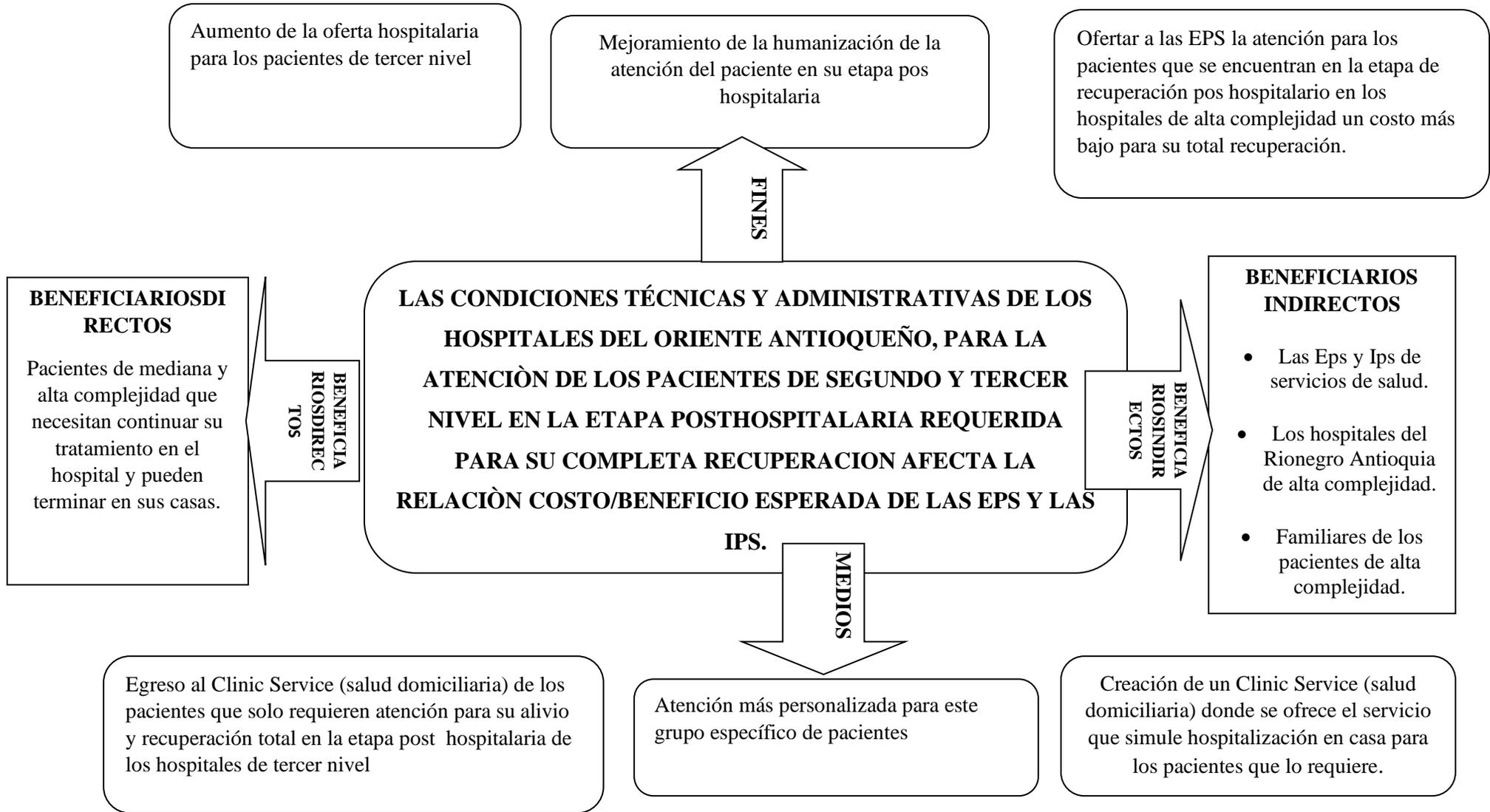
PORQUE EL
PACIENTE ESA
PRIMERO



ANEXO # 8: ÁRBOL DE PROBLEMAS



ANEXO # 9: ÁRBOL DE SOLUCIONES



ANEXO # 10: CARTAS DE AUTORIZACION DE LAS I.P.S DE RIONEGRO

Rionegro 12 de Julio de 2015

GESTION DOCUMENTAL
FECHA 12/08/2015 17:24
RADICADO 000018272
CLINICA SOMER REMITE MARIA NATALIA
AREA CALIDAD
LICENCIADO A: [SOCIEDAD MEDICO

Señores:
CLINICA SOMER DE RIONEGRO
Jefe de Calidad.

Les solicito en la medida de lo posible una información de su institución para soportar el proyecto de investigación de grado de la especialización Gerencia en servicios de Salud, ya que me encuentro cursando esta especialización en la Fundación Universitaria Luis amigo y también les solicito la autorización de la publicación de la misma en mi trabajo. Esta información es de vital importancia para poder realizar el estudio de mercadeo y viabilidad de mi proyecto.

