

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA PRESTADO A
USUARIOS DE LA CORPORACIÓN CENTRO SAN CAMILO DE
BARRANQUILLA EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE SEPTIEMBRE
2005 – NOVIEMBRE 2006**

**CAROLINA ECHEVERRIA
YURANY MARTINEZ
SIRELYS POLO
VANESSA QUINTERO
DIANA RADA
CLAUDIA RUDAS
KAREN ZABALETA**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
VIII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2006**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA PRESTADO A
USUARIOS DE LA CORPORACIÓN CENTRO SAN CAMILO DE
BARRANQUILLA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE
2005-NOVIEMBRE 2006**

**CAROLINA ECHEVERRIA
YURANY MARTINEZ
SIRELYS POLO
VANESSA QUINTERO
DIANA RADA
CLAUDIA RUDAS
KAREN ZABALETA**

Asesora:
Isabel Fontalvo Blanco

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
VIII SEMESTRE
BARRANQUILLA
2006**

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del jurado

Isobel Fmtoles Blanes

Jurado

Jurado

Barranquilla, Noviembre de 2006

DEDICATORIA

La culminación exitosa de esta etapa de mi vida, se la dedico a Dios Todopoderoso quien me dio las fuerzas, y sabiduría para alcanzarla; a mis padres Maria del Carmen Escobar y Gerardo de Jesús Rada, a mis hermanos Leonardo de Jesús, Melissa Johanna y Luis Carlos Rada Escobar; y a mi novio Manuel Gabriel González Fernández, quienes siempre me animaron y acompañaron en mi labor y son el motivo mas grande para mi constante superación y fuente de esperanza de vida.

Diana Patricia Rada Escobar

Agradezco a Dios la sabiduría y la luz que mantuvo firme mi convicción. A mis padres y abuelos la fortaleza y motivación brindada día a día con su nobleza y amor demostrada a través de los sacrificios, que me permitieron llegar hasta este punto.

Sirelys Polo M.

Hoy finalizo uno de los anhelos más grandes de mi vida, quiero
Agradecer primero a Dios por darme el
entendimiento e iluminar
Senderos.

A mi padre Carlos Alberto Rudas por su apoyo, confianza y esfuerzo para
Sacarme adelante.

A mi madre Margot Cecilia de Rudas
Por acompañarme incondicionalmente, cuidarme, amarme
Y darme toda su fortaleza y esfuerzo para seguir adelante.

A mis hermanitos José Carlos y Estelys porque
Con su alegría invadieron mi corazón de felicidad.

A mi amorcito por regalarme su apoyo
Su tiempo, su dedicación y amor. A mi amiga Vanesa Quintero y
A todas aquellas personas que me aman y nunca me dejaron sola.

Claudia Rudas

La vida esta llena de muchas etapas que quemar, caminos
A seguir, hoy he culminado una de estas etapas,
Y tomaré un nuevo camino, donde quiero que se terminen de realizar
Todos mis sueños y anhelos, por eso le doy gracias a Dios y a toda mi familia
En especial a mis tíos Emelson y Luisa, mi mamá y mis hermanos por
Haberme apoyado y animado a continuar con el desarrollo de
Mi idea y por su apoyo constante

Karen Zabaleta

A Dios por brindarme toda la sabiduría, entendimiento
y ganas de seguir adelante.
A mi madre Gladis Jiménez por el amor y la maravillosa vida
Que me ha brindado y su apoyo incondicional.
A mi padre Jesús Quintero por su entendimiento
Sacrificio, y esfuerzo por sacarme adelante.
A mis amigas Claudia y Mariangie por estar siempre
Pendientes de mi y a todas aquellas personas que hicieron
posible la culminación de este logro.

Vanessa Quintero

A Dios que es justicia y verdad por permitirme subir
Un eslabón más en la carrera como futuras profesionales
A mis padres por haberme dado la vida y apoyarme en todos
Los momentos de alegría y tristeza, y a todas las personas
Que fueron incondicionales durante la realización de esta investigación.

Carolina Echeverría

A Dios por ser mi fortaleza y guía por hacer que este
Sueño se haga realidad.
A mis padres, quienes con dedicación y esfuerzo
Me han apoyado para alcanzar mis metas.
Y a todas aquellas personas que han puesto un granito
de arena en este proyecto, en especial a Carlos, quien
siguió el proyecto con nosotras hasta el final.

Mi amor te quiero mucho

A todos Gracias

Yurany Martínez

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresamos nuestro más sentido agradecimiento a:

La Universidad Simón Bolívar por brindarnos la oportunidad de realizar este proyecto de Investigación.

Al Corporación Centro San Camilo, por abrimos las puertas y así poder llevar a cabo este proyecto.

A la Doctora Isabel Fontalvo Blanco por ser nuestra guía incondicional durante todo el proceso.

A la Doctora Olga Suárez, quien nos brindó una maravillosa colaboración al comienzo de todo el proyecto.

A la Doctora Gisell Pinillos, quien de cierta forma nos apoyo para que las cosas se nos facilitaran en el Centro.

Al Carlos Velasco por acompañarnos y apoyarnos en la realización de este proceso.

TABLA DE CONTENIDO

1. TITULO	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
3. JUSTIFICACION	8
4. PROPÓSITOS	10
5. OBJETIVOS	11
5.1 OBJETIVO GENERAL	11
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
6. MARCO CONCEPTUAL	13
6.1 CONCEPTO DE CALIDAD	13
6.2 ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	14
6.3 GARANTIA DE CALIDAD: CONCEPTOS Y ACTIVIDADES	16
6.4 MODELOS DE EVALUACION DE CALIDAD	18
6.4.1 Donabedian.	18
6.4.2 Los enfoques de calidad	21
6.4.3 Modelo Dopri	23
6.5. MARCO LEGAL	25
6.5.1 Decreto 2309 de 2002	25
6.5.2 Artículo 184. De los incentivos para un mejor servicio	31
6.5.3 Artículo 185. Instituciones prestadoras servicios de salud	31

6.5.4. Artículo 227.	33
6.6. CARACTERIZACION DE LA CORPORACION CENTRO SAN CAMILO.	33
6.6.1 Historia.	33
6.6.2 Objetivos.	34
6.6.3 Nuestra Misión Institucional	34
7. DISEÑO METODOLOGICO	36
7.1 TIPO DE ESTUDIO	36
7.2. POBLACION Y MUESTRA	36
7.3 UNIDAD DE ANALISIS	37
7.4 FUENTES DE INFORMACION	37
7.5 VARIABLES DEPENDIENTES	37
7.6 VARIABLES INDEPENDIENTES	38
7.6.1 Operacionalización de Variables	39
8. TABULACION Y ANÁLISIS	42
9. CONCLUSIONES	83
10. RECOMENDACIONES	85
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

RECURSOS HUMANOS	Pág.
TABLA No. 1	42
TABLA No. 2	44
TABLA No. 3	45
TABLA No. 4	46
TABLA No. 5	47
TABLA No. 6	48
TABLA No. 7	49
TABLA No. 8	50
TABLA No. 9	51
TABLA No. 10	52
TABLA No. 11	53
TABLA No. 12	54

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO No. 1	43
GRAFICO No. 2	44
GRAFICO No. 3	45
GRAFICO No. 4	46
GRAFICO No. 5	47
GRAFICO No. 6	48
GRAFICO No. 7	49
GRAFICO No. 8	50
GRAFICO No. 9	51
GRAFICO No. 10	52
GRAFICO No. 11	53
GRAFICO No. 12	54

GLOSARIO

ADHESIÓN: Aceptación por parte de un estado de las cláusulas de un tratado o acuerdo suscrito por otro.

ACEPTABILIDAD: Es la conformidad de las diferentes expectativas de un usuario.

ANÁLOGO: Es la relación entre cosas distintas.

AUDITORÍA: Proceso realizado por un auditor que recurre al examen de una ley.

ARS: Administradora de Régimen Subsidiado

AMENAZA: Son los hechos económicos, sociales, políticos, tecnológicos potencialmente dañinos para las instituciones.

CALIDAD: Conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y maternas que debe tener la seguridad social en salud.

COMPLEJIDAD: Nivel de dificultad para llegar a una meta determinada.

COMPETITIVIDAD: relacionado a la acción de mantener una situación determinada.

CONVENIENTE: Conformidad de un provechosa para llegar a una idea de igual utilidad.

CRITERIO: Norma para reconocer la verdad.

CONTENTO: Conjunto de circunstancias que acompañan un suceso.

CONFIDENCIALIDAD: Que se hace o se dice en secreto con el fin de no ser divulgado.

DELIBERADO: Determinar el pro y el contra de una decisión antes de adoptarla

DEPROVISTO: Falta de lo necesario para realizar óptimamente una situación de calidad.

DEBILIDADES: Carencia de cualidad para solucionar o mejorar ciertas situaciones.

EQUIDAD: Conformidad de los principios que rigen la justa distribución de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.

EFICIENCIA: Capacidad de reducir costos sin reducir el grado de mejoramiento en la salud

EFFECTIVIDAD: Grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible al cazar con la mejor atención posible.

ENFASIS: Fuerza de expresión con que se quiere realizar lo importante que se dice.

EDAD: Tiempo que una persona vivió a contar desde que nació

EPS: Empresa Promotora de Salud.

ESTRUCTURA: Distribuir, ordenar las partes de una obra.

EPIDEMIOLOGÍA: Estudio y tratado de enfermedades infecciosas.

FALENCIA: Son los errores que se pueden presentar en una institución o lugar determinado.

FLIJOGRAMA: El nivel de demanda de usuarios presentes en una institución.

GARANTÍA: Es el conjunto de acciones que realizan los individuos, organización de forma deliberada y sistemática para mejorar la realidad.

HABILITACIÓN: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos en el cual se establece el cumplimiento de las condiciones adecuadas.

INFRAESTRUCTURA: Es la capacidad de los equipos suficientes para tener un buen servicio.

IMPACTO: evalúa la modificación del riesgo de enfermar o incapacitarse de la población en cumplimiento de tareas provistas por el sector salud.

LEGITIMIDAD: es la conformidad con los principios éticos, valores, normas regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

NEONATO: recién nacido.

OPORTUNIDAD: es satisfacer la necesidad de salud en el momento requerido con los recursos apropiados, dependiendo de cada caso.

PROCESO: comprende la especificación de los procedimientos clínicos que contribuye la atención de una alta calidad.

PROVISIÓN: es la disposición para lograr la satisfacción del usuario.

PERTINENTE: Es algo que llega de forma precisa y concisa.

RACIONALIDAD: Es la utilización del saber médico y la disponibilidad para atender los problemas de salud aplicada a los criterios de calidad de salud.

RECURSO: Son los medios necesarios para lograr una cosa.

REHABILITACIÓN: Es la acción de actividades en búsqueda de restituir a una persona sus actividades anteriores.

RESULTADO: Son todos los estudios que al final nos lleva a conocer la eficiencia de un tema.

SATISFACTORIA: Es complacer a los usuarios con la atención adecuada para un servicio.

SERVICIO: Organización de personas destinadas a satisfacer las necesidades públicas.

SISTEMÁTICA: Que se ajusta a un conjunto de reglas reunidas en si para determinado objeto.

SEGURIDAD: Es la certeza de la garantía de que algo se estabilizará totalmente según sus beneficios.

SEXO: Cualidad psicológica y física que diferencia al hombre de la mujer.

SUBSIDIADO: Ayuda extra que contribuye a un impuesto, no pago para la sociedad de bajos recursos.

SUPERINTENDENCIA: Oficina de personas a cuyo cargo está la dirección de algún caso judicial.

TEGNOLOGÍA: pertenece al conjunto de conocimientos referentes a las artes industriales y oficios mecánicos

TRIPARTITA: Dicese de lo que está dividido en tres partes o clases.

**CALIDAD DE LA ATENCION DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA PRESTADO A
LOS USUARIOS DE LA CORPORACION CENTRO SAN CAMILO DE
BARRANQUILLA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE SEPTIEMBRE
DEL 2006 A NOVIEMBRE DEL 2006.**

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de atención en salud se entenderá como la provisión de servicio accesible y equitativo con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logran la adhesión y satisfacción del usuario.¹

La calidad no sólo está ligada a los medios, no es cuestión de equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la actitud de quienes prestan el servicio a los que están orientados y los medios de prestación.

Por esto las instituciones de salud del país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas y el reto de la competitividad del libre mercado; sin embargo, son escasos los logros en este campo por la ausencia de metodología, prácticas que pueden aplicarse a todas las instituciones o mejor aún que puedan ser utilizadas de manera específica a los diferentes servicios o unidades funcionales que conforman la atención en salud.

¹*Régimen de Seguridad Social en Colombia. Decreto 2309 de 2002. Editorial Legis. Artículo 4.*

En la actualidad contamos con el sistema único de habilitación el cual evalúa, registra, verifica y controla el cumplimiento básico en lo que concierne a la infraestructura, dotación, recursos humanos, financieros, el proceso y la capacidad técnico administrativa; a este se le suma la auditoría que busca garantizar la adecuada prestación del servicio y será de obligatorio cumplimiento para todas las entidades de salud.

La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativa; puesto que muchos de los consultorios de fisioterapia no cuentan con una infraestructura adecuada, ni con los equipos suficientes según el nivel de complejidad, dado por el decreto 2309, además el tiempo de espera es muy prolongado y el personal no es suficiente o simplemente no está capacitado para brindar una atención confiable y satisfactoria para el usuario.

Por lo tanto el sistema general de seguridad social en salud enfrenta a las instituciones un reto, para mejorar la calidad de atención que es un factor determinante para la supervivencia del libre mercado.

De acuerdo a la anterior situación surgió el siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de atención del servicio de fisioterapia prestado a usuarios en la Corporación Centro San Camilo?

3. JUSTIFICACION

La garantía de calidad es el conjunto de acciones que realizan los individuos, organizaciones y la sociedad, de forma deliberada y sistemática; para genera, mantener o mejorar la calidad.

Las entidades prestadoras del servicio de salud se encuentran divididas en tres complejidades, en donde en los últimos estudios se ha demostrado que en los consultorios de fisioterapia un 45% son de baja complejidad otro 45% equivalen de mediana complejidad y el 10% restante corresponden a la alta complejidad².

Teniendo en cuenta, este porcentaje se debe construir un sistema de garantía que implique un conjunto de acciones continuas dirigidas para evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para el paciente, con los menores riesgos y la correcta utilización por parte de los usuarios, como son accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica.

De acuerdo con las necesidades de los usuarios se hace urgente plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud para

² *PIEDAD ROLDÁN, Perfil de la calidad en la prestación de servicios fisioterapéuticos generales en los consultorios declarados en la Oficina de Garantía de Calidad de la Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla tesis 2002*

competir en el libre mercado. Estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfacen las necesidades.

Teniendo en cuenta que el aspecto legal juega un papel importante, puesto que es la base que orienta a las entidades prestadoras de servicio y demás entidades adaptadas a mantener unos estándares de calidad óptimos por medios de normas, requisitos, procedimiento y el total cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científicas que son evaluadas por el sistema único de habilitación con respaldo de la ley 100 del 1993; con el objetivo de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

Por lo tanto la importancia de esta investigación radica en dar a conocer si se cumplen los requisitos mínimos establecidos por la ley, con el fin de obtener resultados sobre que tan buena es la atención brindada, y de esta misma forma determinar si existen falencias o debilidades a tener en cuenta; para mejorar el servicio de fisioterapia y así lograr una mayor satisfacción de los pacientes y usuarios.

4. PROPÓSITOS

Realizar una correcta aplicación del decreto 2309/2002 y de esta forma verificar la calidad de atención que brinda la corporación centro san Camilo a sus usuarios.

A demás que el grupo investigador pueda ampliar sus conocimientos a cerca de las leyes que rigen la profesión de fisioterapia en Colombia y buscar el continuo progreso que lleve a una atención satisfactoria del servicio.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de atención ofrecida a los usuarios del servicio de fisioterapia de la Corporación Centro San Camilo de la ciudad de Barranquilla en periodo febrero – noviembre del 2006.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Verificar si la infraestructura física del área de fisioterapia cumple con los parámetros establecidos por el decreto 2309.
- Evaluar si el personal de fisioterapia que labora en la corporación centro san camilo, esta capacitado para brindar un servicio acorde a las necesidades de los usuarios.
- Determinar si la dotación de equipos e instrumentos es la necesaria para brindar un óptimo servicio de fisioterapia.
- Determinar si existen guías de atención y si estas se cumplen.
- Identificar o establecer como es la demanda del servicio de fisioterapia en la Corporación Centro San Camilo.
- Establecer el impacto que han tenido las intervenciones de fisioterapia en los usuarios de la Corporación Centro San Camilo.

- Identificar las 10 primeras patologías que se presentan con mayor frecuencia en la Corporación Centro San Camilo.

6. MARCO CONCEPTUAL

6.1 CONCEPTO DE CALIDAD

La calidad es un conjunto de características técnico-científico, humano, financiero y material que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.³

Se pueden incorporar en la concepción de calidad las definiciones dadas por diversos autores. Así, Wendy Leevob define la calidad como “hacer correctamente lo correcto”. Abedis Donabedian la define como “a partir de unos recursos disponibles, lograr para el paciente los mayores beneficios con los menores riesgos posibles”. Por su parte la doctora Palmer R.H. de la Universidad de Harvard dice que la calidad en salud es “la provisión de servicios accesibles y equitativos, ofrecidos con un nivel profesional óptimo, y teniendo en cuenta los recursos disponibles, y que logra la satisfacción del usuario.”⁴

³ MALAGAN LONDOÑO. *Administración Hospitalaria*. Editorial Panamericana. 2000. 2da Edición, Bogotá. Pág. 560

⁴ MALAGAN LONDOÑO. *Auditoria en Salud*. Editorial Panamericana. 1998. Bogotá. Pág. 485

El control de calidad es una misión importante en las instituciones de la salud y un elemento fundamental de su cultura corporativa. Se debe entender la calidad como la satisfacción oportuna de las legítimas necesidades del paciente, la familia y la comunidad del cliente propio y de los organismos de salud. En este aspecto el control de calidad cobra mucho sentido en el manejo del recurso humano y en las actividades desarrolladas con calidad a partir del clima organizacional de la institución.⁵

6.2 ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

Es importante tener en cuenta, como referencia fundamental, los atributos que caracterizan una buena atención de la salud. que se definen a continuación.

Oportunidad. Corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso.

Continuidad. Se refiere a la aplicación, en secuencia lógica de las acciones que corresponden a cada una de las etapas del proceso de la atención, bajo la responsabilidad de un equipo de salud.

⁵ OSPINA LUGO, Julio Enrique. *Gestión en Salud*. Editorial Castillo Ltda. Págs. 131-132

Suficiencia e integridad. Provisión suficiente y oportuna de los recursos requeridos para atender las necesidades de salud en forma integral, en sus aspectos de promoción, prevención, curación, asistencia y rehabilitación.

Racionalidad Lógico-Científica. Utilización del saber médico y la tecnología disponible para atender los problemas de salud, aplicando los criterios de los enfoques lógico y óptimo, mencionados anteriormente.

Satisfacción del usuario del Proveedor. Complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Así mismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.

Efectividad. Es el grado máximo de mejoramiento de la salud que es posible alcanzar con la mejor atención disponible.

Eficiencia. Es la capacidad de reducir al máximo los costos de la atención, sin reducir significativamente el grado de mejoramiento de la salud.

Optimización. Es el balance entre los costos y los beneficios de la atención en salud.

Aceptabilidad. Es la conformidad de la atención global con los deseos y expectativas de los pacientes y sus familiares. Incluye aspectos relativos a la accesibilidad, relación médico – paciente, comodidades del lugar de la atención y conformidad con los efectos y los costos del tratamiento.

Legitimidad. Es la conformidad con los principios éticos, valores, normas, regulaciones y leyes que rigen la comunidad.

