

Visión Informativa

ABRIL - MAYO DE 2011

Una Publicación de FUNDACIÓN VISIÓN SALUD

ACREDITACION, CALIDAD Y EXCELENCIA EN EL SERVICIO

INFORMES E INSCRIPCIONES

NEIVA: 873 2442
311 2360652 - 313 6522822

CALI: 312 2066362
congreso@funvisionsalud.org
www.funvisionsalud.org

1^{er.} CONGRESO SURCOLOMBIANO DE CALIDAD EN SALUD

Neiva Huila - Agosto 11 y 12 de 2011

Invitado Especial:

Dr. Carlos Edgar Rodríguez Hernández
Director Nacional de Acreditación en Salud
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
ICONTEC

Conferencia:

Humanización y Acreditación en Salud



"Figura masculina con rasgos felinos, lleva en sus manos una serpiente símbolo de la fertilidad para los antiguos pobladores de la cultura agustiniiana ubicada en el sur del huila, probablemente se trate de un chaman o sacerdote, rindiendo culto religioso o realizando un ritual a la fertilidad. El Chaman entre otras funciones juega el papel de curandero, recupera el alma perdida de las personas enfermas, devolviéndoles su salud física y espiritual, para este caso el chaman cura la infertilidad. (Chaman = "uno que sabe")

E ditorial

Apreciados lectores: Con orgullo presentamos a la comunidad empresarial que nos lee en Colombia la edición número 19 de nuestro periódico Visión Informativa. En esta ocasión tres artículos interesantísimos a su disposición escritos por profesionales de alto nivel y reconocimiento. Agradecemos de manera especial a la revista Normas y Calidad por los dos artículos enviados y a la Dra. Sandra Rozo del Ministerio de la Protección Social por su aporte.

También sea esta la ocasión para invitarles a participar del Primer Congreso Surcolombiano de Calidad en Salud, evento organizado por nuestra empresa para el 11 y 12 de Agosto del presente año. Se ha logrado concretar la participación de un selecto grupo de profesionales que aportarán sus conocimientos y experiencia a los asistentes en el tema de Acreditación, Humanización, Calidad, Seguridad del Paciente, Turismo de Salud, Responsabilidad Médico Legal y una participación especial del Doctor Erick

Bausano Consultor Internacional que nos contara lo importante que es implementar el SUA pensando en la integralidad del proceso como herramienta de gestión gerencial.

Para resaltar la participación del Doctor Carlos Edgar Rodríguez Director Nacional de Acreditación del Icontec que presentara la Conferencia **"Humanización y Acreditación en Salud"** haciendo referencia al grupo de estándares que se incorpora al SUA para trabajar hacia la humanización de los servicios en las entidades de salud.

De la misma manera se contará con la participación del Gerente de la **E.S.E. HOSPITAL NAZARETH PRIMER NIVEL** de Sumapaz - Bogotá, que compartirá la experiencia vivida a través del proceso de implementación exitosa del SUA en su empresa.

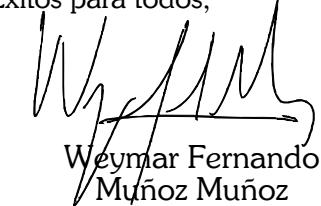
El reto es importante y esperamos una participación masiva de la comunidad empresarial del sector en el evento, lo que permitirá pensar en institucionalizar el Congreso para que anualmente lo realicemos y se convierta en una oportunidad más para el fortalecimiento institucional en el sur colombiano.

Es parte de la labor misional de la Fundación pero recordemos que esto será un éxito si podemos contar con su valiosa participación así que desde ya lo invitamos a registrarse y lo esperamos el 11 y 12 de agosto en el Congreso.

Agradecemos los comentarios y sugerencias al periódico, a nuestros correos o en el sitio destinado para tal fin en la

página web de la institución. Preparamos desde ya la edición mayo junio y las puertas están abiertas a su información.