Solicito la siguiente información:

- ✓ Los indicadores de Número de camas disponibles
- ✓ Numero de egresos
- ✓ Principales causas de hospitalización
- ✓ Número de consultas externas
- ✓ Número de consultas de urgencias
- ✓ Numero de cirugías
- ✓ Giro de cama
- ✓ Porcentaje ocupacional
- ✓ Promedio de estancia
- ✓ Día de cama ocupada costo
- ✓ % infecciones intrahospitalarias
- ✓ Cuantas y cuales EPS tienen contrato con su entidad.

Quedo atenta a su respuesta de ante mano muchas Gracias



Maria Natalia Zuluaga Ramirez
c.c 43.278.354
Tecnóloga en Regencia de Farmacia U.de.A
Química Farmacéutico U.de. A
Candidata al título de Especialización Gerencia en Servicios de Salud

Whatsapp: 3128362584
Cel: 3136175080

Rionegro 12 de Julio de 2015

Señores:

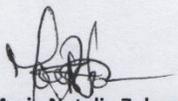
CENTROS ESPECIALIZADOS SANVICENTE FUNDACION.
Jefe de Calidad.

Les solicito en la medida de lo posible una información de su institución para soportar el proyecto de investigación de grado de la especialización Gerencia en servicios de Salud, ya que me encuentro cursando esta especialización en la Fundación Universitaria Luis amigo y también les solicito la autorización de la publicación de la misma en mi trabajo. Esta información es de vital importancia para poder realizar el estudio de mercadeo y viabilidad de mi proyecto.

Solicito la siguiente información:

- ✓ Los indicadores de Número de camas disponibles
- ✓ Numero de egresos
- ✓ Principales causas de hospitalización
- ✓ Número de consultas externas
- ✓ Número de consultas de urgencias
- ✓ Numero de cirugías
- ✓ Giro de cama
- ✓ Porcentaje ocupacional
- ✓ Promedio de estancia
- ✓ Día de cama ocupada costo
- ✓ % infecciones intrahospitalarias
- ✓ Cuantas y cuales EPS tienen contrato con su entidad.

Quedo atenta a su respuesta de ante mano muchas Gracias



María Natalia Zuluaga Ramírez

c.c 43.278.354

Tecnóloga en Regencia de Farmacia U.de.A

Química Farmacéutico U.de. A

Candidata al título de Especialización Gerencia en Servicios de Salud

Whatsapp: 3128362584

Cel: 3136175080



SANVICENTE
fundación
CENTROS ESPECIALIZADOS

12 JUN. 2015

URGENCIAS

Rionegro 12 de Julio de 2015

Señores:

E.S.E HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE RIONEGRO ANTIOQUIA

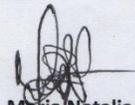
Jefe de Calidad.

Les solicito en la medida de lo posible una información de su institución para soportar el proyecto de investigación de grado de la especialización Gerencia en servicios de Salud, ya que me encuentro cursando esta especialización en la Fundación Universitaria Luis amigo y también les solicito la autorización de la publicación de la misma en mi trabajo. Esta información es de vital importancia para poder realizar el estudio de mercadeo y viabilidad de mi proyecto.

Solicito la siguiente información:

- ✓ Los indicadores de Número de camas disponibles
- ✓ Numero de egresos
- ✓ Principales causas de hospitalización
- ✓ Número de consultas externas
- ✓ Número de consultas de urgencias
- ✓ Numero de cirugías
- ✓ Giro de cama
- ✓ Porcentaje ocupacional
- ✓ Promedio de estancia
- ✓ Día de cama ocupada costo
- ✓ % infecciones intrahospitalarias
- ✓ Cuantas y cuales EPS tienen contrato con su entidad.

Quedo atenta a su respuesta de ante mano muchas Gracias



Maria Natalia Zuluaga Ramirez

c.c 43.278.354

Tecnóloga en Regencia de Farmacia U.de.A

Química Farmacéutico U.de. A

Candidata al título de Especialización Gerencia en Servicios de Salud

Whatsapp: 3128362584

Cel: 3136175080

Recibi día 12 de Julio / 2015
Merica Goria hora: 4:44pm

Rionegro 12 de Julio de 2015

Señor:
SECRETARIO DE SALUD.
Jefe de Área.

Les solicito en la medida de lo posible una información para soportar el proyecto de investigación de grado de la especialización Gerencia en servicios de Salud, ya que me encuentro cursando esta especialización en la Fundación Universitaria Luis amigo y también les solicito la autorización de la publicación de la misma en mi trabajo. Esta información es de vital importancia para poder realizar el estudio de mercadeo y viabilidad de mi proyecto.

Solicito la siguiente información:

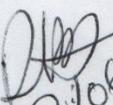
- ✓ Principales EPS del oriente antioqueño
- ✓ Pirámide poblacional del municipio
- ✓ Afiliación de salud- Distribución de afiliación en seguridad social.

Quedo atenta a su respuesta de ante mano muchas Gracias



María Natalia Zuluaga Ramírez
c.c 43.278.354
Tecnóloga en Regencia de Farmacia U.de.A
Química Farmacéutico U.de. A
Candidata al título de Especialización Gerencia en Servicios de Salud

Whatsapp: 3128362584
Cel: 3136175080


Rj/06/2015
Hono 3:31pm