Equidad. Es la conformidad con los principios que rigen la justa distribución del cuidado de la salud y sus beneficios entre todos los miembros de la población.⁶

6.3 GARANTIA DE CALIDAD: CONCEPTOS Y ACTIVIDADES

La garantía de calidad de la atención clínica es un proceso para diseñar, identificar y corregir las deficiencias en los servicios que se proporcionan a los pacientes. Por lo común, la revisión de la calidad se lleva a cabo al utilizar la atención brindada por profesional, esto especifica el tratamiento conveniente con problemas de conducta o de enfermedades físicas. La atención clínica que no se adapta con el criterio que se desarrolla en forma profesional se remite a un comité de colegas suyos para su revisión e intervención apropiada.

⁶ MALAGAN LONDOÑO. *Op. Cit.* Pág. 561-562

Análogo a la garantía de calidad es el concepto del control de calidad en el área de fabricación, donde se establecen las tolerancias aceptables y se rechazan de esos límites de tolerancia. Sin embargo, la garantía de calidad en el campo de salud difiere en cierto modo de las prácticas de control de calidad en la fabricación. En la evaluación de la atención al paciente se hace hincapié en la práctica de la “revisión minuciosa” la creencia de que sólo sus colegas clínicos tienen la capacidad y la experiencia para desarrollar un criterio y los estándares asociados respecto a la calidad de la atención clínica y para ejercitar las sanciones cuando no se mantienen esos estándares.⁷

La garantía de calidad en su más amplia concepción, totaliza la gran complejidad que caracteriza a los servicios de salud, incluyendo su estructura y el desarrollo de recurso humano. Dentro de este contexto se la puede considerar como un proceso analítico científico administrativo, con una alta vocación de educación, que busca asegurar un excelente nivel de calidad en la prestación de los servicios de salud, y un alto grado de utilización racional de los mismos por parte de los

⁷ TEMES MONTES, José Luis. *Manual de Gestión hospitalaria*. Editorial, Mac graw hill, pág. 543-545.

usuarios del sistema, con una clara percepción por parte de éstos y también de los proveedores, de la calidad del servicio ofrecido.⁸

6.4 MODELOS DE EVALUACION DE CALIDAD

6.4.1 Donabedian. La definición de “calidad” de los servicios clínicos es compleja y evasiva. El marco estructural tripartita clásico de Donabedian (1966) para la calidad de la medición de la atención aún tiene mucha influencia; afirma que la calidad se puede evaluar desde tres perspectivas- estructura, procedimiento y resultado, cada una de las cuales es necesaria más no suficiente para formar una definición de calidad.

- **Estructura.** Los métodos estructurales destacan los aspectos de la organización del servicio que tiene un impacto en la atención al paciente e incluyen la suficiencia de la planta física, los sistemas de registro e información la experiencia y la capacitación del personal profesional, la relación de ese personal con los pacientes, el equipo y similares. Este método supone que se puede proporcionar atención de alta calidad y conservar el control de la calidad sólo cuando ya se cubrieron los requerimientos estructurales convenientes. No obstante aunque se infiere que una estructura adecuada es indispensable para la buena calidad, no se considera que sea suficiente.

⁸ MALAGAN LONDOÑO. *Op. Cit.* Pág. 485

- **Proceso.** Los métodos del proceso comprenden la especificación de los procedimientos clínicos que constituyen la atención de alta calidad para varios grupos de pacientes y la comparación de la atención real que se otorga con esos criterios del proceso. Los métodos del proceso tienen el recurso intuitivo como medida de calidad debido a que el proceso está bajo el control del médico clínico. Sin embargo, las medidas del proceso son insuficientes como indicadores únicos de calidad puesto que en algunos casos “la atención de buena calidad” puede estar seguida tanto por resultados deseables como indeseables. Además los médicos clínicos no siempre se ponen de acuerdo respecto al criterio que define el proceso de alta calidad, y la relación entre los estándares de práctica y los resultados deseables no está bien establecida en muchas áreas clínicas. Por lo general, en los servicios humanos, el conocimiento científico concerniente a la relación de los procesos con los resultados no está suficientemente establecido para permitir un pronóstico exacto del resultado a partir del conocimiento del proceso.

- **Resultado.** La evaluación del resultado de las intervenciones clínicas constituye el tercer método para la garantía de calidad. En otros capítulos de este libro se estudia la medición del resultado y es la actualidad un área muy activa en todo el campo de los servicios humanos. Sin procedimientos para evaluar la efectividad del tratamiento no se puede conocer la calidad real de los servicios, obstante, como una única medida de calidad, el resultado tiene varias deficiencias, puesto

que muchos de los factores que afectan el resultado de un paciente se encuentran fuera del control del médico clínico como afirmó Morread (1976).

La medición del resultado presenta muchas dificultades. El tiempo de la evaluación varía con los diferentes investigadores. Para las PSRO probablemente el resultado se evalúe en el momento de egreso del hospital. Esto es, sin duda, una designación artificial, una que es demasiado útil en una época en la cual la incapacidad y las enfermedades crónicas son los problemas principales de salud. Sin embargo, el deseo académico de tener publicaciones instantáneas y el deseo de las organizaciones patrocinadoras de obtener respuestas definitivas inmediatas impulsa a la determinación de eficacia y al resultado del paciente, cada vez más y más hacia el punto de enfermedad. Los recursos, el tiempo y el compromiso para preparar y sostener estudios a través de periodos de cinco o diez años no parecen por ahora estar muy cercanos. Si embargo, sólo por medio de tales estudios a largo plazo se obtendrán respuestas definitivas para los problemas principales de salud actuales.

- Integración de los métodos de estructura, proceso y resultado. Como se tornará evidente en nuestras conclusiones, compartimos con Donabedian la perspectiva de que es vital un método multicomponente que integre la revisión periódica de la estructura, el seguimiento continuo del proceso y el examen sistemático del resultado, si lo administradores de la clínica y del programa van a

tener una visión más completa de la efectividad y eficacia de la prestación del servicio. Además, como se menciona en la sección final de este capítulo, los autores también defienden la coordinación estrecha de las prácticas de garantía de calidad con las actividades de evaluación del programa como el método óptimo para la contabilidad.⁹

6.4.2 Los enfoques de calidad. El Dr. Abedis Donabedian propone los siguientes enfoques: el teórico científico, el lógico y el óptimo. El enfoque teórico científico enuncia el ofrecimiento al paciente de lo óptimo dentro del estado de los conocimientos y de la última tecnología.

Este enfoque puede tener los siguientes problemas:

- a). Difícilmente financiable para cualquier estado

- b). Se corre el riesgo de reducir la atención a un catálogo de normas científico-técnicas y al equipo profesional a un grupo de tecnólogos, que mire al paciente como a una suma de parámetros biomédicos, desprovisto de sus componentes psicosociales y humanos.

⁹ TEMES MONTES, *Op. Cit.* Págs. 543-544 y 545

c) Su aplicación literal puede conducir a la enfermedad iatrogénica tanto física como mental.

El enfoque lógico. Relaciona la calidad con la eficiencia en la utilización de la información para la toma de decisiones. Dicha información debe ser suficiente, sin duplicaciones innecesarias y no excesivas para no sobrepasar las posibilidades de su manejo. La mala calidad de la información puede llevar a:

1. Aumento innecesario de costos
2. Establecimiento de criterios irrelevantes
3. inducción de errores en las decisiones médicas
4. Interferencias en su utilización, por exceso de datos

El enfoque óptimo, por último, se relaciona con la respuesta a una serie de alternativas, tales como:

- a. El equilibrio entre la prevención y la curación
- b. Las prioridades entre servicios ambulatorios y hospitalarios.
- c. Las alternativas entre la prestación de algunos servicios por personal profesional o auxiliar.
- d. Las alternativas de calidad en términos de efectividad y eficiencia.

Dentro de estas consideraciones el servicio de mejor calidad en salud será aquél que alcance los objetivos al menor costo posible, con los conocimientos y la tecnología adecuada (optimización). Esto requiere de la formulación de una política y unas estrategias de salud para toda la población, dentro de los términos de oportunidad, integralidad y equidad.

El concepto de garantía de calidad está orientado hacia la acción, ya que implica, además del proceso evaluativo permanente, el establecimiento de medidas y acciones para la corrección de las desviaciones encontradas.¹⁰

6.4.3 Modelo Dopri

Evaluar la calidad en materia de salud, es necesario tener en cuenta seis componentes: contexto, demanda, oferta o estructura, proceso, resultado o producto e impacto o efecto.

Cada uno de los componentes anotados, incorpora variables, subvariables, indicadores y rejillas de evaluación, que permiten la evaluación integral de los organismos de salud, permitiendo identificar las fallas o vacíos en la prestación de los servicios de salud.

¹⁰ MALAGAN LONDOÑO. *Op. Cit.* Pág. 487

Componentes

Bajo esta concepción, se definen los seis componentes, así:

Contexto. Incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del Sistema de Salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales, de cada entidad en particular.

Demanda. Dentro de este componente se analizan las características de los usuarios de los servicios, relacionadas con la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivo de consulta y severidad del proceso patológico.

Oferta o Estructura. Estudia, la organización y funcionamiento de las instituciones de salud, así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos los sistemas de información vigentes.

Proceso. Este componente, identifica plenamente la evaluación y monitoreo; por tanto, permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos. Puede definirse como la interrelación de los diferentes recursos, (humanos, físicos y económicos), con las actividades intermedias y finales de la atención en salud.

Resultado o producto. Evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en períodos habitualmente de un año, relacionadas por ejemplos con cirugías, partos y abortos atendidos, despacho de fórmulas, estudios de laboratorio y pruebas para clínicas y en síntesis, volumen de egresos, consultas y pacientes atendidos en urgencias. En el campo preventivo incorpora acciones relacionadas con educación en salud, inmunizaciones y saneamiento básico.

Impacto o Efecto. Evalúa aspectos tales como: la modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de programas, actividades o tareas previstas por el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios, hacia los mismos servicios.¹³

6.5. MARCO LEGAL

6.5.1 Decreto 2309 de 2002

Por medio de este se definen el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en Salud.

¹³ MALAGAN LONDOÑO. *Garantía de Calidad en Salud. Editorial Panamericana. 2002. Segunda Edición. Págs. 37, 38, 39, 40.*

Este decreto aplicara para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entidades promotoras de salud, administradora del régimen subsidiado, empresa de medicina prepagada, entidades departamentales, Distritales y municipales de salud Profesionales Independientes de Salud.

La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos 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.

Este decreto además define la calidad de la atención de salud. Esta se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo.

Del sistema obligatorio de garantía de calidad es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Este define las siguientes características:

1. **Accesibilidad.**
2. **Oportunidad.**
3. **Seguridad.**
4. **Pertinencia.**
5. **Continuidad.**

El sistema obligatorio de garantía de calidad cuenta con los siguientes componentes.

Sistema único de habilitación. Es el conjunto de normas requisitos y procedimiento, mediante los cuales se establecen registra y verifica el cumplimiento de los condiciones básica de capacidad tecnológicas y científicas.

Para que esta habilitación sea los prestadores del servicio de salud necesitan llenar un formulario de inscripción, en el registro especial de prestadores del servicio antes las entidades departamentales y distritales de salud; a través de este formulario se declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el siguiente decreto.

Dicho formulario tendrá un término de vigencia de 3 años contados a partir de la fecha de radicación ante la entidad departamental o distritales de salud; la vigencia se da por términos indefinidos, pero las entidades deberán mantener o actualizar permanentemente las condiciones exigidas por el gobierno nacional.

Auditoria para el mejoramiento de la calidad

Mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básico en el sistema único de habilitación hay tres niveles de operación de la auditoria como son:

- Autocontrol

- Auditoria interna

- Auditoria externa.

Sistema único de acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad.

El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. **Confidencialidad.**
2. **Eficiencia**
3. **Gradualidad**

El Sistema Único de Acreditación estará orientado y dirigido por una única Entidad Acreditadora, quien será seleccionada por el Ministerio de Salud y será la responsable de conferir o negar la acreditación a las entidades que se acojan a este proceso.

Manual de estándares del sistema único de acreditación. durante los primeros tres (3) años contados a partir de la vigencia de esta norma, la Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto adopte el Ministerio de Salud. Con posterioridad a esta fecha se aplicaran los estándares que defina el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

Vigilancia, inspección y control: Para efectos de ejercer las funciones de vigilancia, inspección y control del Sistema Único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

Fundamentos del servicio público. Además de los principios existen reglas del servicio público de salud las siguientes:

- **Equidad.**
- **Obligatoriedad.**
- **Protección integral.**
- **Libre escogencia.**
- **Autonomía de instituciones.**
- **Descentralización administrativa.**
- **Participación social.**
- **Concertación.**
- **Calidad.**

Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la Ley, se aplicarán sistemas de incentivos a la oferta de servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la

asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia, De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo de sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

6.5.2 Artículo 184. De los incentivos para un mejor servicio. Con el fin de obtener calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados por la ley, se aplicaran sistemas de incentivos a la oferta del servicios dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo- eficiencia, de la misma manera, se aplicaran sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contra referencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo de sistemas de parte de los beneficios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

6.5.3 Artículo 185. Instituciones prestadoras servicios de salud. Son funciones de las instituciones prestadoras del servicio 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 de servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera a demás, propenderán a 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. Esta prohibido todos los acuerdos o convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud, entre asociaciones o sociedades científicas o 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 del servicio de salud, o impedir, restringir, o interrumpir la prestación de los servicios de la salud.

Para que una entidad pueda constituirse como institución prestadora del servicio de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por ministerio de salud.

Parágrafo. Toda institución prestadora de servicios de salud contara con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de esta ley adoptar dicho sistema contable. De esta disposición deberá acatarse a mas tardar al finalizar el primer año de la vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para tratar servicios con las entidades promotoras de salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

6.5.4. Artículo 227. “control y evaluación de la calidad del servicio de salud”. Es facultad del gobierno nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoria medica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información obtenida será de conocimiento público.

6.6. CARACTERIZACION DE LA CORPORACION CENTRO SAN CAMILO.

6.6.1 Historia. La Corporación Centro San Camilo quiere continuar la historia sencilla y a la vez dramática de un hombre “loco” por amor. SAN CAMILO DE ELLIS.

Inició lejos en el tiempo, siglo XVI, y en el espacio, Italia, pero cerca efectivamente de la realidad de nuestra América Latina: tierra de inmensas riquezas y de tremenda pobreza; tierra amada por Dios y explotada por hombres codiciosos; tierra de cariño y amistad, pero agitada por odios y agobiada por las necesidades esenciales de un pueblo que ya no tiene voz para gritar su dolor sus sufrimientos.

El Centro San Camilo abre sus puertas e inicia labores en Barranquilla en el año 1980. en 1985 suscribe un Convenio con el Departamento Administrativo de

Salud "Dasalud" y a partir de 1993 contratos de prestación de servicios de salud con el Departamento Administrativo Distrital de Salud "Distrisalud".

Actualmente la Corporación Centro San Camilo, inscrita como una "IPS" (INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD) ha suscrito varios contratos con las Entidades Administradoras de Servicios de Salud para el Régimen Subsidiado (POSS) y el Régimen Contributivo (POS).

6.6.2 Objetivos.

Los objetivos primordiales de la Institución son prestar todos los servicios básicos de salud: servicios médicos, odontológicos de laboratorio y farmacia; servicios de enfermería; observación, control y asistencia médica a señoras embarazadas, sala de maternidad; también el desarrollo de un programa de medicina preventiva general y las demás funciones que pueden realizarse de conformidad con los objetivos y con el Plan Nacional de Salud.

6.6.3 Nuestra Misión Institucional

Siendo la Corporación Centro San Camilo una obra inspirada en el carisma de San Camilo. Servidor y defensor de los enfermos, queremos enmarcar nuestras actividades en una visión amplia y cristiana sobre el sufrimiento humano, lo cual

implica la necesidad de que sociedad de una respuesta digna a la persona que sufre.

En este marco queremos entender la atención en salud como parte integral de la justicia social, que busca un nivel de vida digna para todos los ciudadanos.

Interpretamos la atención primaria en salud como una estrategia y un compromiso concreto para ampliar la cobertura de servicios de salud mediante la promoción de salud, prevención de enfermedades y prestación de servicios básicos de recuperación y rehabilitación.

Para la Corporación Centro San Camilo la atención primaria de salud encierra.

- Afirmar el valor de la vida
- Luchar por la justicia
- Educar para la salud
- Humanizar la asistencia
- Optar por los “más pequeños”

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio de esta investigación es descriptivo transversal retrospectivo prospectivo, porque se busca demostrar cual es la calidad en la atención del servicio de fisioterapia en la Corporación Centro San Camilo en el periodo de septiembre del 2005 a noviembre del 2006.

Este llega a ser retrospectivo en el momento en que se toma una muestra de las Historias Clínicas de los años 2004, 2005 y 2006 para conocer la demanda del servicio de fisioterapia; como también es prospectivo cuando se obtiene la información de una fuente secundaria para conocer que tan satisfechos están los usuarios con la atención del servicio.

7.2. POBLACION Y MUESTRA

Se tendrá en cuenta la población total de los usuarios que requieran demanda de atención en la corporación centro san Camilo la cual corresponde a una muestra de 150 historias clínicas, 27 usuarios y 6 personas que hacen parte de recursos humanos del servicio de fisioterapia en san Camilo.

7.3 UNIDAD DE ANALISIS

Corporación centro san Camilo de la ciudad de Barranquilla.

7.4 FUENTES DE INFORMACION

La información se tomara de una fuente primaria por medio de libros y revistas, una fuente secundaria que serán las historias clínicas y las encuestas realizadas a los usuarios y personal de recursos humanos del centro san Camilo.

7.5 VARIABLES DEPENDIENTES

- Calidad

7.6 VARIABLES INDEPENDIENTES

- ◆ *Demanda del servicio*
- ◆ *Sexo*
- ◆ *Edad*
- ◆ *Personal capacitado*
- ◆ *Guías de atención*
- ◆ *Recursos humanos*
- ◆ *Equipos e instrumentos*

◆ *Infraestructura*

◆ *Proceso*

7.6.1 Operacionalización de Variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	NATURALEZA	NIVEL DE CLASIFICACION	NIVEL DE MEDICION
Infraestructura	Estructura adecuada que tiene un impacto en los usuarios y pacientes e incluye la suficiencia de la planta física	cualitativa	Nominal	Bueno Regular Malo
Demanda del servicio	Cantidad de usuarios y pacientes que adquieren un servicio	cualitativa	Nominal	Bueno Regular Malo
Sexo	Cualidades psicológicas y físicas que diferencian al hombre de la mujer	cualitativa	Nominal	Femenino Masculino
Edad	Tiempo cronológico de cada persona Desde la concepción hasta la muerte	cuantitativa	Interval	0-12 meses 1-10 años 11-20 años 20-30 años
	Protocolo de guías y manejo de los sistemas			

Guías de atención	osteomuscular, cardiopulmonar neurológica, con que cuentan todas las instituciones de salud de orden obligatorio que respaldan un optimo tratamiento	Cualitativo	Nominal	Si existen No existen
Equipos e instrumentos	Equipos o elementos eléctricos, mecánicos utilizados en la recuperación de los usuarios así como los que se adecuan Para la planta física como tal	Cualitativo	Nominal	Buen estado Regular estado Mal estado
Personal capacitado	Personas aptas, capaces de desempeñarse tecnológicamente y científicamente	Cualitativo	Nominal	Tecnológico Técnico Profesional Postgrado
Recursos financieros	Uso de los recursos económicos que se manejan en una institución que ayudan al sustento y crecimiento de esta	Cualitativo	Nominal	Largo plazo Mediano plazo Corto plazo

Impacto	<p>Evaluar aspectos tales como la modificación del riesgo de enfermarse, impactarse o morir de la población, el cumplimiento de actividades o tareas prevista por el sector salud</p>	Cualitativo	nominal	<p>Bueno Regular Malo</p>

8. TABULACION Y ANÁLISIS

◆ RECURSOS HUMANOS

Esta muestra fue tomada a 6 personas que laboran en la corporación centro san Camilo entre ellas fisioterapeuta, fonoaudiólogas, psicóloga, Terapista ocupacional y nutricionista.