Éxitos para todos,



Weymar Fernando
Muñoz Muñoz



Visión
Informativa

Consejo Editorial

Weymar Fernando Muñoz Muñoz
Paola Rocio Muñoz Muñoz
Ivan Dario Gómez González

INVITADOS

Dr. CARLOS EDGAR RODRÍGUEZ HERNANDEZ
Director Nacional de Acreditación en Salud
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
ICONTEC

Dra. SANDRA INÉS ROZO BOLAÑOS
Consultora de la Dirección General de Calidad de Servicios
del Ministerio de la Protección Social

Dra. SONIA MORALES DIAZ
Normalizadora
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
ICONTEC

Diseño e Impresión: Litocentral S.A.S PBX: 875 8014

INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO (SAR)



Sandra Inés
Rozo Bolaños

Consultora en Salud para procesos de Acreditación, y mejoramiento de la Calidad, Evaluadora externa de Icontec para la Acreditación de entidades del sector Salud durante 3 años y miembro del Consejo Técnico de Normalización en salud del Ministerio de la Protección Social durante 1 año.

Docente de cátedra en Gerencia de la Calidad y Gerencia Estratégica de la Universidad Militar Nueva Granada, Conferencista en eventos nacionales e internacionales.

Actualmente es consultora de la Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social como Coordinadora del Proyecto de Preparación de 200 IPS para la Acreditación, asesora del componente de Acreditación en Salud del SOGC para IPS, DTS y EPS, gestión de riesgo en salud y mejoramiento continuo de la calidad.

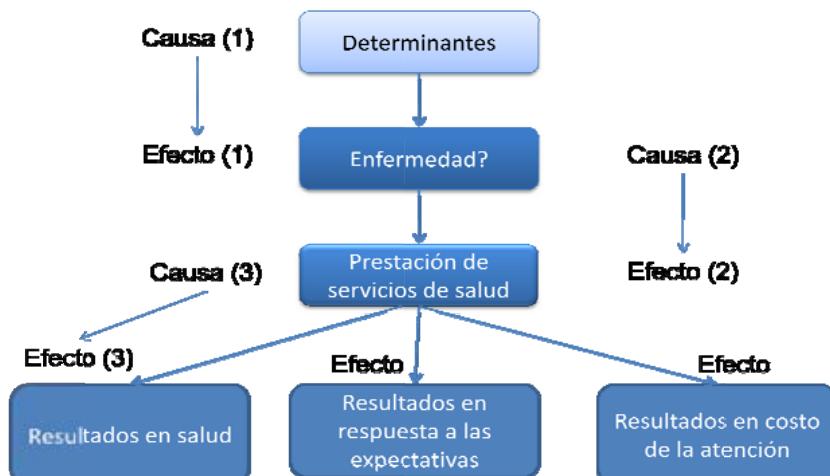
Este artículo presenta el alcance y los avances que ha tenido la implementación de la Resolución 1740 de 2008, la cual establece el Sistema de Administración de Riesgos (SAR) y define las fases para su implementación, y busca dejar planteada la Gestión de Riesgo como parte integral de

los sistemas de gestión de las entidades, como abre bocas al desarrollo de la gestión del riesgo y la obtención de resultados en salud.

¿Qué es el riesgo?

El riesgo se entiende como la posibilidad de generarse una

Gráfico 1 Elementos del riesgo desde la perspectiva de salud



Fuente: Adaptación Lineamientos Gestión de Riesgos MPS- OPS 2010

pérdida por la ocurrencia de una situación indeseable o evento. Se refiere a aquella incertidumbre que afecta negativamente el bienestar de los agentes económicos, que puede entorpecer el normal desarrollo de la entidad y que dificulta el logro de sus

objetivos; de acuerdo con la NTC 5254 se mide en términos de consecuencias y posibilidad de ocurrencia.

El riesgo incluye tres elementos: el evento cuya ocurrencia se quiere modificar, los



LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

El pasado 19 de enero se expidió la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Con esta reforma, el legislativo plantea algunas soluciones de fondo a los problemas de operación del sistema definido por la Ley 100 de 1993. Este sistema ha sido objeto de modificaciones diversas, tanto a través de fallos de las altas cortes, en especial la Constitucional, como a través de leyes, en especial, la Ley 1122 de enero de 2007. Algunas de dichas modificaciones no han avanzado más allá de la mera prescripción legal, en razón de lo cual es importante conocer y hacer seguimiento a los cambios que se pretende implementar.