TABLA #1

¿Cuenta el centro con una fisioterapeuta certificada por una institución superior calificada?

	Sí	NO	%
Fisioterapeuta certificada	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

En la tabla anterior podemos observar, que la corporación, cuenta con una fisioterapeuta certificada por una institución superior, lo que nos demuestra que en san Camilo solo se contrata personal calificado para brindar un buen servicio.

GRAFICO #1

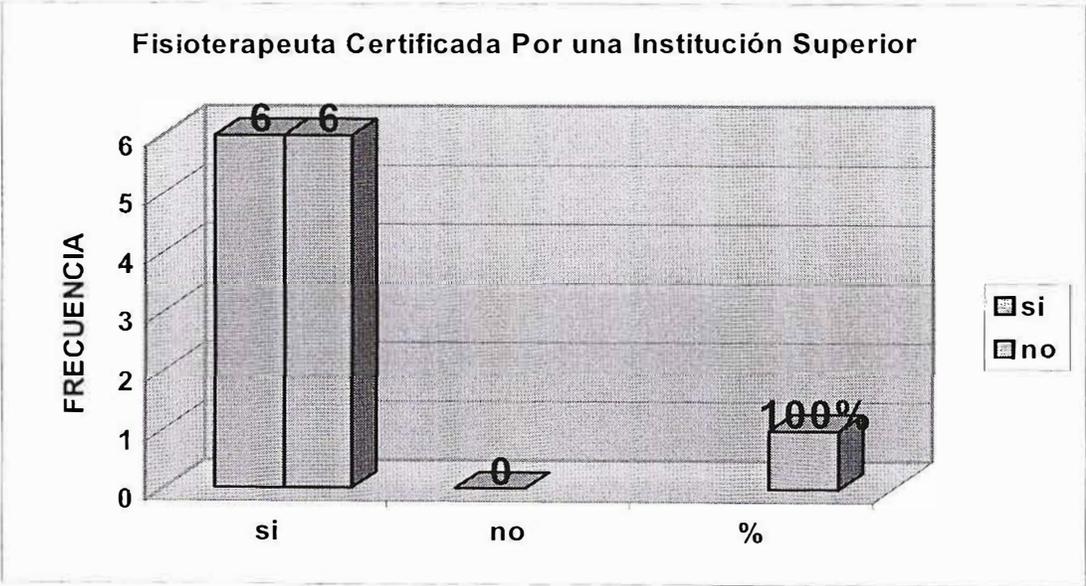


TABLA #2

Si ofrece terapia física, terapia respiratoria, terapia del lenguaje y terapia ocupacional ¿cuenta con profesionales a cargo de estos servicios?

	SÍ	NO	%
Fisioterapia	6	0	100%
Terapista respiratoria	0	6	0.0%
Terapista del lenguaje	6	0	100%
Terapista ocupacional	6	0	100%
TOTAL	6		100%

Como observamos en la tabla, el centro san Camilo cuenta en un 100% con unos profesionales competentes para cada uno de los servicios que brinda, a excepción de terapia respiratoria ya que no cuenta con un profesional a cargo de este servicio.

GRAFICO #2

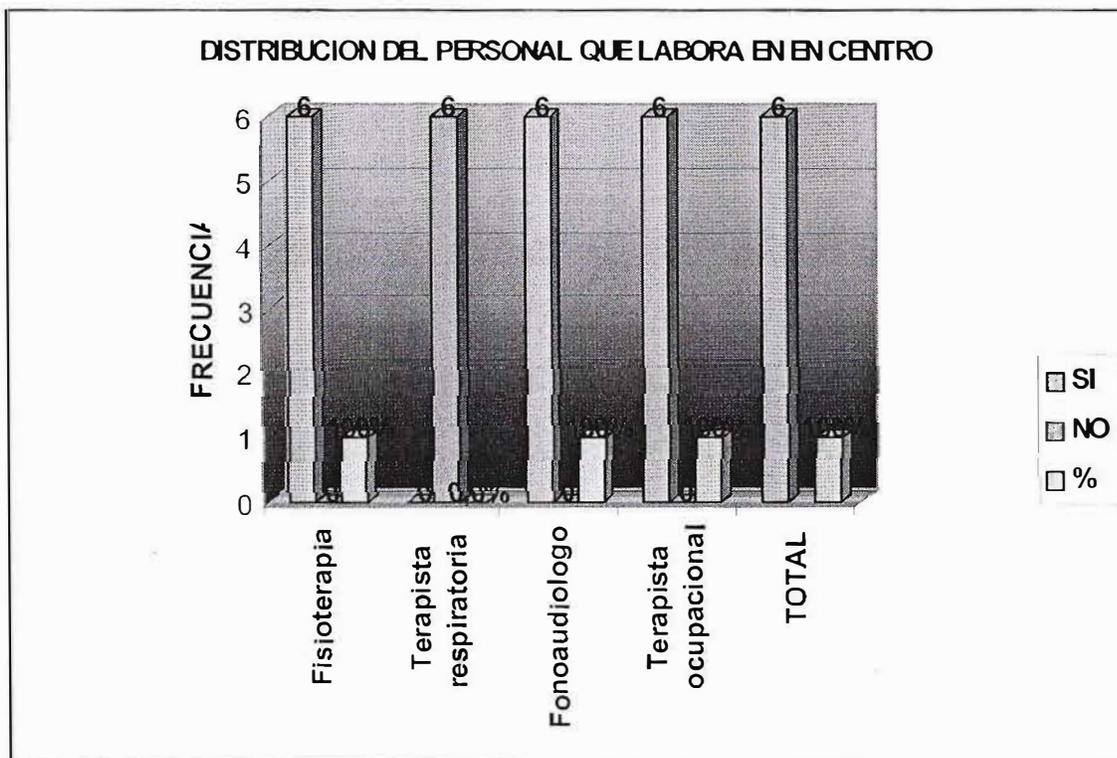


TABLA #3

¿Que tipo de contratación tiene la fisioterapeuta que labora en la institución?

	CANTIDAD	%
CARRERA ADMINISTRATIVA	0	0.0%
CONTRATACIÓN DEFINIDA	5	83%
CONTRATACIÓN INDEFINIDA	1	17%
TOTAL	6	100%

En la tabla anterior encontramos que el personal que labora en el centro san Camilo, un 83% tiene contratación definida ya que es la mejor opción de los directivos de la corporación para el control y manejo de sus empleados, el otro 17% posee contratación indefinida por motivos internos de la institución.

GRAFICO #3

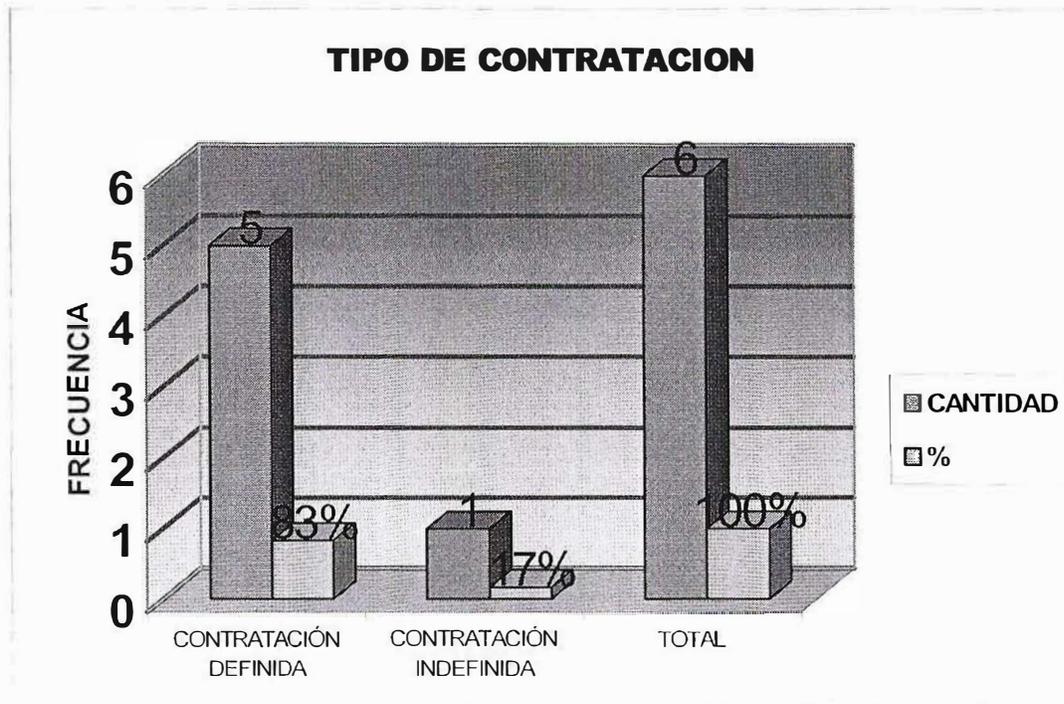


TABLA #4

¿Con que periodicidad se evalúan los servicio prestados por los fisioterapeutas?

	CANTIDAD	%
CADA AÑO	6	100%
CADA 2 AÑOS	0	0.0%
CADA 3 AÑOS	0	0.0%
TOTAL	6	100%

Como se observa en la tabla, para la corporación resulta mucho mejor evaluar el servicio en un 100% del personal que labora de forma anual, ya que así controla todos sus servicios, define sus metas a corto plazo y le permite verificar que tan capacitados están los empleados de la salud.

GRAFICO #4

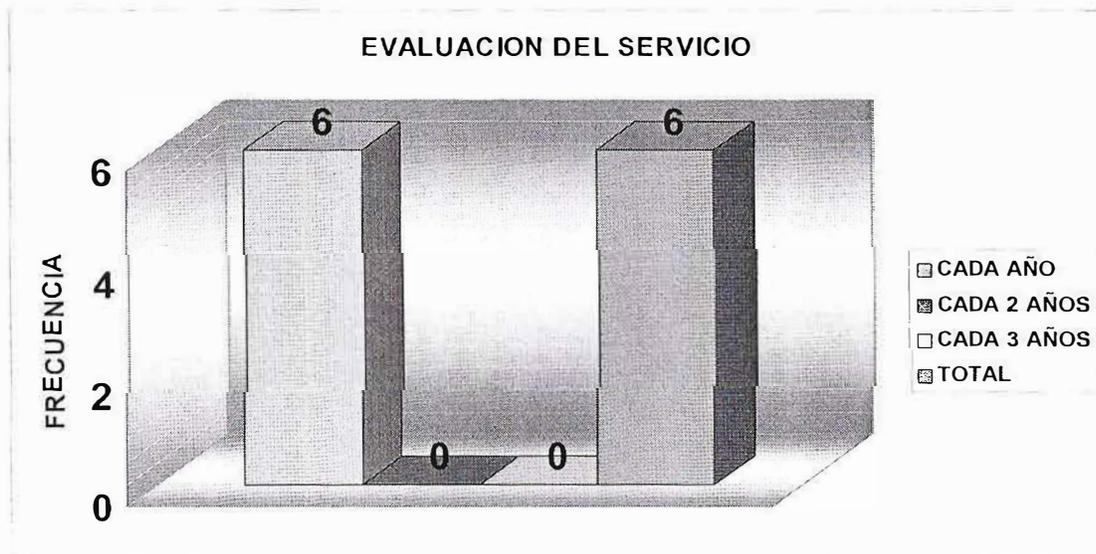


TABLA #5

¿Cuenta el servicio al momento de realizar los procedimientos con elementos mínimos de protección personal?

	CANTIDAD	%
SÍ	3	50%
NO	3	50%
TOTAL	6	100%

En la tabla anterior encontramos que en un 50% se aplican las normas de bioseguridad, el otro 50% no lo hace; esto nos da entender que no sé esta llevando un buen control de la calidad del servicio y debe haber mas educación por parte de los directivos hacia sus empleados.

GRAFICO #5

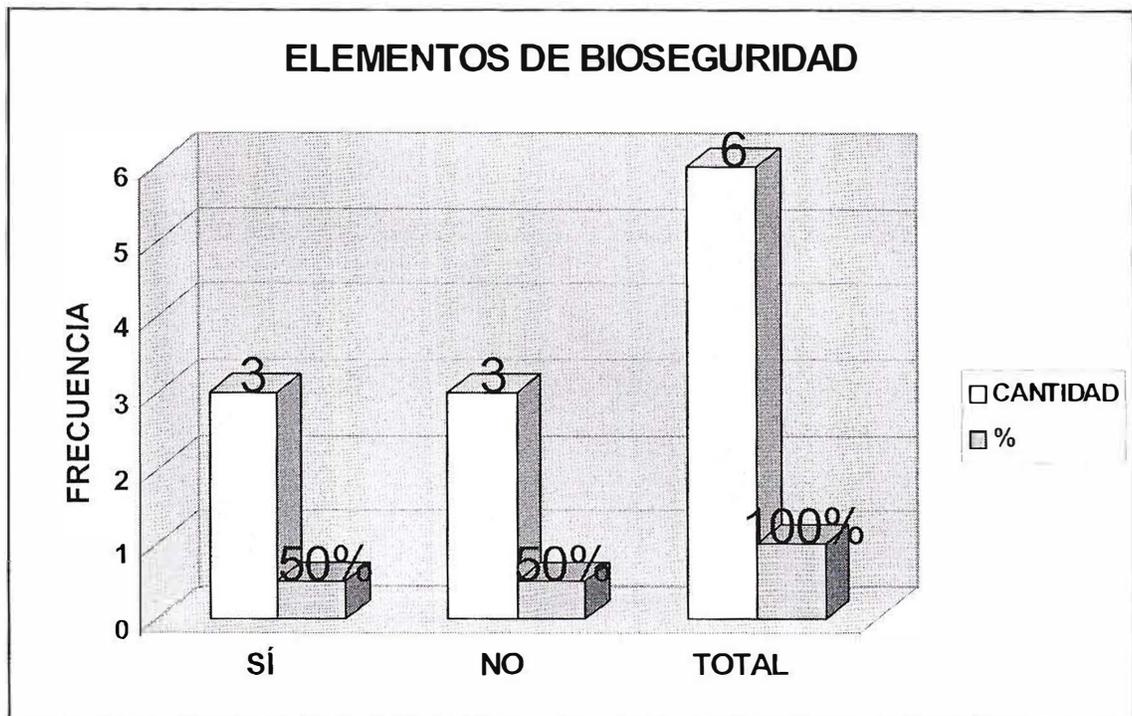


TABLA #6

¿Cuál es el grupo etario que más se afecta?

	CANTIDAD	%
0-10 AÑOS	6	100%
11-20 AÑOS	0	0%
21-30 AÑOS	0	0%
30-MAS AÑOS	0	0%
TOTAL	6	100%

Como podemos observar, encontramos que en un 100% los niños que asisten al centro san Camilo están en edades de 0-10 años ya que además de contar con fisioterapia ofrece el servicio de escuela para niños con trastornos neurológicos.

GRAFICO #6

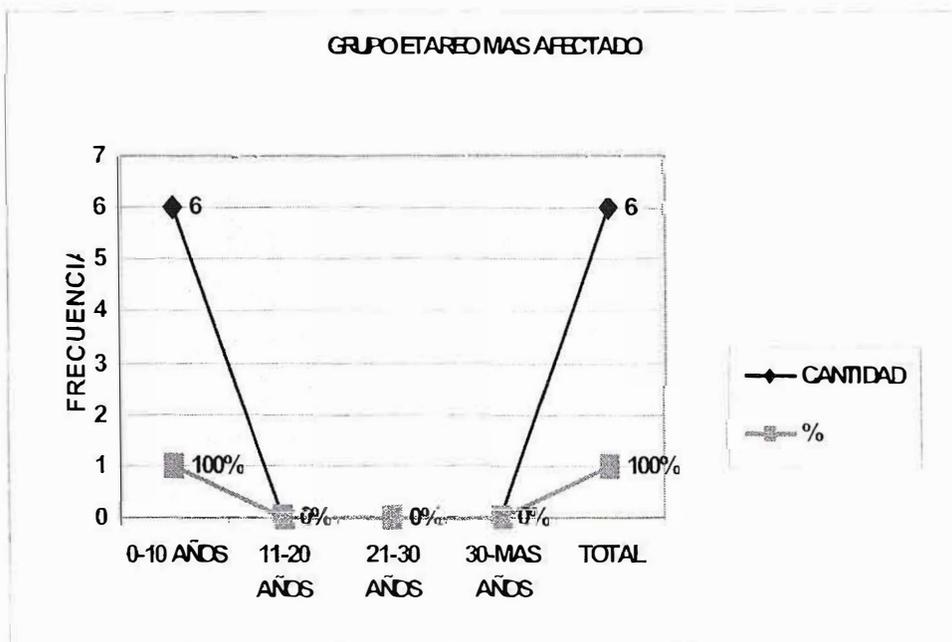


TABLA #7

¿Con que frecuencia se realiza el proceso de asepsia en manos de las fisioterapeutas?

	CANTIDAD	%
ANTES DE UN PROCEDIMIENTO	0	0.0%
DESPUES DE UN PROCEDIMIENTO	1	17%
ANTES Y DESPUES DE UN PROCEDIMIENTO	5	83%
TOTAL	6	100%

En la tabla descrita observamos que solo el 83%, cumple con los requisitos mínimos de asepsia, mientras que el 17% restante solo lo hace después de un procedimiento; esto nos ratifica la falta de información con respecto a las normas de bioseguridad exigidas por la ley.

GRAFICO #7

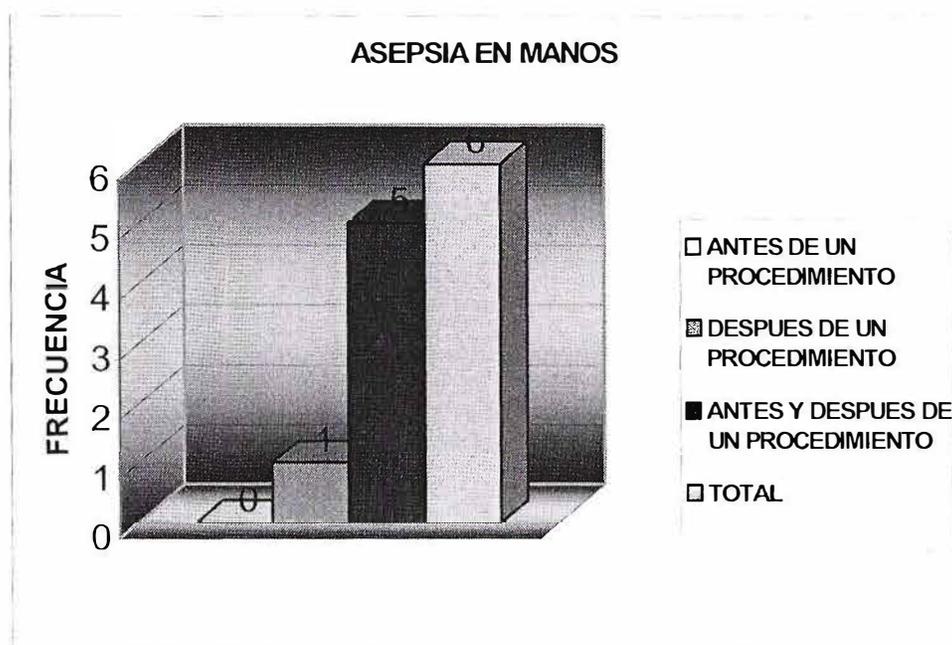


TABLA #9

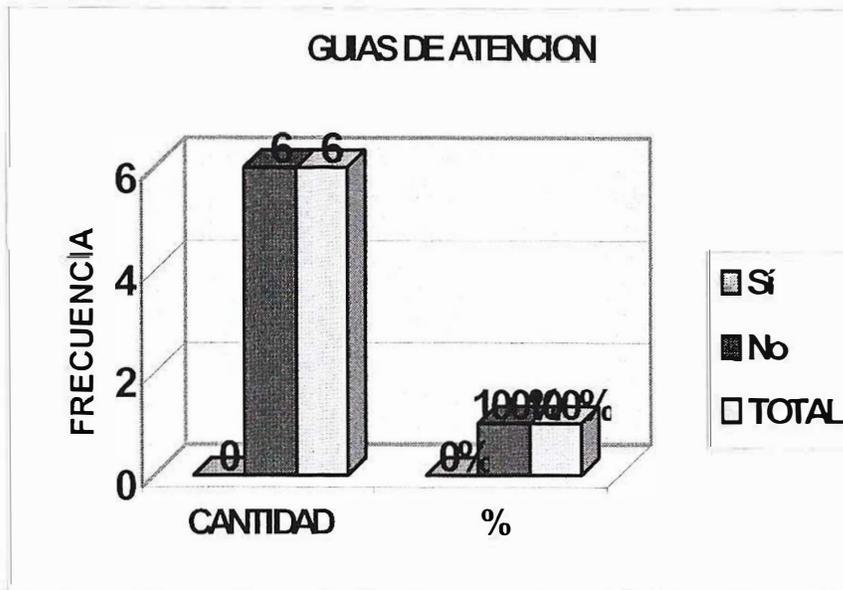
¿Existen o no guías de atención para el manejo de los pacientes?