Es llamativo que el Gobierno Nacional ha presentado la reforma como un cambio

orientado a la calidad en la prestación de los servicios. Sobre esa base nos proponemos reseñar a continuación, los aspectos más relevantes que aborda la ley en materia de calidad y hacer algunos comentarios que ilustren la situación. Es evidente la frecuencia con que se apela al concepto de calidad y las menciones directas e indirectas a temas relacionados con la calidad de la atención en salud.

Es importante señalar que el objeto fundamental de la Ley es fortalecer el sistema a través de "un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, permita [...] la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo..." (Art.1). Esta orientación es

CORTESIA REVISTA

NORMAS & CALIDAD



Dr. Carlos Edgar Rodriguez Hernandez

Director Nacional de Acreditación en Salud
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
ICONTEC

congruente con los problemas generados por un modelo que, en la actualidad, privilegia la atención sobre la prevención y que por tanto resulta oneroso para la sociedad y para los pacientes, genera inequidad y contradice los postulados de la calidad en los sistemas de salud. De paso es importante preguntarse cómo

se reglamentará el modelo de atención primaria y el plan de salud pública, entre otros, qué exigencias concretas de calidad se harán a los ejecutores de las atenciones, a los que las coordinan y a los que dirigen, entre otros.

La idea de fortalecer las acciones de salud

Continua **Pag. 4**

HIGIENE NORMALIZADA, APORTE PARA LA CALIDAD EN SALUD



Dr. SONIA MORALES DIAZ

Normalizadora
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
ICONTEC

CORTESIA REVISTA

NORMAS & CALIDAD



En pleno siglo XXI, con la gran divulgación hecha por entidades mundialmente reconocidas sobre la transmisión de microorganismos patógenos, nos es familiar asociar esos términos con algunos conceptos un tanto técnicos como son la limpieza, asepsia y antisepsia; conceptos en los cuales va im-

plicito el adecuado lavado de manos. Lavado que todos los seres humanos consideramos y algunos afirmamos saber hacer, pero en el momento de verificar conocimientos o técnicas claramente probadas encontramos un gran desconocimiento en la mayoría de las personas consultadas. Este

punto es de gran relevancia en la actualidad, pues las manos son consideradas un medio principal para la transmisión de microorganismos patógenos, por los diferentes elementos que pasan por ellas: superficies, objetos, pacientes, elementos de trabajo etc.

Esto puede generar un aumento no solo de infecciones aisladas, sino también incrementar la morbi-mortalidad y los costos asociados que erróneamente se pueden relacionar como consecuencia de la enfermedad inicial de los pacientes.

Es tan difícil cambiar culturalmente los hábitos adquiridos, más aún si tenemos en cuenta que en ocasiones son hábitos no tan buenos y que algunas de las personas que trabajan en el sector salud, no cumplen a

cabalidad con los tiempos asignados para cada paso, o la técnica estructurada para tal fin en la institución en que laboran, o en la escogencia del producto que cumpla con las condiciones adecuadas para ser usado en el lavado de manos.

Por este motivo, las organizaciones de salud se enfrentan a una lucha constante por crear en sus funcionarios no solamente la conciencia e importancia del lavado de manos, sino también introducir el concepto del "adecuado lavado de sus manos" en las labores cotidianas de su puesto de trabajo y desarrollar de ese procedimiento un hábito claramente estandarizado, que aporta valiosos avances al minimizar las infecciones que se presentan en los

Continua **Pag. 7**

Pag. 3 pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, en una estrategia de atención primaria en salud, busca promover la salud de la población y no solo aumentar la cantidad y la calidad de la prestación de los servicios. La Ley se orienta a unificar el plan de beneficios, garantizar la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de servicios en cualquier lugar del país y asegurar la sostenibilidad financiera, entre otros temas que han sido motivo de reclamación permanente. Es indudable que estas orientaciones, de hacerse realidad, mejorarán en forma global la calidad del sistema de salud de Colombia y reducirán problemas suficientemente discutidos como la discriminación generada por múltiples planes de beneficios o los problemas de acceso relacionados con la disponibilidad de redes de servicios. Los retos en materia de calidad apuntan a que se fijen los requisitos específicos que los equipos de trabajo de la atención primaria deben cumplir, las especificaciones técnicas sobre cobertura y calidad de las redes de servicio que se constituyan, los requisitos de habilitación, los estímulos a la acreditación, las metas e indicadores de resultado, entre otros elementos (Art. 2)

En materia de principios, se hacen algunas modificaciones a los incluidos en la Ley 100; el principio de calidad, quedó resumido en la siguiente forma: "Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente, de acuerdo con la evidencia técnico científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada" (numeral 3.8). Otros principios relacionados con la calidad son el de igualdad (3.3), eficiencia (3.9), participación social (3.10); libre escogencia (3.12); sostenibilidad (3.13); transparencia (3.14); corresponsabilidad (3.15), que toca elementos de auto cuidado y uso racional de los servicios; intersectorialidad (3.19) que se refiere a acciones



conjuntas y coordinadas de diferentes sectores; prevención (3.20) entendida aquí como "precaución que se aplica a la gestión del riesgo" (sic); continuidad (3.21).

Como se concluye, la Ley es abundante en principios, un buen número de los cuales se correlacionan en forma directa con la calidad.

Es notorio el interés del legislativo por la salud pública y la atención primaria en salud y por establecer mecanismos concretos para la operación y el seguimiento de un sistema, con base en estas premisas; en ese contexto, el título II ordena la elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, coordinado por una comisión intersectorial de salud pública, a reunirse cada seis meses y a la creación de un "Observatorio Nacional de Salud", como una dependencia del Instituto Nacional de Salud que será responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento y permitirá contar con información desagregada de resultados por asegurador, prestador, y ente territorial; en esta forma se propone hacer

un seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana.

Un aspecto trascendente es que la Ley obliga a conformar redes para las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública. Las redes deberán definirse para una población y un espacio determinados y deberán ser habilitadas por las entidades departamentales o municipales correspondientes. Este tema propone definir parámetros de calidad concretos y requisitos mínimos que deberán reglamentarse para la prestación adecuada de estos servicios. En adición, se ordena incluir programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, orientados al auto cuidado.

Sobre la atención primaria en salud, se plantea la calidad como un principio del sistema, el énfasis en las acciones inter sectoriales, la cultura del auto cuidado, la atención integral, integrada y continua, la interculturalidad, el talento humano organizado en equipos multi disciplinarios, motivado, suficiente y

cualificado, entre otros. Un aspecto clave de la calidad es la conformación de "equipos básicos de salud" a los cuales se les debe definir funciones y cumplir los requisitos de calidad para habilitarse. Más allá de estos requisitos, es importante tener claro que este enfoque también debe incidir en el diseño general del sistema obligatorio de garantía de la calidad, que hasta ahora ha tenido escaso enfoque en la promoción, la prevención, la atención primaria y la salud pública, el reto es generar las herramientas necesarias y aprovechar las buenas prácticas aprendidas y desarrolladas especialmente en la atención intrahospitalaria.

En cuanto al aseguramiento, es importante destacar las exigencias de calidad técnica a las EPS, como requisito para operar y definir un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo (Art. 25). Por otra parte, se ordena la actualización del plan de beneficios cada dos años. Un elemento de mucho interés para los usuarios es la desaparición de los períodos de carencia a partir de enero de 2012 (Art. 32).



Pag. 4 En el título VI en el que se aborda la prestación de servicios, encontramos aspectos directamente relacionados con la calidad, por ejemplo, se limita la posibilidad de contratar servicios por capitación, restringiéndola a servicios de baja complejidad, siempre y cuando de reporte con oportunidad y calidad la información (Art 52.1) y se deja explícito que la capitación no libera a las EPS de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo (Art. 52.2). Se hacen prohibiciones a las limitaciones de acceso relacionadas con mecanismos de pago, contratación de servicios, acuerdos o políticas internas, que afecten la continuidad, oportunidad y calidad o que propicien la fragmentación en la atención a los usuarios (Art.53).