	CANTIDAD	%
Sí existe	0	0.0%
No existe	6	100%
TOTAL	6	100%

La tabla descrita anteriormente muestra que en un 100% no se esta llevando a cabo el manejo de las guías de atención; lo que demuestra una falencia en los requisitos mínimos de atención.

GRAFICO #9

- ♦ Muestra total de 150 historias clínicas del año 2006 en el centro san Camilo.



- ♦ **Muestra total de 150 historias clínicas del año 2006 en el centro san Camilo.**

TABLA #1

	CANTIDAD	%
MASCULINO	91	61%
FEMENINO	59	39%
TOTAL	150	100%

En la anterior tabla se muestra que la población más vulnerable que asiste al centro, son los niños con un 61%, mientras que las niñas obtuvieron un 39% lo que quiere decir que los niños son más susceptibles a nacer enfermos

GRAFICO #1

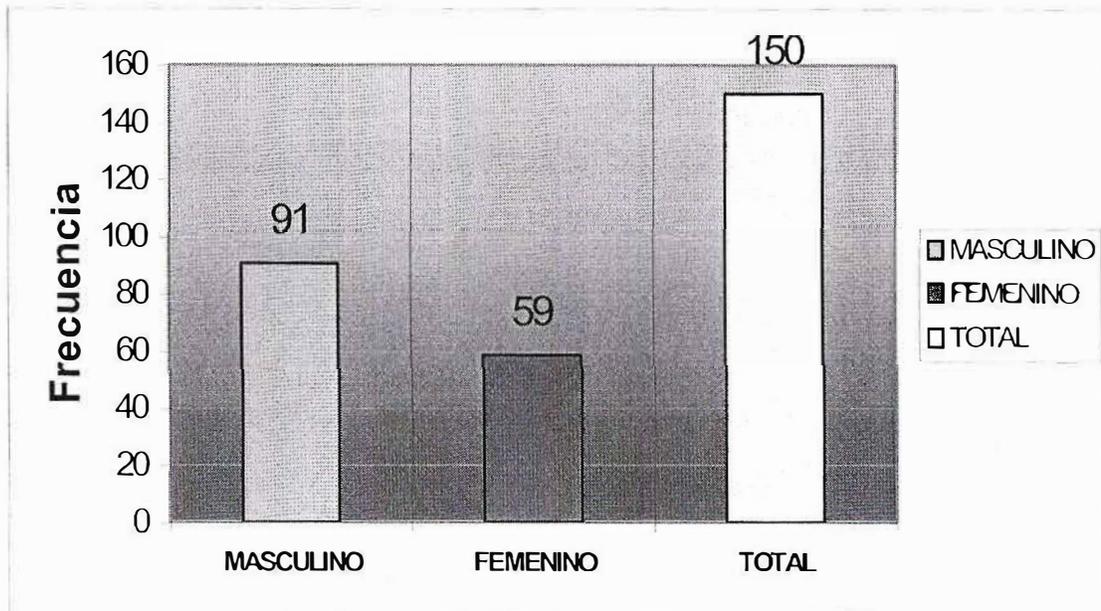


TABLA #2

PATOLOGIAS	CANTIDAD	%
DISCAPACIDAD COGNITIVA	20	13%
DISCAPACIDAD SENSORIAL	40	27%
HIDROCEFALIA	10	7%
AUTISMO	5	3%
IMOC	48	32%
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	15	10%
HIPERACTIVIDAD	8	5%
SINDROME DOWN	4	3%
TOTAL	150	100%

En la tabla descrita anteriormente, podemos apreciar que la patología de mayor prevalencia es el IMOC con un 32%, seguida de la discapacidad sensorial con un 27% ya que en el centro san Camilo solo se atiende a niños con trastornos neurológicos.

GRAFICO #2

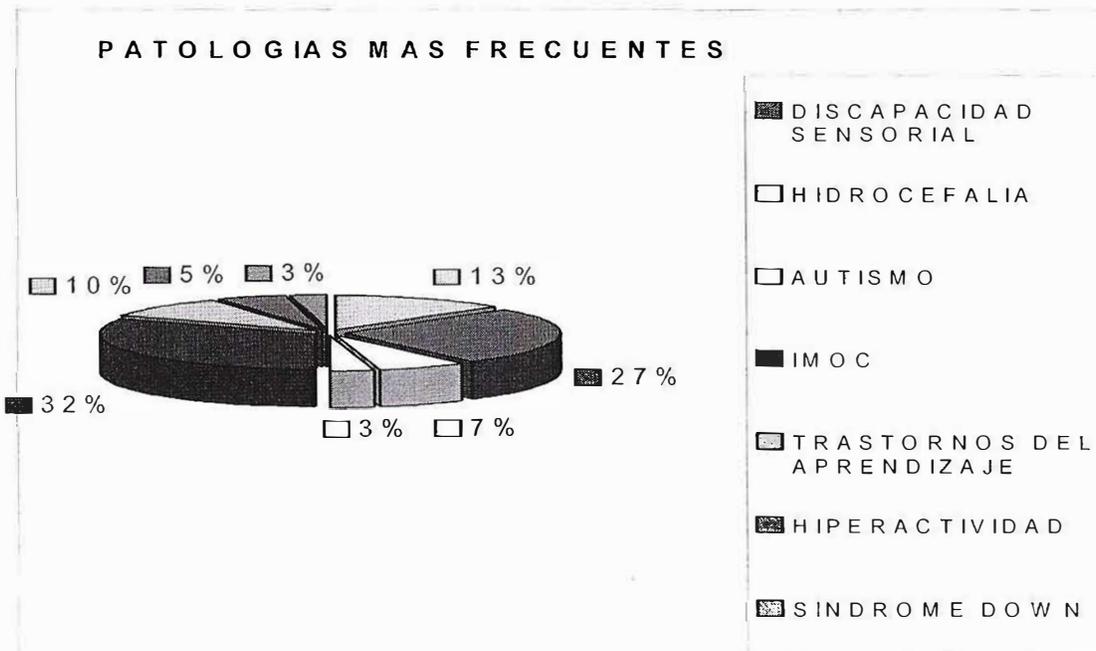
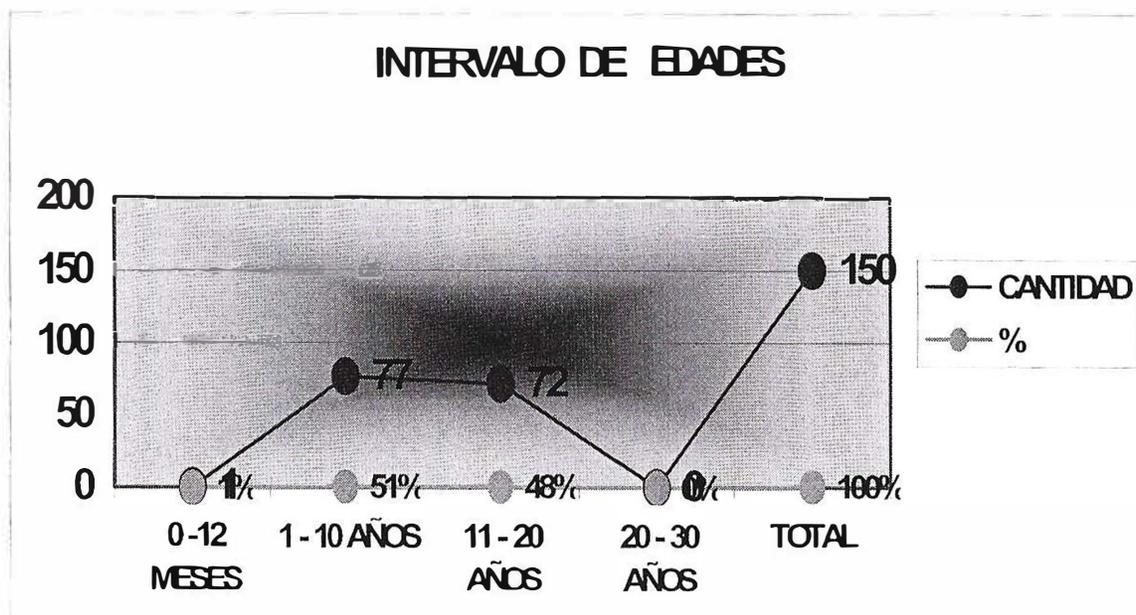


TABLA #3

INTERVALO DE EDADES	CANTIDAD	%
0 -12 MESES	1	1%
1 - 10 AÑOS	77	51%
11 - 20 AÑOS	72	48%
20 - 30 AÑOS	0	0%
TOTAL	150	100%

Por lo anterior, se muestra que en un 51% los niños y con un 48% los adolescentes son los grupos que más asisten al centro ya que se encuentran en edad escolar y san Camilo aparte de ofrecer el servicio de fisioterapia es una escuela para niños con trastornos neurológicos.

GRAFICO #3



◆ INFRAESTRUCTURA E INSTALACION FÍSICA

Esta muestra fue tomada a 6 personas que laboran en la corporación Centro San Camilo entre ellas fisioterapeuta, fonoaudiólogas, psicóloga, Terapista ocupacional y nutricionista.

TABLA #1

¿Dispone de áreas específicas de acuerdo a los servicios ofrecidos?

	Sí	NO	%
AREAS ESPECIFICAS	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

En esta tabla encontramos que el centro san Camilo cuenta en un 100% con áreas específicas para la prestación de cada uno de sus servicios, lo que muestra una buena utilización del espacio.

GRAFICO #1

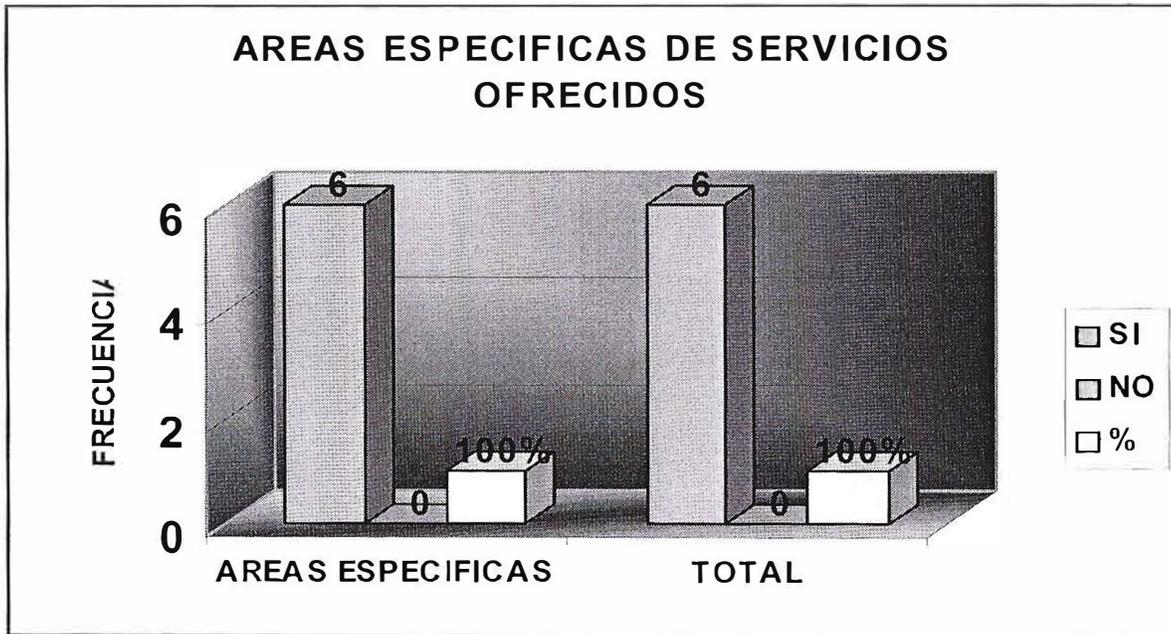


TABLA #2

¿Cuenta el servicio con disponibilidad de baños para los pacientes?

	SÍ	NO	%
BAÑOS PARA PACIENTES	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

En esta tabla observamos que san Camilo tiene disponibilidad de baños para los pacientes, lo que quiere decir que la corporación cumple con lo impuesto por la ley.

GRAFICO #2

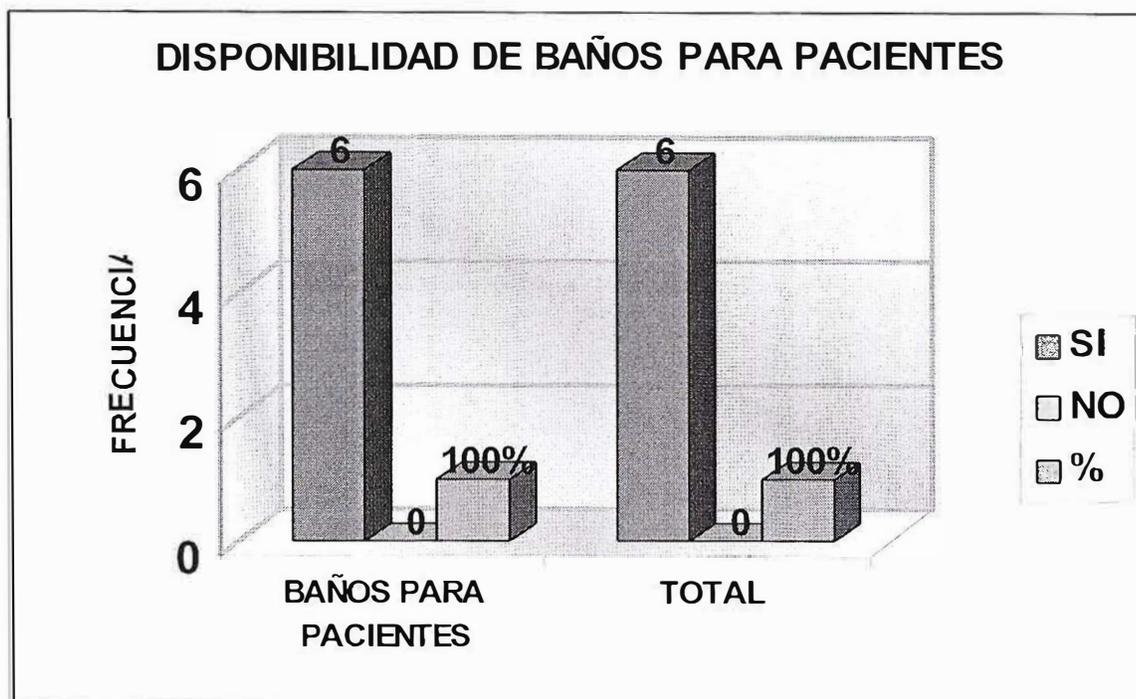


TABLA #3

¿En que estado se encuentran los equipos actualmente?

	CANTIDAD	%
BUENO	4	57%
REGULAR	2	33%
MALO	0	0%
TOTAL	6	100%

Lo anterior demuestra que un 57% de los equipos se encuentran en buen estado y en regular el 33% esto nos dice que hay una falencia tanto en el uso como en el mantenimiento de estos.

GRAFICO #3



TABLA #4

¿Con que periodicidad se le realiza el mantenimiento de los equipos de terapia física y respiratoria?

	CANTIDAD	%
CADA 6 MESES	5	83%
CADA AÑO	1	17%
CADA AÑO Y MEDIO O MÁS	0	0%
TOTAL	6	100%

Este resultado indica que a un 83% de los equipos se les realiza mantenimiento preventivo cada 6 meses y a un 17% de estos al año, su constante revisión debe ser excelente al momento de la prestación de salud y en su totalidad debería realizarse en periodos mas cortos.

GRAFICO #4

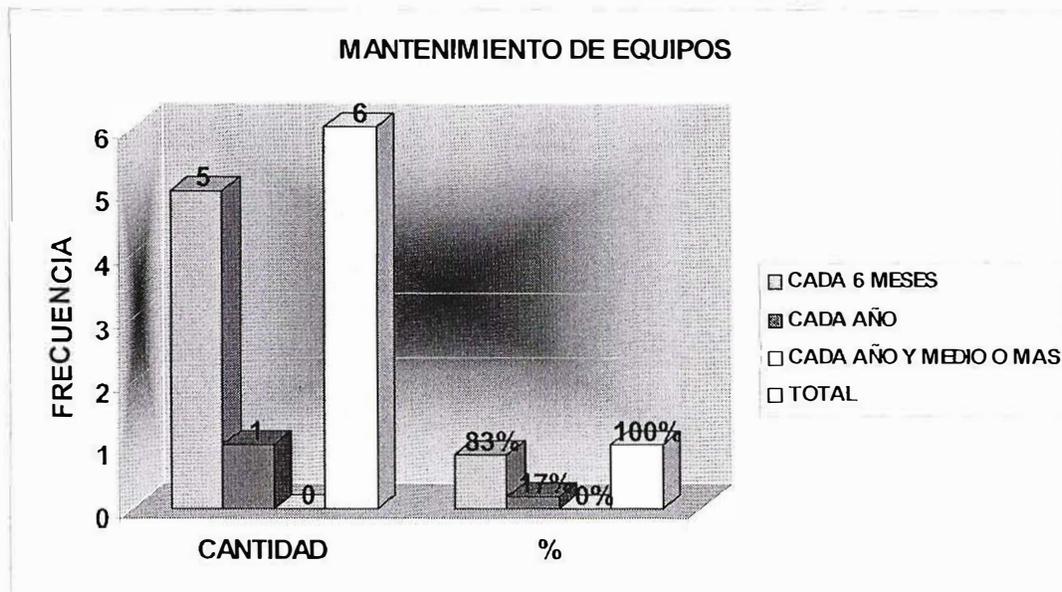


TABLA #5

¿El servicio cuenta con señalización?

	CANTIDAD	%
SÍ	5	83%
NO	1	17%
TOTAL	6	100%

En la tabla descrita anteriormente encontramos que en un 83% la corporación centro san Camilo cumple con las respectivas normas de señalización que la ley exige y en un 17% no se esta llevando a cabo con lo impuesto por ellas.