En relación con los pagos a los prestadores de servicios de salud (uno de los problemas críticos para garantizar calidad en el sistema) la Ley ordena el establecimiento de plazos, condiciones, términos, porcentajes, de acuerdo con lo que ya se había señalado en la Ley 1122 de 2007, incluye intereses moratorios y ordena

desarrollar mecanismos de facturación en línea (Art. 56); a la vez, reitera lo señalado en otras normas sobre el trámite de glosas (Art. 57).

En cuanto a la habilitación de prestadores de servicios de salud, se señala en forma explícita que las EPS, las ARP (Administradoras de Riesgos Profesionales) y los prestadores deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad, que deben existir reglamentos al respecto y que se debe garantizar la verificación y revisión periódica de esas condiciones (Art. 58). Se deja la posibilidad de que los entes territoriales contraten con terceros, la actividad de verificación para garantizar oportunidad en ese proceso. Este mandato legal obliga a precisar los requisitos de habilitación y promueve la eficiencia de la verificación, uno de los escollos actuales del sistema obligatorio de garantía de calidad.

Un aspecto novedoso es la inclusión de plazos para la verificación (seis meses) cuando se trate de nuevas instituciones y la obligación de verificación previa (antes

de iniciar la prestación de servicios), cuando se trate de servicios de urgencias y servicios de alta complejidad, igualmente, se mencionan los servicios oncológicos en forma explícita. Esta medida tiene una importancia enorme en la búsqueda de garantías para los usuarios de servicios críticos, que hasta la fecha pueden ser atendidos en instituciones inscritas que no cumplen requisitos de calidad y están autorizadas para funcionar sin haber sido verificadas.

La Ley define los criterios para la conformación de redes integradas de servicios, un aspecto crucial para la optimización de recursos y evitar la duplicación de esfuerzos, imponiendo como criterio el cumplimiento de los estándares de habilitación para cada uno de los integrantes de la red, con lo cual se fortalece el marco de exigencias del sistema obligatorio de garantía de calidad (Art. 60 y siguientes).

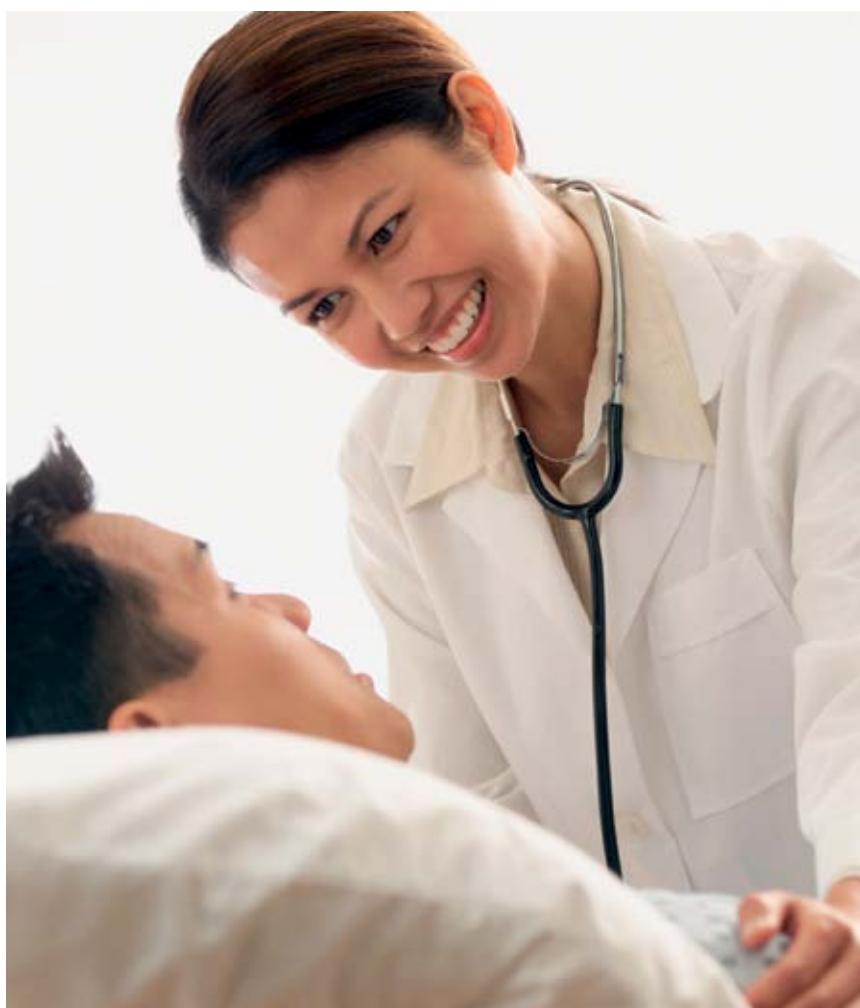
Se establece un programa de fortalecimiento de hospitales públicos, ordenando la constitución de un fondo con recursos del presupuesto nacional y creando incentivos como préstamos condonables, en especial para dotación tecnológica y para capacitación del talento humano en las Empresas Sociales del Estado que demuestren buenos resultados en indicadores y documenten trabajo en el proceso de calidad (Art. 69). En los procesos de evaluación a directores de hospitales se ordena el desarrollo de un plan de gestión y un informe anual en el que se incluyen entre otros aspectos de evaluación la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios. (Art. 72). A este fortalecimiento del modelo evaluativo se suma la obligación de contar con un informe de riesgo teniendo en cuenta las condiciones de mercado y de equilibrio y viabilidad financiera entre otros (Art.80).

En materia de talento humano, la Ley incluye aspectos claves para mejorar la calidad en la formación, se precisa el concepto de escenario de práctica y se definen los

requisitos para los hospitales universitarios, incluyendo que estén habilitados y acreditados (Art. 99 y 100) para el cumplimiento de los requisitos establecidos y conservar la denominación de universitario, se fija como plazo el primero de enero de 2016. Con esta decisión se ratifica lo establecido en la Ley 1164 de 2007, en el sentido de que los hospitales universitarios deben acreditarse. Otro aspecto de alto impacto sobre la calidad de la atención en relación con el talento humano, es la decisión de que el personal misional permanente de las instituciones prestadoras de servicios de salud no podrá estar vinculado mediante cooperativas de trabajo asociado o cualquier modalidad que afecte derechos constitucionales, legales y prestacionales (Art. 103).

En el capítulo V se ordena la definición e implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados y que tendrá como mínimo: la consolidación del componente habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, prestadores de servicios, EPS, ARP, incluyendo el establecimiento de las condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios; el establecimiento de incentivos para la acreditación y el fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores de resultado (Art. 107 y 108).

Otro aspecto de la calidad en el que se reclamaba un fortalecimiento de las exigencias a los diferentes actores, es el relacionado con la difusión de información a los usuarios, sobre el particular la ley contempla la obligatoriedad de audiencias públicas para las EPS y las Empresas Sociales del Estado, por lo menos una vez al año. A las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud las obliga a publicar anualmente por internet sus indicadores de calidad





**Pag.
5** (Art. 109). En este contexto de difusión de información, se promueve desarrollar un sistema de evaluación y calificación que permita conocer a más tardar el primero de marzo de cada año como mínimo: número de quejas, gestión del riesgo, programas implementados de prevención y control de enfermedades, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera, administración y flujo de recursos.

En la articulación del sistema de información (Art. 112) se plantea articular las múltiples bases de datos del sistema (Registraduría, hacienda, impuestos, SISBEN, EPS) y fija que la historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación, a partir del año 2014. También se ordena la definición y

contratación de un plan para garantizar la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de la salud, en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones (Art. 113).