GRAFICO #5

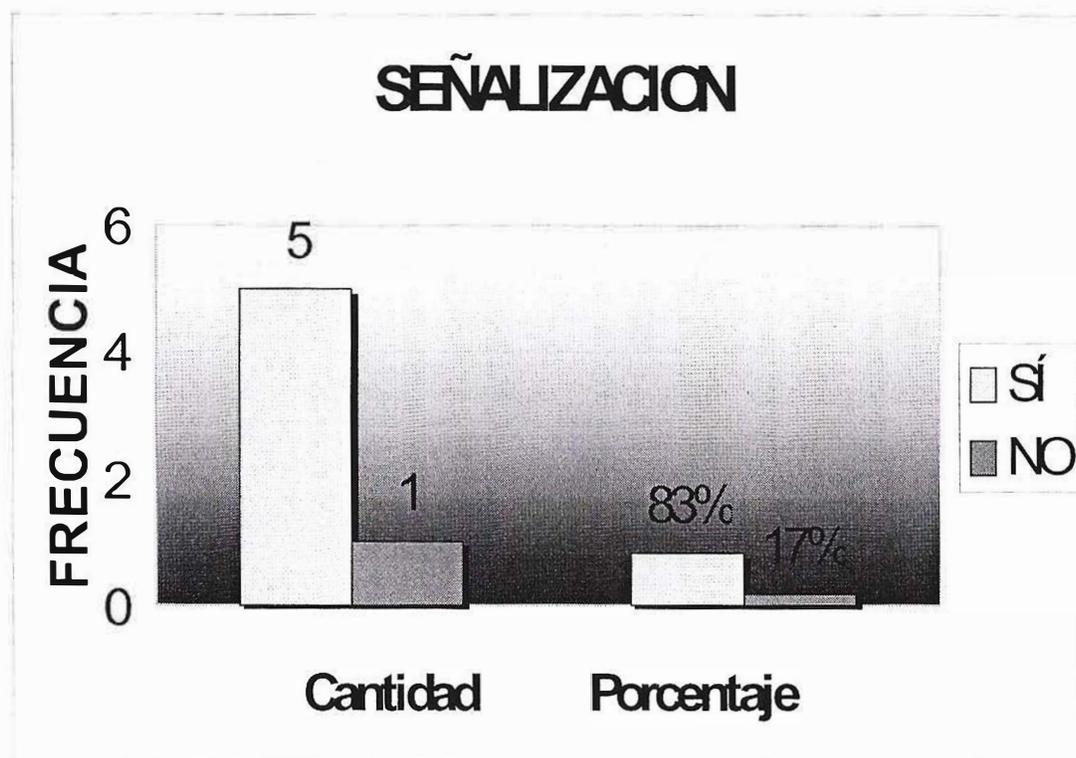


TABLA #6

Area para procedimientos la cual es ventilada y garantiza condiciones de asepsia.

	SÍ	NO	%
AREA VENTILADA Y CONDICIONES DE ASEPSIA	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

La tabla descrita demuestra, que el área de terapia respiratoria cumple con los parámetros de asepsia exigidos por el decreto 2309 del 2002.

GRAFICO #6

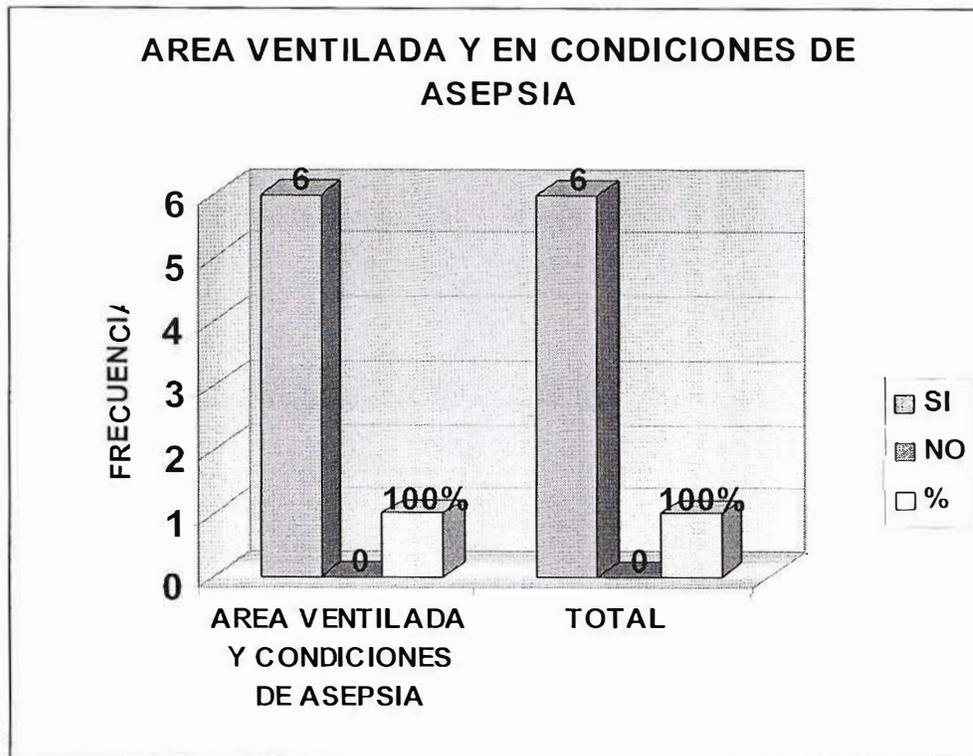


TABLA #7

Area para el lavado y desinfección de equipos.

	SÍ	NO	%
Desinfección de Equipos	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

La tabla demuestra que en san Camilo se realiza el lavado y desinfección de equipos, lo que quiere decir que se presta un servicio confiable y seguro para los usuarios que asisten a la corporación.

GRAFICO #7

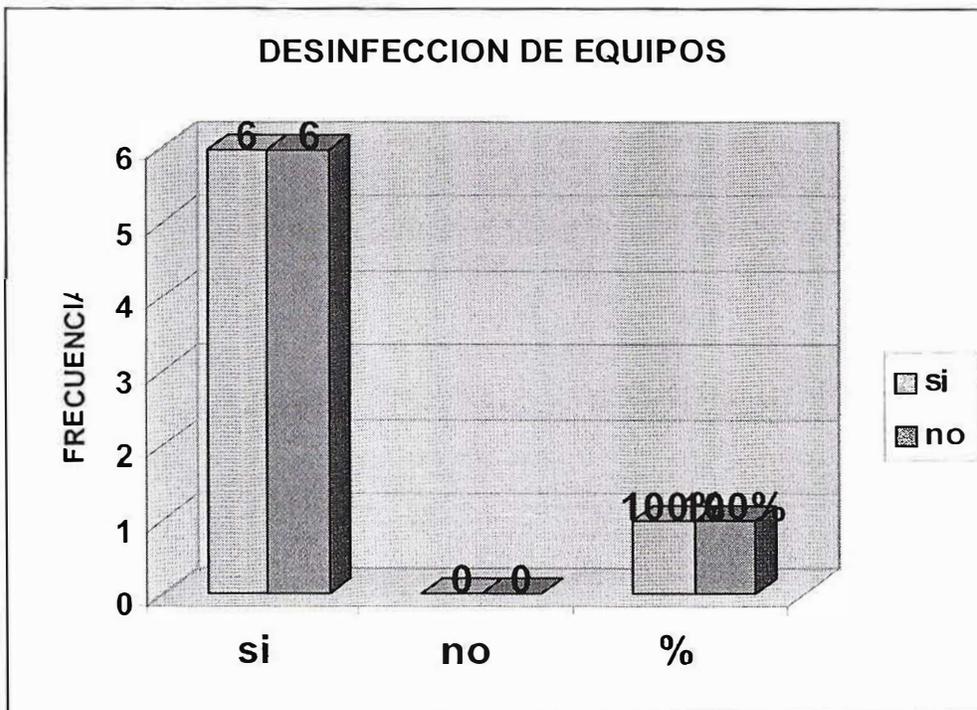


TABLA #8

Dispone de oxígeno.

	Sí	NO	%
Dispone de Oxígeno	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

En esta tabla encontramos, que san Camilo cumple con la disposición de oxígeno en un 100% para la prestación del servicio de terapia respiratoria, esto demuestra que la corporación si cumple con las condiciones básicas.

GRAFICO #8

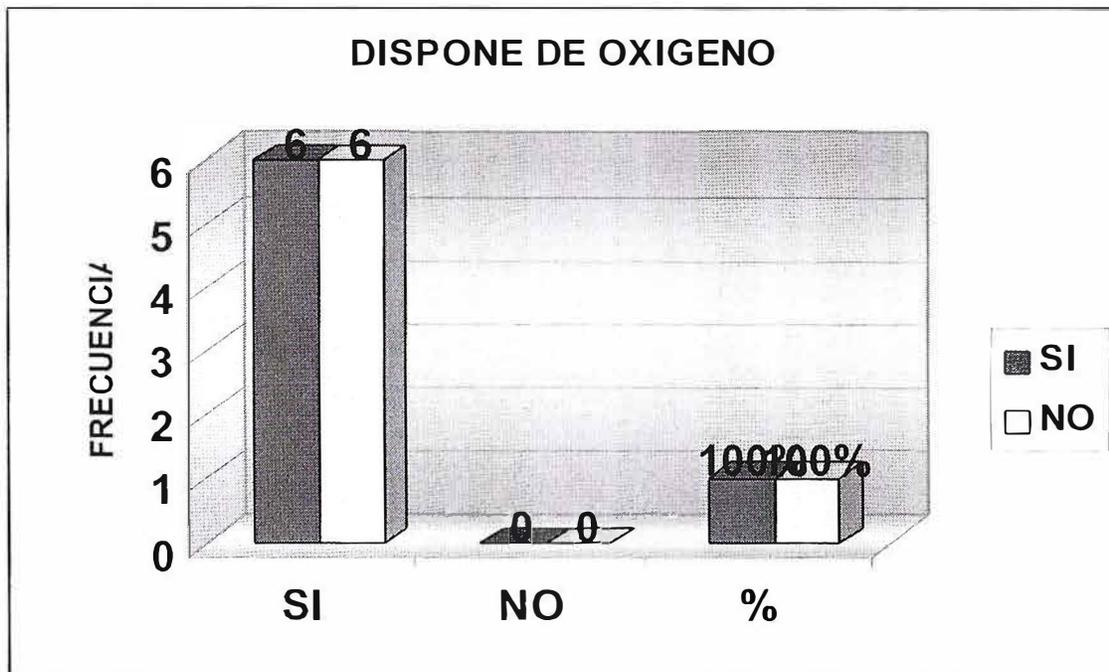


TABLA #9

El servicio de fisioterapia cuenta con área de interrogatorio.

	SÍ	NO	%
Area de Interrogatorio	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

En esta tabla encontramos, que fisioterapia cuenta con un espacio disponible para realizar un interrogatorio adecuado a los usuarios que asisten al centro, esto nos muestra que en san Camilo se esta brindando un buen servicio.

GRAFICO #9

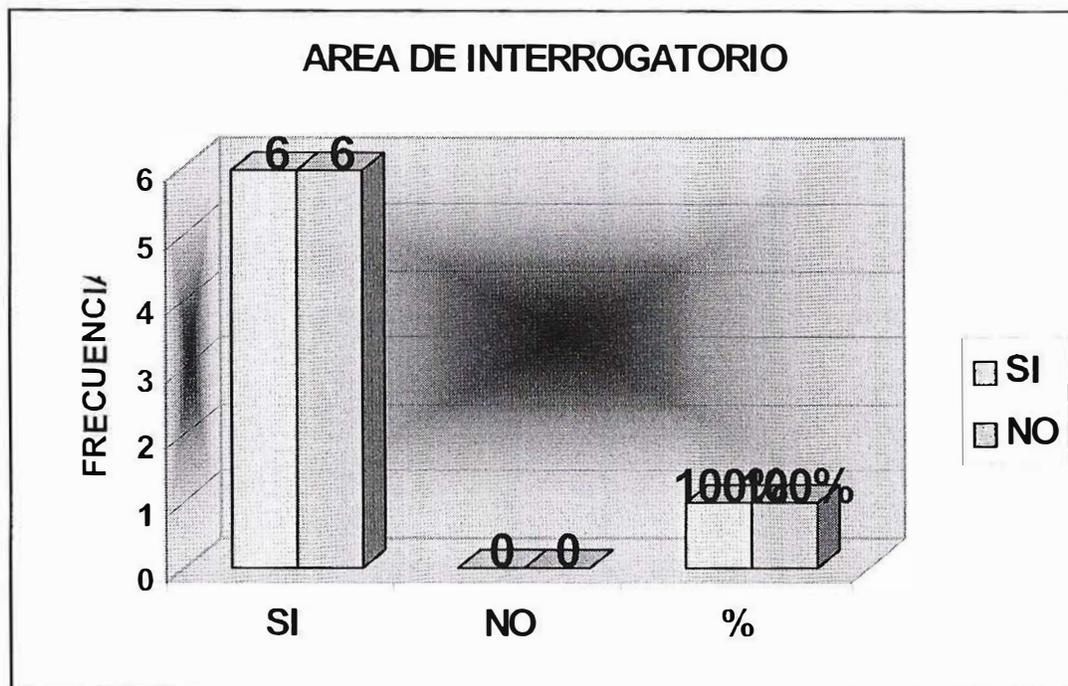


TABLA #10

El servicio ofrecido cuenta con materiales necesarios para la realización de procedimientos.

	SÍ	NO	%
Banda sin fin	0	0	
Camillas	6	0	50%
Ultrasonido	0	0	
TEMS	6	0	50%
Vibradores	0	0	
Rayos infrarrojos	0	0	
Rayos ultravioletas	0	0	
TOTAL	6	0	100%

En la tabla anteriormente descrita, encontramos que el centro san Camilo no cuenta en su totalidad con los materiales necesarios exigidos por la ley para brindar un servicio completo a los usuarios que asisten a la corporación.

GRAFICO #10

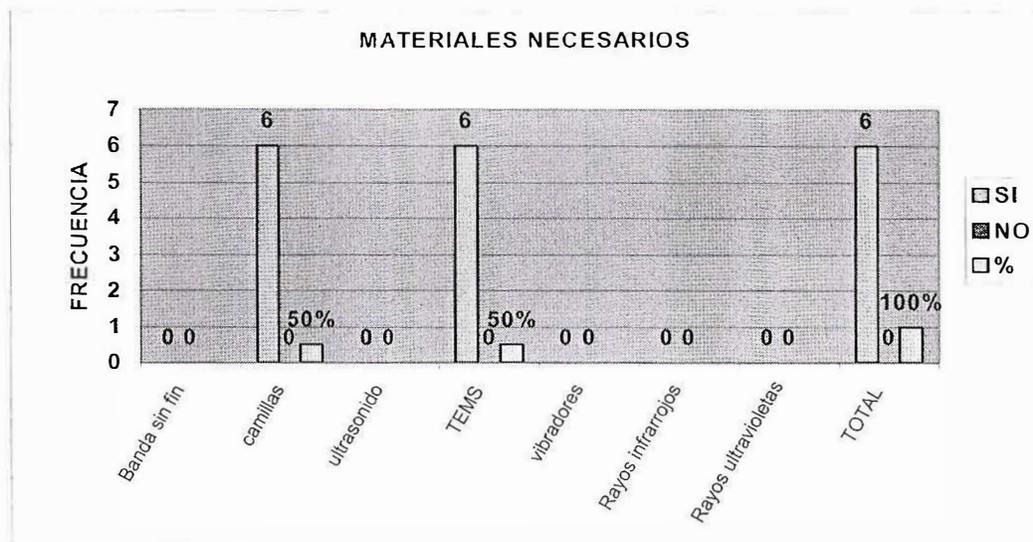


TABLA #11

Cuenta el servicio con un área aparte para crecimiento y desarrollo

	SÍ	NO	%
Area para crecimiento y desarrollo	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

Esta tabla nos muestra, que san Camilo cuenta con un área específica para la realización de la valoración de crecimiento y desarrollo, esto demuestra un completo servicio para los niños en edad escolar.

GRAFICO #11

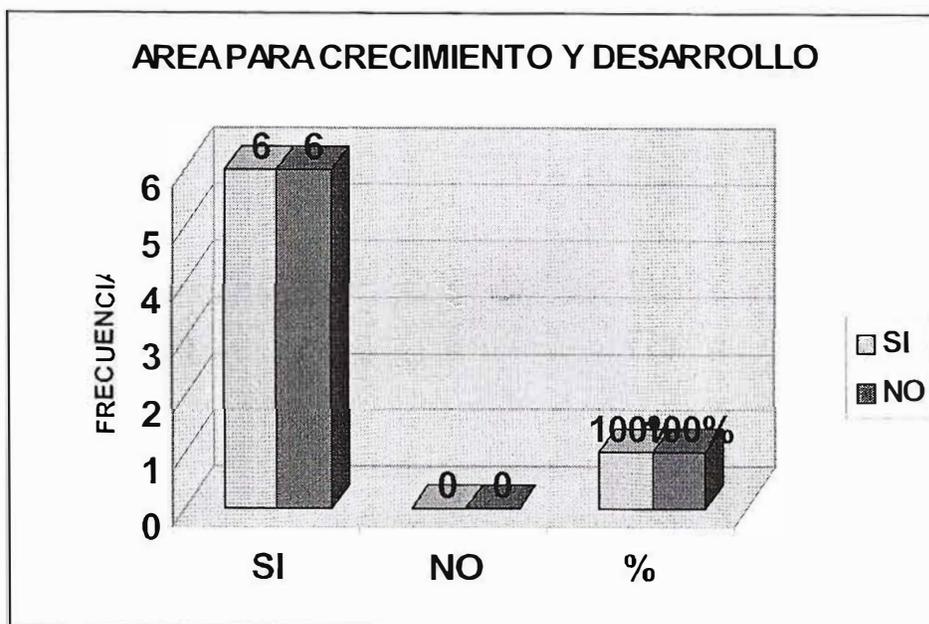


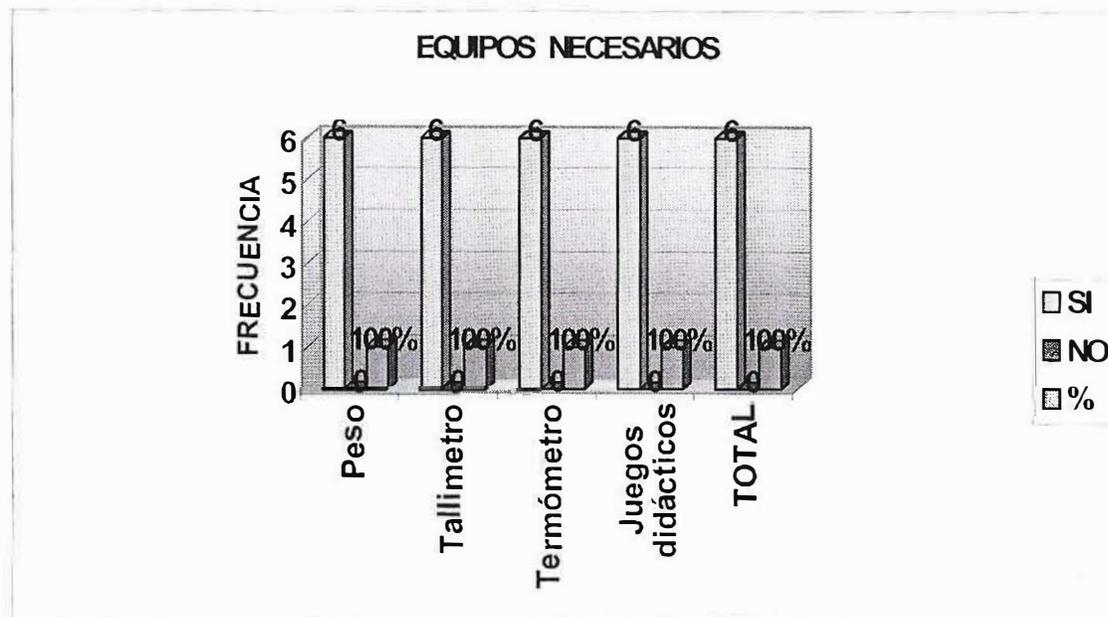
TABLA #12

Cuenta el servicio de crecimiento y desarrollo con el equipo necesario:

	Sí	NO	%
Peso	6	0	100%
Tallmetro	6	0	100%
Termómetro	6	0	100%
Juegos didácticos	6	0	100%
TOTAL	6	0	100%

Esta tabla nos muestra, que el servicio de crecimiento y desarrollo si cuenta con los materiales necesarios para brindar una buena atención a los pacientes.

GRAFICO #12



◆ ASPECTOS HUMANOS

Esta muestra fue tomada a 27 padres de familias y acompañantes de los niños que asisten a la corporación centro san Camilo

TABLA #1

¿Se le atiende con respeto a su llegada al servicio de fisioterapia?