En materia de inspección, vigilancia y control, la Ley propone la desconcentración de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual podrá delegar funciones a nivel departamental y municipal, sobre el punto se señala que “la superintendencia ejecutará sus funciones de manera directa o por convenio interadministrativo con las direcciones departamentales o distritales de salud, acreditadas”.

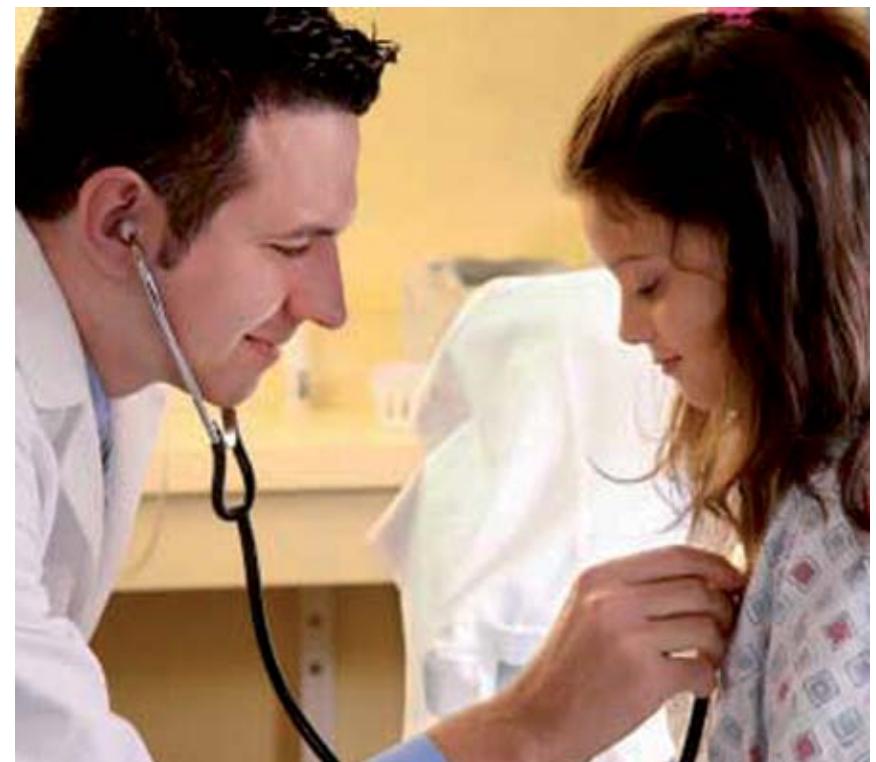
En el título VIII sobre “los usuarios del sistema”, encontramos aspectos sustanciales relacionados con la calidad: la orden de definir una política nacional

de participación social (Art. 136); la financiación de la figura del “defensor de usuario de la salud” definida en la Ley 1122 de 2007 (Art. 137); la adopción de un sistema único de trámites en salud que incluya: afiliación, recaudo, autorización, registro, auditoría, facturación y pago de los servicios de salud (Art. 138). En este título también se incluyen los deberes y obligaciones de los usuarios (Art. 139), de los cuales resaltamos: buena fe, suministrar información oportuna, informar hechos que afecten al sistema, procurar su cuidado y el de su familia, pagar las cotizaciones e impuestos, cumplir las citas, participar y hacer uso racional de los recursos.

Para terminar es importante anotar que el legislativo hizo un esfuerzo evidente de análisis de la realidad y necesidades críticas del sistema, en materia de calidad y que plasmó en la reforma buena parte de las inquietudes que los interesados y estudiosos del tema hemos planteado sobre el particular. Nos corresponde a todos hacer el seguimiento necesario al ejecutivo para verificar que se reglamenten efectivamente los contenidos y sobre todo que todas las partes le apostemos a cumplir la ley.