ATENCIÓN CON RESPETO	CANTIDAD	%
SÍ	27	100%
NO	0	0.0%
TOTAL	27	100%

Como podemos observar en un 100%, la atención que se les brinda a los pacientes esta basada en los valores corporativos que tiene el centro san Camilo como tal esto habla muy bien de la calidad humana que posee el personal que labora.

GRAFICO #1



TABLA #2

¿Son atendidas las sugerencias realizadas al servicio de fisioterapia?

ATENCIÓN DE SUGERENCIAS	CANTIDAD	%
SÍ	27	100%
NO	0	0.0%
TOTAL	27	100%

En la tabla anterior apreciamos que en un 100% son atendidas las sugerencias realizadas por los usuarios del centro al personal de salud, lo que nos demuestra una buena calidad en lo concerniente a la atención de los pacientes.

GRAFICO #2

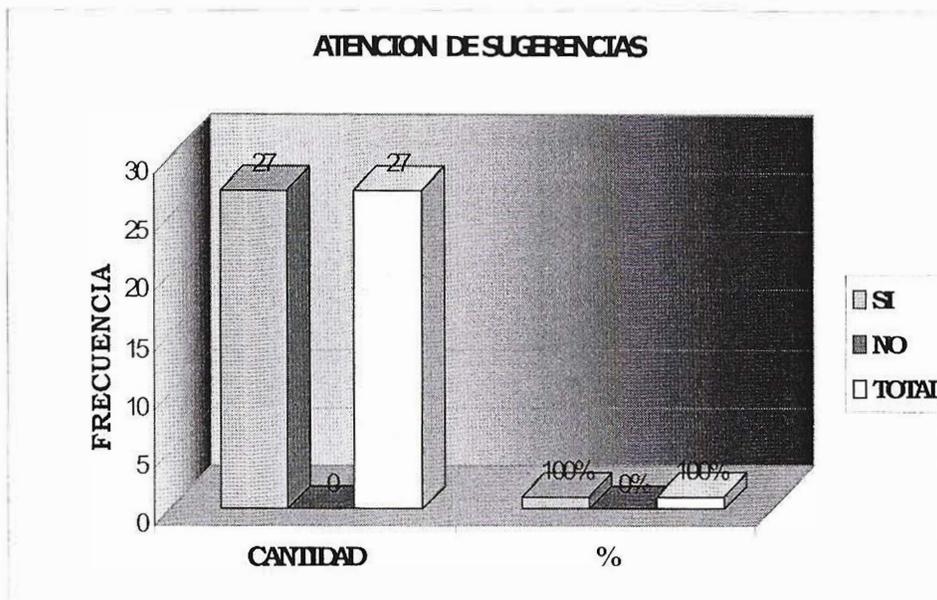


TABLA #3

¿Se le dan instrucciones claras y amables al inicio de la sesión?

INSTRUCCIONES CLARAS AL INICIO DE LA SESIÓN	CANTIDAD	%
SÍ	27	100%
NO	0	0%
TOTAL	27	100%

Como observamos en la tabla descrita, vemos que se les da instrucciones claras a los pacientes en un 100%, esto nos demuestra que hay un buen procedimiento al momento de la ejecución de cada tratamiento.

GRAFICO #3

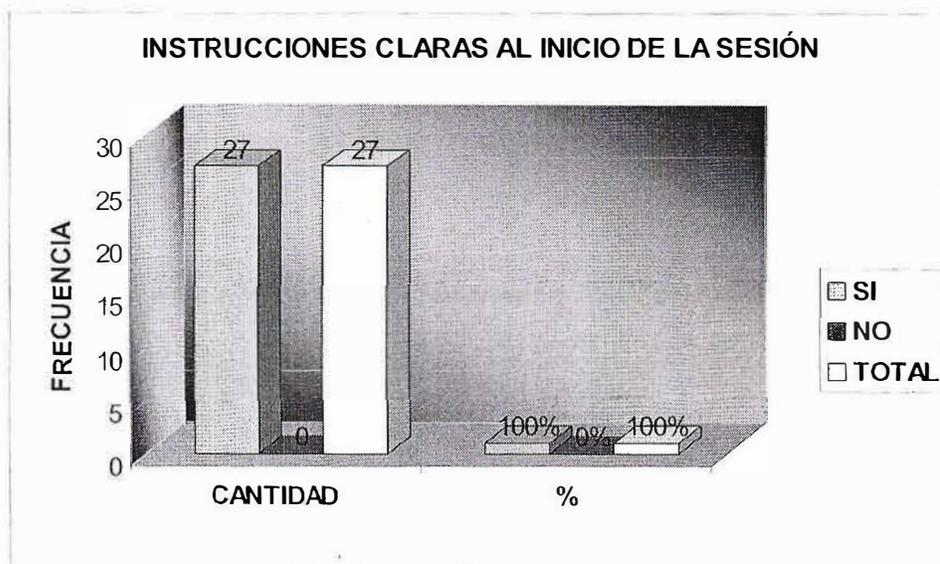


TABLA #4

Al momento de llegada por primera vez al servicio de fisioterapia, la evaluación realizada fue:

PRIMERA EVALUACIÓN REALIZADA	CANTIDAD	%
VERBAL	2	7%
CON ACTIVIDADES	5	19%
MIXTA (ítems anteriores)	20	74%
NO HUBO	0	0.0%
TOTAL	27	100%

En tabla anterior podemos observar, que en un 74% los niños son evaluados por primera vez de forma verbal y por medio de actividades, ya que de esta manera se puede obtener el objetivo primordial para un mejor tratamiento, un 19% fue evaluado por medio de actividades, y solo un 7% de forma verbal.

GRAFICO #4

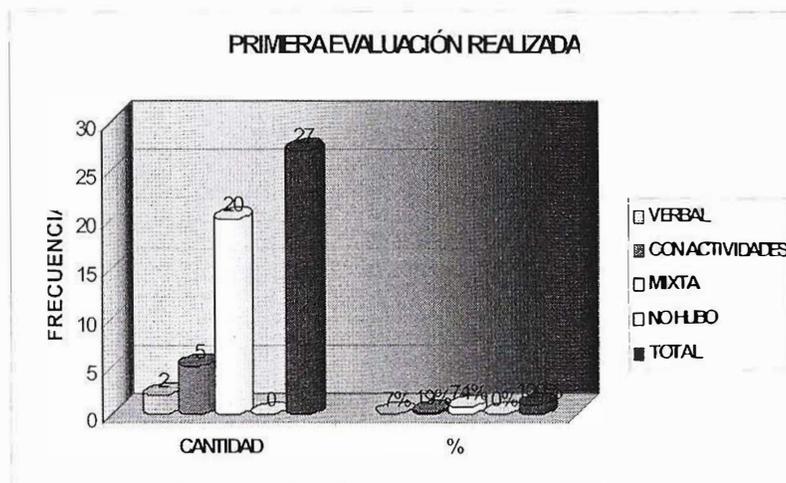


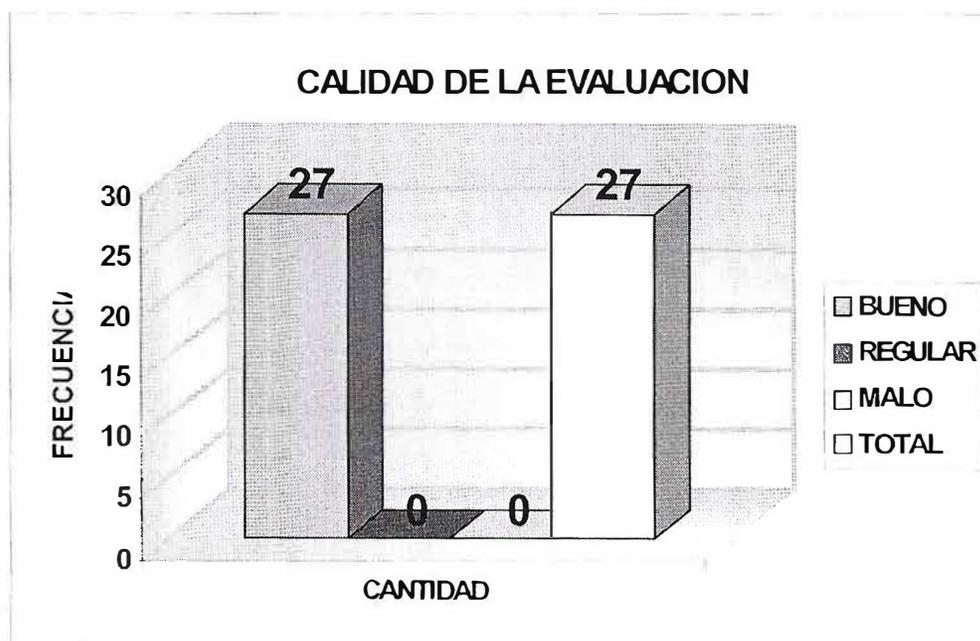
TABLA #5

Según su criterio la evaluación realizada, fue:

BUENO	27	100%
REGULAR	0	0.0%
MALO	0	0.0%
TOTAL	27	100%

En la siguiente tabla podemos observar que en un 100% se observó que los padres se encuentran satisfechos con la intervención del personal especializado.

GRAFICO #5



Su sesión de terapia tiene una duración de:

DURACIÓN DE LA SESIÓN	CANTIDAD	%
15 – 20 MINUTOS	0	0.0%
20 – 30 MINUTOS	2	7%
30 – 45 MINUTOS	5	19%
MAS DE 45 MINUTOS	20	74%
TOTAL	27	100%

Como podemos observar en la tabla, a un 74% de los pacientes se les realiza la intervención, con una duración de mas de 45 minutos para una atención adecuada y así alcanzar los objetivos del tratamiento; y en u 19% son atendidos de 30 a 45 minutos.

GRAFICO #6

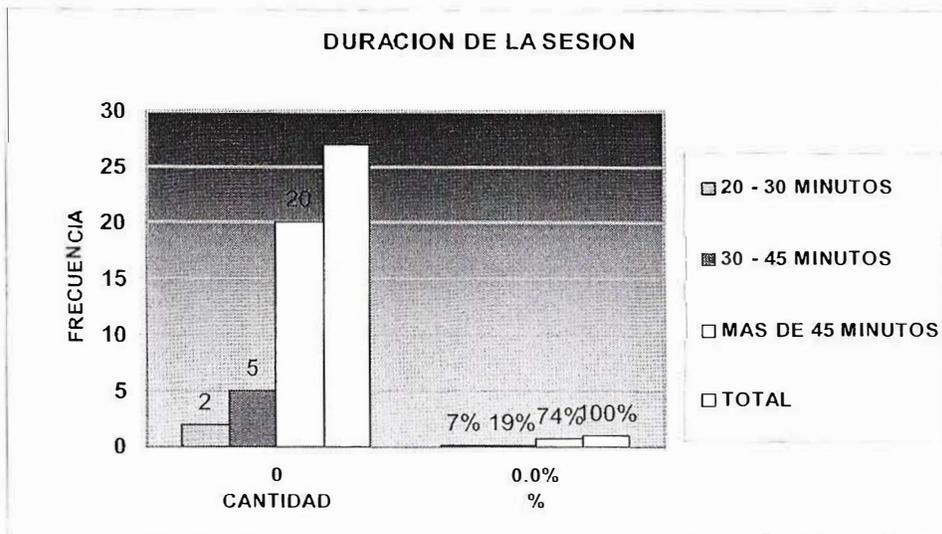


TABLA #7

¿Al momento de realizar los procedimientos activos (ejercicios) el Terapeuta le indica?

	CANTIDAD	%
De manera verbal	14	51.8%
Por medio de ejemplos	13	48.1%
No indica	0	0.0%
TOTAL	27	100%

Esta tabla nos muestra, que en un 51.8% las indicaciones para la realización de los procedimientos se hacen de manera verbal, y en un 48.1% se hace por medio de ejemplos; esto nos da a entender que las fisioterapeutas utilizan ambos métodos, para la llevar a cabo los tratamientos.

GRAFICO #7

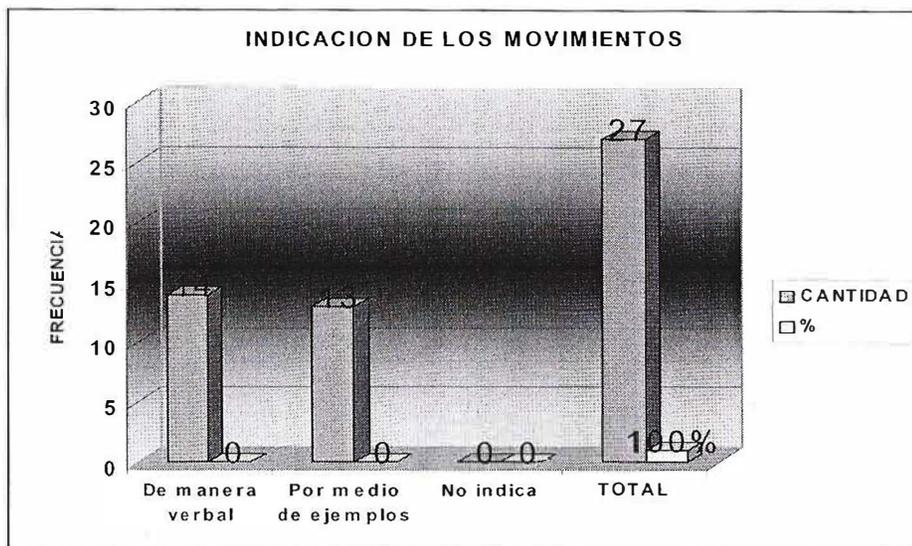


TABLA #8

¿Durante la realización del procedimiento?

	CANTIDAD	%
El Terapista esta con usted todo el tiempo	23	85.1%
Revisa el procedimiento constantemente	4	14.8%
Revisa el procedimiento de forma regular	0	0.0%
No revisa el procedimiento	0	0.0%
TOTAL	27	100%

En la tabla anterior podemos observar que con un 85.1%, el Terapista esta al lado del paciente todo el tiempo y en un 14.8% revisan el procedimiento constantemente, ya que estos son niños con trastornos neurológicos y necesitan la completa atención del personal a cargo.

GRAFICO #8

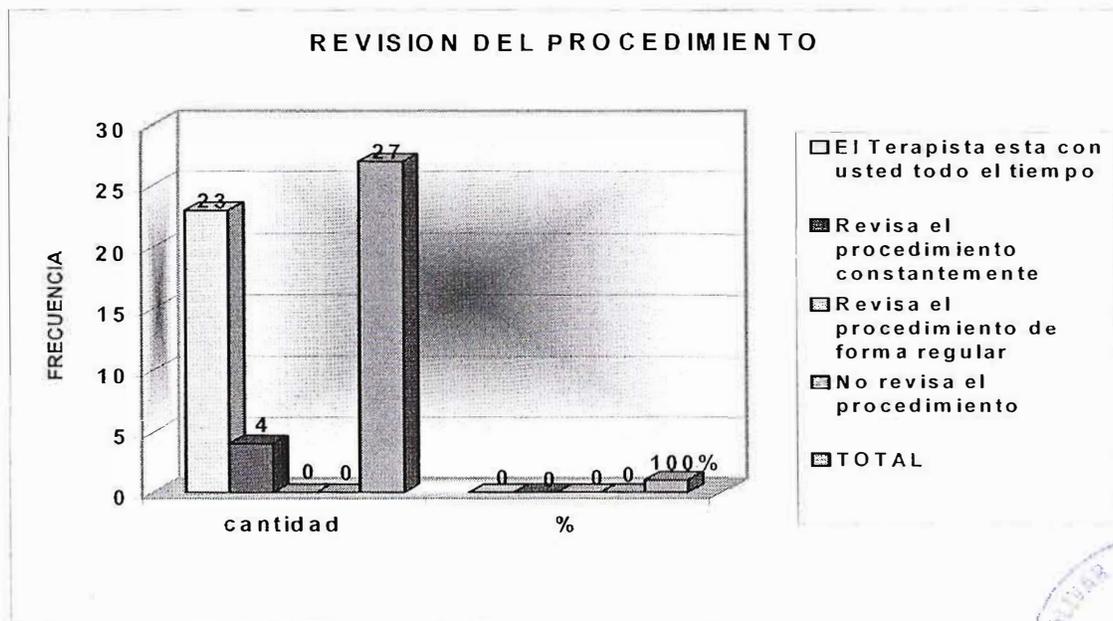


TABLA #9

¿Se le advierte el cómo y el porque debe realizar los ejercicios?

	CANTIDAD	%
SÍ	26	96.2%
NO	1	3.7%
TOTAL	27	100%

Esta tabla nos dice, que en un 96.2% a los usuarios se les advierte el cómo y el porque de la realización de los procedimientos y solo en un 3.7% no se hace, lo que muestra que en san Camilo se realiza una buena atención y un buen seguimiento del tratamiento.

GRAFICO #9



TABLA #10

¿Se le dan indicaciones a tener en cuenta en su casa para un mejor desarrollo del tratamiento?

	CANTIDAD	%
SÍ	27	100%
NO	0	0.0%
TOTAL	27	100%

Esta tabla demuestra, que en un 100% se les indica a los pacientes un plan casero, esto nos muestra lo importante que es realizar un refuerzo en casa y en san Camilo el personal de la salud esta pendiente que se lleve a cabo.

GRAFICO #10



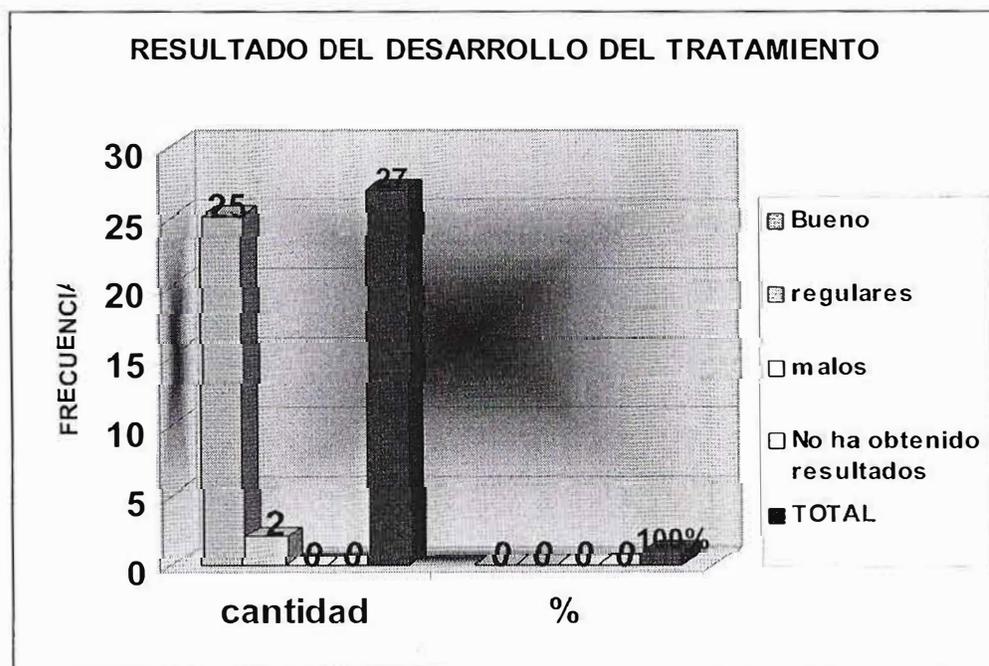
TABLA #11

¿Los resultados obtenidos en el desarrollo del tratamiento han sido?

	CANTIDAD	%
Bueno	25	92.5%
Regulares	2	7.4%
Malos	0	0.0
No ha obtenido resultados	0	0.0
TOTAL	27	100%

La tabla descrita muestra, que en un 92.5% se han obtenido buenos resultados en el desarrollo de los tratamientos, y que solo en un 7.4% estos han sido regulares, lo que quiere decir que sin importar que no estén los materiales necesarios; se ha visto evolución en la mayoría de los pacientes del centro.

GRAFICO #11



8. CONCLUSIONES

El grupo investigador basado en el instrumento de evaluación implementado y anexo al presente trabajo; determina que la población atendida en san Camilo son niños en edad escolar entre los 0-12 años y en su totalidad con trastornos neurológicos, teniendo mayor prevalencia en el sexo masculino; la fortaleza más grande esta en su infraestructura, en el aspecto humano y la calidad del servicio, por la continua actualización y retroalimentación existente entre el personal de planta y los estudiantes en formación, así como la vinculación a la rehabilitación de los acompañantes y familiares a los pacientes, considerando que estos son niños que necesitan un manejo profesional optimo mezclado de forma eficiente con un excelente calor humano.

Aunque el centro cuenta con pocos equipos, esto no interfiere en la calidad del tratamiento para los pacientes, puesto que existe un personal altamente calificado para la rehabilitación de estos, arrojando así in 95% de satisfacción con el servicio prestado.

Cabe resaltar el nivel organizacional con que cuenta san Camilo, ya que los niños se encuentran divididos por aulas según la patología, neurológica, sensoriales o de aprendizaje, puesto que la corporación cuenta con un completo servicio además de fisioterapia ofrece fonoaudiología, terapia ocupacional, nutrición,

psicología y crecimiento y desarrollo para así brindar una atención completa por parte del grupo interdisciplinario.

Contrario a este el área de terapia respiratoria cuenta con una deficiencia en la prestación del servicio, empezando porque no hay una fisioterapeuta a cargo, guías para el manejo de medicamentos ni una atención continua de este.

En general podemos concluir que la calidad de atención que brinda el centro san Camilo es satisfactoria para la comunidad, ya que en la gran mayoría la evolución que los niños han tenido ha sido buena, sin importar las pocas falencias que el centro tenga.

9. RECOMENDACIONES

El grupo investigador, después de observar detalladamente los resultados arrojados por, el análisis de resultado; recomienda a la corporación san Camilo continuar con esta labor sin animo de lucro que brinda una buena atención a niños con problemas neurológicos de escasos recursos. Sin embargo, cabe mencionar que también deben realizar algunas mejoras para que la prestación de este servicio sea excelente; por ejemplo la elaboración de guías de atención que son requisitos mínimos exigidos por la ley, realizar las guías para el manejo de medicamentos para el área de terapia respiratoria, colocar un profesional de fisioterapia que brinde este servicio para de esta forma lograr una mayor satisfacción de los usuarios.

Con respecto a la universidad, recomendamos que cada grupo sea libre de elegir su tema, que no permitan grupos mayores de 5 personas y, que continúen con las excelentes asesorías que ayudan tanto a los estudiantes en formación en la realización de un buen proyecto.

Para los próximos grupos de investigación recomendamos que realicen sus proyectos con esmero y dedicación y que sepan escoger su tema y grupo de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

COLOMBIA MÉDICA. edu.co/vol32No1/calidad.htm

MALAGÁN LONDOÑO. Garantía de Calidad en Salud. 2da Edición. Bogotá 2000.
Editorial Panamericana. Pág. 37-40

MALAGÁN LONDOÑO. Administración Hospitalaria. 2da Edición, Bogotá 2000.
Editorial Panamericana. Pág. 560 - 562

MALAGÁN LONDOÑO. Auditoria en Salud. Bogotá 1998. Editorial
Panamericana. Pág. 485- 487

OSPINA LUGO, Julio Enrique. Gestión en Salud. Editorial Castillo Ltda.. Págs.
131-132, 181-184.

Régimen de Seguridad Social en Colombia. Decreto 2309. LEGIS 2002. Págs.
172 – 173.

Sistema de Seguridad Social en Colombia. Decreto 2309 de 2002. Editorial Legis.
Artículo 4.

TEMES MONTES, José Luis. Gestión Hospitalaria. Mc Graw Hill. Págs. 543 – 545

HOROVITS, Jacques. La calidad del servicio. Santa fe de Bogotá 1998. Editorial Mac graw hill.

TORRES SERNA, Camilo. Estrategia gerencia para la salud. Cali 2000.

MEJIA GARCIA, Braulio. Gerencia de proceso para la organización y el control interno de empresas de salud. 3ed. Bogotá 2002.

MENDEZ ALVAREZ, Carlos Eduardo. Metodología y guías para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas contables y administrativas. Editorial Mac graw hill. 1998.

BELTRAN MARTINEZ, Sughey, MERCADO RUIZ, Cielo, MOGOLLON ROMERO, Fabiola, RODRIGUEZ TOVAR, Liliana, SANDOVAL ARZUZAR, Silvana, TORRES ORTEGA, Digna. Perfil de la calidad en la prestación de servicios fisioterapéuticos generados en los consultorios declarados en la oficina de garantía de calidad de la secretaria Distrital de salud de Barranquilla. 2002.

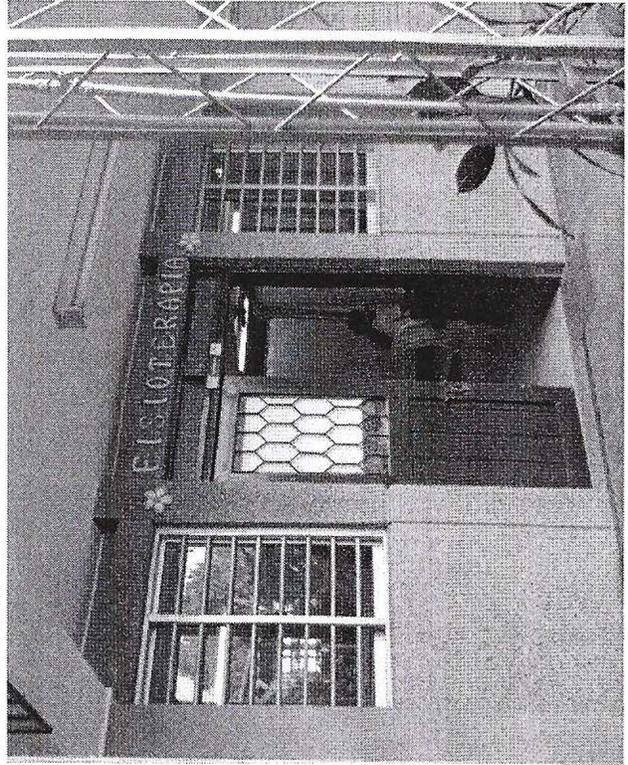
AMENOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

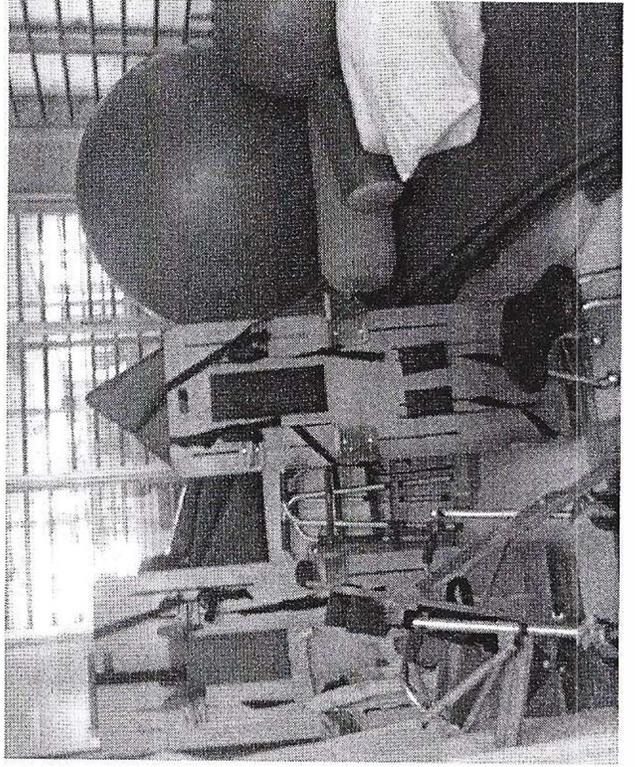
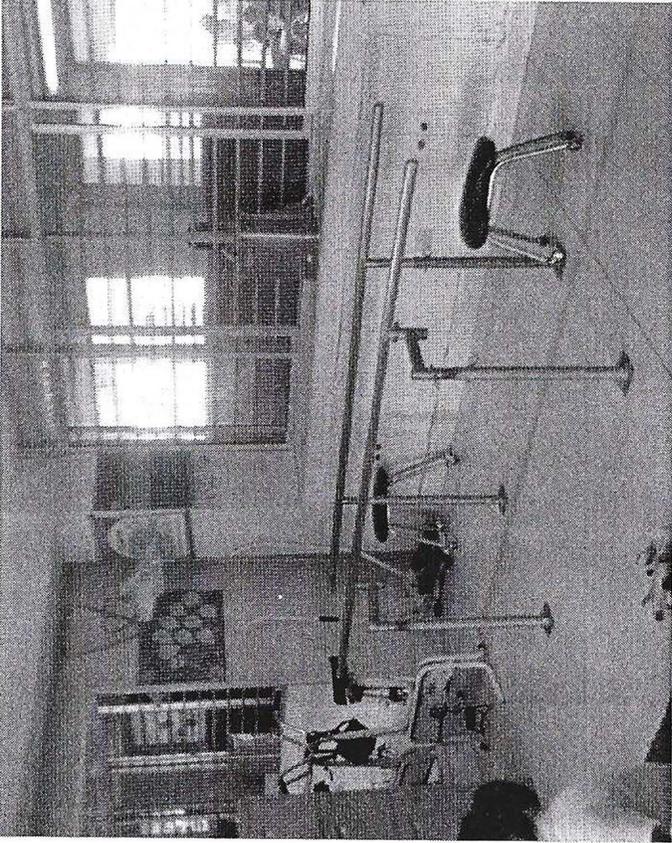
AÑO 2005		AÑO 2006											
TEMAS	SEP	OCT	NOV	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Exploración bibliográfica	X												
Título	X												
Planteamiento problema		X		X									
Justificación		X			X								
Propósito													
Objetivos		X				X							
Marco teórico	X	X					X						
Tipo de estudio			X					X					
Población y muestra			X									X	
Unidad de análisis			X										
Fuente de información			X								X	X	
Operacionalización de variables								X			X	X	
Proceso de tabulación y recolección												X	
Asesorías					X	X	X	X		X	X	X	X
Visitas a san Camilo	X						X	X		XX	X	X	X
Visitas a secretaria de salud							X	X					
Correcciones											X	X	
Periodo de vacaciones									X				
Entrega del proyecto													X
correcciones													X



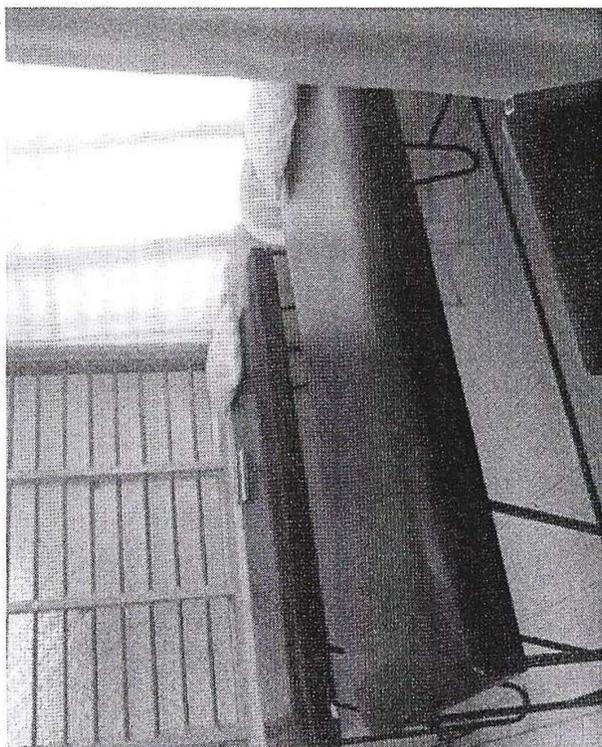
ANEXO 1



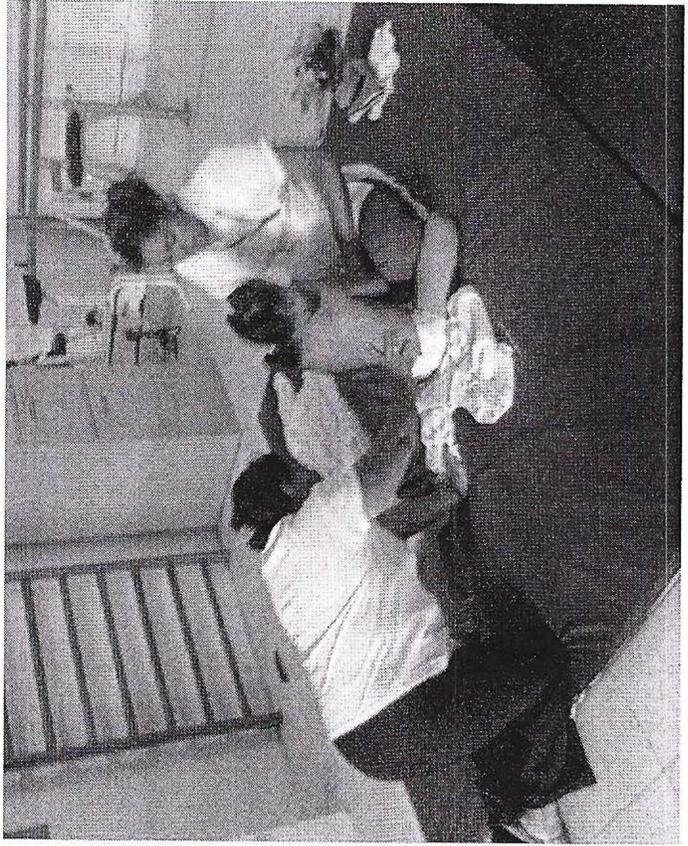
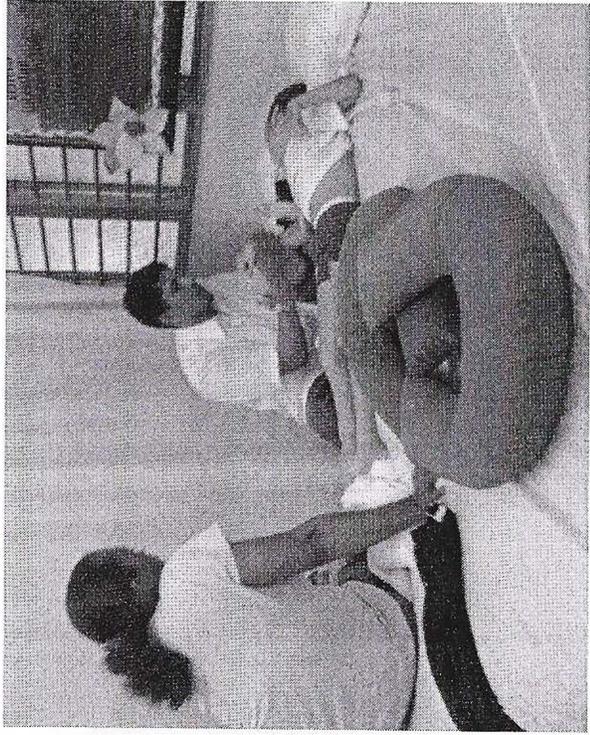
ANEXO 2



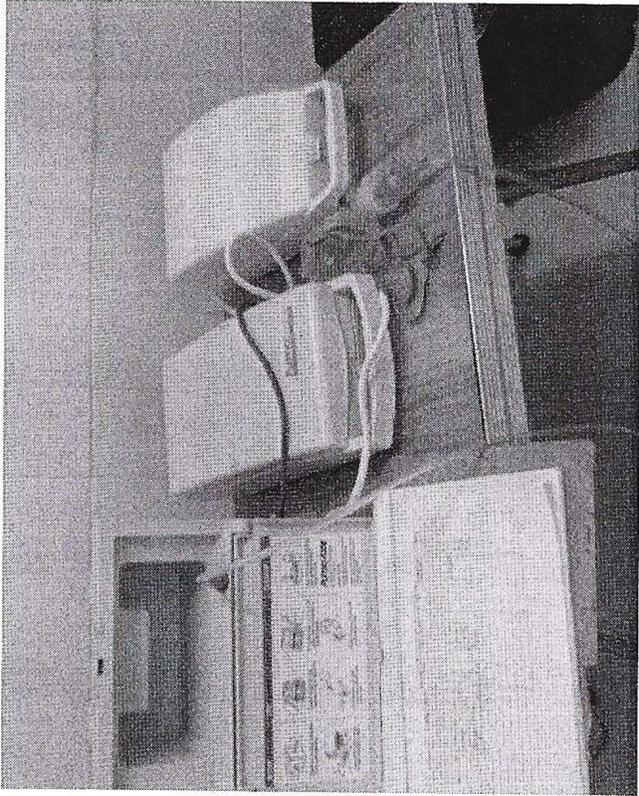
ANEXO 3



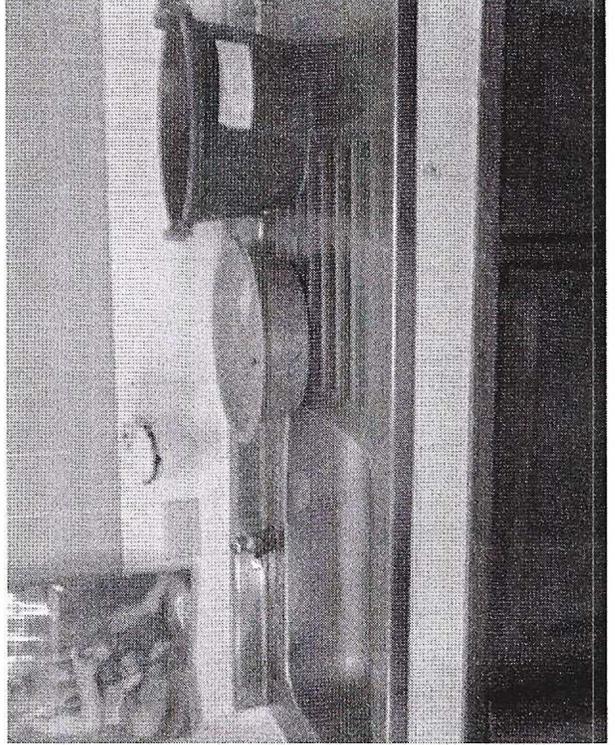
ANEXO 4



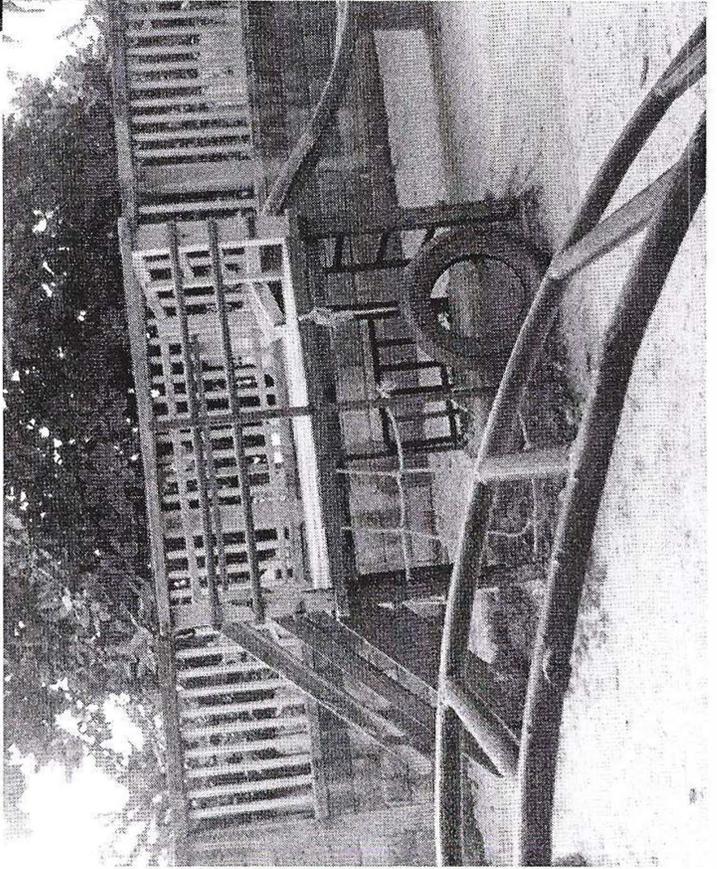
ANEXO 5



ANEXO 6



ANEXO 7



APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

ENCUESTA N° 2

RECURSO HUMANO:

1. ¿QUE TIPO DE CONTRATACION TIENE LA FISIOTERAPEUTA QUE LABORA EN LA INSTITUCION?

- a) Carrera Administrativa
- b) Contratación definida
- c) Contratación indefinida

2. ¿CON QUE PERIODICIDAD SE EVALUAN LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LOS FISIOTERAPEUTAS?

- a) Cada un año
 - b) Cada 2 años
 - c) Cada 3 años o mas
- Cual? _____

IMPACTO DE FISIOTERAPIA

3. ¿CUALES SON LOS ÍNDICES DE MORBILIDAD MÁS FRECUENTES DE LOS SIGUIENTES SISTEMAS (5):

a) Osteomuscular

_____	_____	_____
_____	_____	_____

b) Cardiopulmonar

_____	_____	_____
_____	_____	_____

c) Nervioso

_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. ¿CUÁL ES EL GRUPO ETARIO QUE MAS SE AFECTA?

- a) 0 a 10 años
- b) 11 a 20 años
- c) 21 a 30 años
- d) 30 a +

NORMAS DE BIOSEGURIDAD

5. ¿CUENTA EL SERVICIO AL MOMENTO DE REALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS CON ELEMENTOS MINIMOS DE PROTECCION PERSONAL?

- a) Si
- b) No

6. ¿LOS EQUIPOS EMPLEADOS EN EL PROCEDIMIENTO DE TERAPIA RESPIRATORIA SON REUTILIZADOS?

- a) Si
- b) No

7. ¿CON QUE FRECUENCIA SE REALIZA EL PROCESO DE ASEPSIA DE LAS MANOS DE LA FISIOTERAPEUTA?

- a) Antes de un procedimiento
- b) Después de un procedimiento
- c) Antes y después de un procedimiento

8. ¿EL SERVICIO CUENTA CON SEÑALIZACION?

- a) Si
- b) No

INFRAESTRUCTURA

9. ¿EN QUE ESTADO SE ENCUENTRAN LOS EQUIPOS ACTUALMENTE?

- a) Bueno
- b) Malo
- c) Regular

10. CON QUE PERIODICIDAD SE LE REALIZA EL MANTENIMIENTO A LOS EQUIPOS DE TERAPIA FISICA Y TERAPIA RESPIRATORIA:

- a) Cada 6 meses
- b) Cada un año
- c) Cada año y medio o mas
Cuanto? _____

11. CUENTA CON TABLAS O MEDIOS INFORMATIVOS O ACTUALIZADOS DE DOSIFICACION O ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- a) Si cuenta
- b) No cuenta

- 12. LA TEMPERATURA EN QUE SE ALMACENAN LOS MEDICAMENTOS ES:

- a) Adecuado
- b) Inadecuado

13. CADA CUANTO SE HACE EL STOCK DE LOS MEDICAMENTOS PARA VERIFICACION DE LA FECHA DE VENCIMIENTO:

- a) 1 mes
- b) 2 meses
- c) 3 meses o más

ANEXO 3:

NOMBRE SERVICIO DE TERAPIAS
 CATEGORÍA COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA
 COMPLEJIDAD BAJA

Criterio	C	NC	NA	NV	OBSERVACIONES
1 RECURSO HUMANO					
El servicio cuenta con					
1.1 Si ofrece medicina física y rehabilitación cuenta con médico especialista en medicina física y rehabilitación					
1.2 Si ofrece TERAPIA DEL LENGUAJE cuenta con fonoaudiólogo o terapeuta del lenguaje					
1.3 Si ofrece TERAPIA REPIRATORIA cuenta con fisioterapeuta o terapeuta respiratoria					
1.4 Si ofrece TERAPIA FÍSICA cuenta con fisioterapeuta					
1.5 Si ofrece TERAPIA OCUPACIONAL cuenta con terapeuta ocupacional					
2 INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES FÍSICAS					
2.1 Dispone de áreas específicas de acuerdo con los servicios que ofrezca: Medicina física y rehabilitación, Terapia física, Terapia ocupacional, Terapia del lenguaje, Terapia respiratoria.					
El servicio cumple además con las siguientes áreas y condiciones específicas, de acuerdo con el tipo de servicio ofrecido					
2.1 Disponibilidad de baño para pacientes					
Si el servicio ofrece rehabilitación cardíaca cuenta con los siguientes ambientes:					

2.2 Área de preparación y baño para pacientes				
2.3 Área para procedimientos				
2.4 Área para recuperación				
Para terapia respiratoria:				
2.5 Área para procedimientos la cual es ventilada y garantiza condiciones de asepsia				
2.6 Área para el lavado y desinfección de equipos				
2.7 Disponibilidad de oxígeno				
Para terapia física o terapia ocupacional:				
2.8 Área de Interrogatorio o consultorio				
3 DOTACIÓN				
3.1 Cada servicio ofrecido cuenta con los materiales, y equipos necesarios de acuerdo con los procedimientos que realice.				
Si el servicio de medicina física y rehabilitación ofrece rehabilitación cardiaca cuenta con:				
3.2 Banda sin fin				
3.3 Ciclo ergómetro				
3.4 Monitoreo Cardíaco directo (con electrodos)				
3.5 Equipo de reanimación				
3.6 Desfibrilador				

Exigencias de distrisalud para la prestación del servicio de fisioterapia en una IPS.



NOMBRE DEL CENTRO:

TIPO DE SERVICIO: FISIOTERAPIA

RECURSOS HUMANOS

Cuenta el centro con un fisioterapeuta certificado por una institución superior calificada	Si	no
si ofrece terapia respiratoria cuenta con un terapeuta respiratorio	Si	no
Si ofrece terapia física cuenta con un fisioterapeuta.	Si	no
En caso de haber practicantes son estos vigilados constantemente por el fisioterapeuta de planta.	Si	no
Son evaluados constantemente para poner a prueba sus conocimientos	Si	no
Asisten los practicantes continuamente a jornadas de capacitación y actualización de conocimientos	Si	no

INFRAESTRUCTURA E INSTALACION FISICA

Dispone áreas específicas de acuerdo a los servicios ofrecidos; rehabilitación, terapia respiratoria, crecimiento y desarrollo acondicionamiento físico.	Si	no
Cuenta el servicio con disponibilidad de baño para los pacientes.	Si	no
TERAPIA RESPIRATORIA		
El área de terapia respiratoria se encuentra ventilada y garantiza condiciones de asepsia	Si	no
Cuenta con equipos para el lavado y desinfección de equipos.	Si	no
Dispone de oxígeno	Si	no
TERAPIA FISICA		
El servicio cuenta con un área de interrogatorio o consultorio	Si	no
El servicio ofrecido cuenta con materiales necesarios para la realización de procedimientos	Si	no
Banda sin fin	Si	no
Camillas	Si	no
Ultrasonido	Si	no
Tens	Si	no

Vibradores	Si	no
Rayos infrarrojos	Si	no
Rayos ultravioleta.	Si	no
CRECIMIENTO Y DESARROLLO		
Cuenta el servicio con un área aparte para crecimiento y desarrollo	Si	no
Cuenta con el equipo necesario	Si	no
Peso	Si	no
Tallmetro	Si	no
Termómetro	Si	no
Juegos didácticos	Si	no

ENCUESTA REALIZADA A USUARIOS:

NOMBRE:

DIAGNOSTICO MEDICO:

TIEMPO DE EVOLUCION:

ASPECTOS HUMANOS:

Se le atiende con respeto a su llegada al servicio de fisioterapia	Si	no
Son atendidas las sugerencias realizadas al servicio de fisioterapia	Si	no
Se le dan instrucciones claras y amables al momento de hincar la sesión de terapia.	Si	no

Calidad de servicio

1. al momento de la llegada por primera vez al servicio de fisioterapia la evaluación realizada fue:

Verbal: _____

Con realización de actividades: _____

Mixta:(ítems anteriores) _____

No se realizo evaluación: _____

2. Según su criterio la evaluación realizada fue:

Buena _____

Regular _____

Mala _____

3. su sesión de terapias tiene un tiempo de duración de:

15 a 20 minutos: _____

20 a 30 minutos: _____

30 a 45 minutos _____

Mas de 45 minutos: _____

4. cuando se le explica el porque de la realización de los procedimientos se hace de forma:

Buena _____

Regular _____

Mala _____

No se le realizan procedimientos: _____

- ⑤ al momento de realizar los procedimientos activos (ejercicios) el terapeuta le indica:

De manera verbal: _____

A través del ejemplo: ____

No le indica: _____

Con respecto a la sesión de terapia:

1 durante la realización del procedimiento:

El terapeuta esta con usted en todo momento: ____

Revisa el procedimiento constantemente: ____

Revisa el procedimiento de forma regular: ____

No revisa el procedimiento: _____

2 .cuando se le coloca medio físico el terapeuta esta atento a manifestación de dolor o incomodidad:

Si ____

No ____

3. se le advierte el como y el por que debe realizar los ejercicios:

Si ____

No ____

4. se le dan indicaciones a tener en cuenta en su casa para un mejor desarrollo del tratamiento:

Si ____

No ____

Con respecto al tratamiento:

1. Los resultados obtenidos en el desarrollo del tratamiento han sido:

Bueno _____

Regulares _____

Malos _____

No ha obtenido resultados: _____

El siguiente es el texto del Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002, a través del cual el Gobierno establece el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, que busca mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

"MINISTERIO DE SALUD

DECRETO NUMERO 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.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; en los artículos 576, 577, 578, 579, 580 y 593 de la Ley 9 de 1979; en los artículos 1 y 49 de la Ley 10 de 1.990; en los artículos 153, 173, 176, 178, 180, 184, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993, y en los artículos 42, 43, 44 y 56 de la Ley 715 de 2.001

DECRETA

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 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 1993, 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.

PARAGRAFO. 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.

ARTICULO 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.

PARAGRAFO. 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 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

TITULO II

ORGANIZACION DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

ARTICULO 5. DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

ARTICULO 6. CARACTERISTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION 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.

ARTICULO 7. COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como componentes:

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

PARAGRAFO 1. El Ministerio de Salud ajustará 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 del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales y Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

PARAGRAFO 2. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada y los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento de este sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de Salud.

ARTICULO 8. RESPONSABILIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD, LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LAS ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Ministerio de Salud desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente Decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, y prestará asistencia técnica a los integrantes del sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y aplicará las sanciones de su competencia.

A las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones,

las disposiciones establecidas en el presente Decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

A las Entidades Municipales de Salud, en desarrollo de sus propias competencias, les corresponde realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, que prestan servicios de salud a la población no afiliada en sus jurisdicciones.

TITULO III

DEL SISTEMA DE HABILITACION

ARTICULO 9. SISTEMA UNICO DE HABILITACION. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

CAPITULO I

DE LA HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS DEFINIDOS COMO TALES

ARTICULO 10. CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA. 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 Unico de Habilidadación 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.

PARAGRAFO. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

ARTICULO 11. DE LA SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de

influencia y la liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

PARAGRAFO. El Ministerio de Salud establecerá los datos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

ARTICULO 12. DE LAS CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNICO ADMINISTRATIVA. Son condiciones técnico administrativas para una Institución Prestadora de Servicios de Salud:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que le permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

ARTICULO 13. REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Es la base de datos del Ministerio de Salud y las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en el cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales que se encuentran habilitados.

De conformidad con lo señalado por el Artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTICULO 14. FORMULARIO DE INSCRIPCION 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

PARAGRAFO 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 sólo 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.

PARAGRAFO 2. El Prestador de Servicios de Salud o el definido como tal deberá 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 1979, el Artículo 49 de la Ley 10 de 1990 y el Artículo 5 del Decreto 1259 de 1994.

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 1979.

ARTICULO 17. TERMINO 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.

ARTICULO 18. REVOCATORIA DE LA HABILITACION. 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.

ARTICULO 19. OBLIGACIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS DEFINIDOS COMO TALES RESPECTO DE LA INSCRIPCION 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

PARAGRAFO. 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 impuestas y levantadas, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 576 de la Ley 9 de 1979.

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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 24. VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACION. 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 y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

PARAGRAFO. 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.

ARTICULO 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 al establecimiento de nuevos planes.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 30. RESPONSABILIDADES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, LAS ENTIDADES ADAPTADAS Y LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada no podrán prestar servicios a sus afiliados a través de Prestadores de Servicios de Salud u otros definidos como tales que no cumplan con la totalidad de las condiciones de habilitación que les sean exigibles.

PARAGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada podrán realizar visitas de seguimiento a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales que integran su red de servicios, para verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como

tales y para constatar las condiciones de calidad en las cuales se están prestando los servicios dentro de los parámetros que defina el Ministerio de Salud.

En caso de encontrar que no se está cumpliendo con una o más de dichas condiciones, la Entidad Promotora de Salud, la Administradora del Régimen Subsidiado, la Entidad Adaptada o la Empresa de Medicina Prepagada deberá poner este hecho en conocimiento de la Entidad Departamental o Distrital de Salud competente y deberá cesar la prestación de servicios a sus afiliados a través de este Prestador de Servicios de Salud u otro definido como tal, de acuerdo con lo establecido en el Numeral 6 del Artículo 178 de la Ley 100 de 1.993 y en concordancia con el literal b del Artículo 576 de la Ley 9 de 1.979.

CAPITULO II

DE LA HABILITACION DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, LAS ENTIDADES ADAPTADAS Y LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA

ARTICULO 31. CONDICIONES BASICAS PARA LA HABILITACION DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, LAS ENTIDADES ADAPTADAS Y LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA. Son las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, definidas por el Gobierno Nacional, de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

ARTICULO 32. DE LA HABILITACION DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, LAS ENTIDADES ADAPTADAS Y LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA. El procedimiento de autorización de funcionamiento establecido en el Artículos 1 de la Ley 10 de 1.990, los Artículo 180 y 215 de la Ley 100 de 1993 y en las demás disposiciones vigentes sobre la materia, se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades.

ARTICULO 33. DE LA ENTIDAD COMPETENTE. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

PARAGRAFO. El Ministerio de Salud establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades.

Una vez adoptado dicho procedimiento, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada dispondrán de un término de seis meses contado a partir de la expedición del mismo, para demostrar ante la entidad de control el cumplimiento de las

condiciones de operación establecidas.

ARTICULO 34. VIGENCIA DE LA HABILITACION. La habilitación se otorgará a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada por un término indefinido.

Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, deberán mantener y actualizar permanentemente las condiciones exigidas por el Gobierno Nacional, conforme lo establece el Artículo 1 de la Ley 10 de 1990 y los Artículos 180 y 215 de la Ley 100 de 1993.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de éstas entidades.

ARTICULO 35. REVOCATORIA DE LA HABILITACION. La Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la habilitación otorgada a una Entidad Promotora de Salud, una Administradora del Régimen Subsidiado, una Entidad Adaptada o una Empresa de Medicina Prepagada cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento. El incumplimiento de las condiciones de habilitación por parte de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada dará lugar a la imposición de sanciones de Ley previo agotamiento del debido proceso y la garantía de la doble instancia.

TITULO IV

DE LOS PROCESOS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD

ARTICULO 36. DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Unico de Habilidadación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
 2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
 3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.
-

PARAGRAFO. Para todos los efectos de esta norma debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica de que tratan los Artículos 227, y 232 de la Ley 100 de 1.993.

ARTICULO 37. NIVELES DE OPERACION DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

ARTICULO 38. TIPOS DE ACCIONES. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

ARTICULO 39. ENFASIS DE LA AUDITORIA SEGUN TIPOS DE ENTIDAD. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades, y con el énfasis que se precisa a continuación:

1. En las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada. Estas instituciones
-

deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención, y la satisfacción de los usuarios.

2. En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas entidades deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. En las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Corresponde a estas organizaciones asesorar a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el desarrollo de sus procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población no afiliada, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

PARAGRAFO. Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas que expida el Ministerio de Salud.

ARTICULO 40. PROCESOS DE AUDITORIA EN LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, LAS ENTIDADES ADAPTADAS Y LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red; el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia; y verificará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados.

Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, y al acceso y oportunidad de los servicios.

ARTICULO 41. PROCESOS DE AUDITORIA EN LAS ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población no afiliada, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las

Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales se les aplicarán las disposiciones contempladas para las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

De igual manera, les corresponde asesorar a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada y a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, sobre los Procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

ARTICULO 42. PROCESOS DE AUDITORIA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el Artículo 6 del presente Decreto.
2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos.

ARTICULO 43. PROCESOS DE AUDITORIA EXTERNA DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD, LAS ADMINISTRADORAS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, LAS ENTIDADES ADAPTADAS Y LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y LOS DEFINIDOS COMO TALES. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada incorporarán, en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador.

ARTICULO 44. IMPLANTACION. Las instituciones obligadas a desarrollar los procesos de auditoría tendrán un plazo de seis (6) meses, contados a partir de la vigencia del presente Decreto, para diseñar e implantar los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, de acuerdo con las disposiciones consagradas en esta norma y en las pautas indicativas que expida el Ministerio de Salud.

ARTICULO 45. VIGILANCIA, INSPECCION Y CONTROL. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la Ley, previo agotamiento del debido proceso y el respeto del principio de la doble instancia.

TITULO V

DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION

ARTICULO 46. DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada éstas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

ARTICULO 47. PRINCIPIOS. El Sistema Unico de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

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

ARTICULO 48. DE LA ENTIDAD ACREDITADORA. El Sistema Unico de Acreditación estará orientado y dirigido por una única Entidad Acreditadora, quien será seleccionada por el Ministerio de Salud y será la responsable de conferir o negar la acreditación a las entidades que se acojan a este proceso.

ARTICULO 49. MANUAL DE ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION. Durante los primeros tres (3) años contados a partir de la vigencia de esta norma, la Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Unico de

Acreditación que para el efecto adopte el Ministerio de Salud. Con posterioridad a esta fecha se aplicaran los estándares que defina el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

Los Manuales de Estándares deberán revisarse por lo menos cada tres (3) años, y ajustarse en caso necesario, por parte del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) o por la entidad que haga sus veces como Organismo Nacional de Normalización, sin que para ello se requiera modificar el presente Decreto.

PARAGRAFO. En caso de constituirse una Unidad Sectorial de Normalización en Salud, de conformidad con las normas vigentes sobre esta materia, será este organismo el encargado de ajustar los estándares y los demás documentos técnicos del Sistema Unico de Acreditación, en coordinación con el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC).

ARTICULO 50. VIGILANCIA, INSPECCION Y CONTROL. Para efectos de ejercer las funciones de vigilancia, inspección y control del Sistema Unico de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

TITULO VI

DEL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD.

ARTICULO 51. DEL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD. El Ministerio de Salud implantará un Sistema de Información para la Calidad que estimule la competencia por calidad entre los agentes del sector y que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

TITULO VII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

ARTICULO 52. TRANSICION. Todos los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales que al momento de entrar en vigencia la presente norma estén prestando servicios de salud, tendrán un plazo máximo de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para presentar por primera vez el Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores. Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá

continuar la operación.

ARTICULO 53. VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, especialmente el Decreto 2174 de 1996, los Artículos 4 al 9 del Decreto 2240 de 1996, los Decretos 1392 y 2753 de 1997, el Decreto 204 de 1998, el Artículo 42 del Decreto 1546 de 1998, y el Artículo 24 del Decreto 047 de 2000 y demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

-- ALVARO URIBE VELEZ

PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

--- JUAN LUIS LONDOÑO

MINISTRO DE SALUD".