La calidad en la reforma, veinte ideas claves:

1. Unificación y actualización del plan de beneficios
2. Portabilidad nacional
3. Plan decenal de salud pública
4. Atención primaria en salud
5. Habilitación para los equipos básicos de salud
6. Metas e indicadores de resultado.
7. Requisitos de habilitación para EPS, ARP, secretarías de salud, IPS
8. Habilitación previa en servicios de urgencias y alta complejidad
9. Habilitación de redes integradas de servicios de salud
10. Determinación de riesgo de Empresas Sociales del Estado
11. Instituto de evaluación de tecnología
12. Hospitales universitarios acreditados
13. Plan nacional de mejoramiento de la calidad
14. Incentivos a la acreditación
15. Sistema de información para la calidad
16. Audiencias públicas y resultados en internet
17. Historia clínica electrónica obligatoria
18. Política nacional de participación social
19. Defensor del usuario en salud y sistema único de trámites
20. Deberes y obligaciones de usuarios

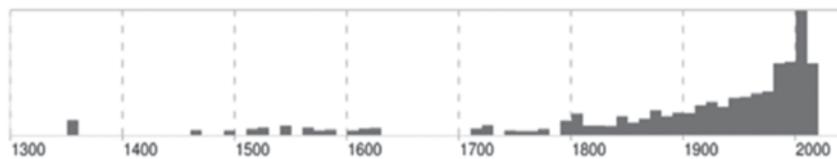


Pag.
3 pacientes, el trabajador y en muchos casos hasta en la familia de los trabajadores.

Hagamos un corto recorrido histórico en el tema de las infecciones. Al realizar una búsqueda cronológica de artículos científicos a través de los siglos sobre el tema, encontramos un aumento significativo y relevante de publicaciones relacionadas; que no solamente resulta obvio con el avance tecnológico que facilita la publicación de artículos importantes, sino que también nos permite evidenciar el notable interés por profundizar y generar



1300-2011



evidencia a aquellos estudiosos de las infecciones.

Hechos que marcaron la historia pueden ser descubrimientos maravillosos como el de la famosa y aún vigente penicilina, descubierta por Alexander Fleming en 1928, médico catedrático de bacteriología y premio Nobel británico, conocido por el descubrimiento de la lisozima, un antiséptico presente en las lágrimas, las secreciones corporales, la albúmina y ciertas plantas hacia 1922, y quien accidentalmente cuando investigaba sobre la gripe, observó que un moho que contaminaba una de sus placas de cultivo había destruido la bacteria cultivada en ella, lo cual sentó las bases de la terapia con penicilina, y posteriormente la terapia antibiótica.

Pero no podemos dejar de lado hechos relacionados, no tan nombrados pero que marcaron un camino claro para llegar a descubrimientos como el de Alexander Fleming. Y me refiero específicamente a Florence Nightingale, enfermera, quien en 1858 es decir varios años atrás, promueve la reforma hospitalaria motivo por el cual se conoce como la madre de

la enfermería moderna, pues crea un modelo conceptual fruto de su experiencia como enfermera voluntaria en hospitales militares durante la



guerra de Crimea. Su brillante labor consiguió disminuir la mortalidad de los militares hospitalizados y contribuyó a corregir problemas de sanidad afirmando la necesidad de un ambiente seguro y saludable al tratar "cinco puntos esenciales: el aire puro, agua pura, desagües eficaces, limpieza y luz". Con una posición tan clara sobre el entorno del enfermo y para contribuir con estos cinco puntos, todos aquellos que tuvieran que ver con el paciente durante su enfermedad debían

presentarse perfectamente limpios, aseados y realizar un lavado previo de sus manos. Posturas tan interesantes desde hace casi dos siglos, siguen actualmente vigentes, más aún al poder demostrar por medio de pruebas estandarizadas y debidamente aprobadas, la presencia de microorganismos patógenos cuando el proceso no se desarrolla adecuadamente.

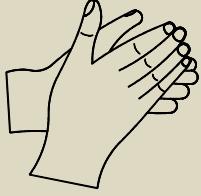
Con el fin de fortalecer conocimientos y facilitar la estandarización de técnicas y ensayos, el Comité Técnico de Normalización 81 Desinfectantes y productos

afines para uso hospitalario estudió dos normas que fueron aprobadas en diciembre de 2010 y que contienen métodos de ensayo y requisitos para productos utilizados en el lavado quirúrgico e higiénico de las manos en fase 2 etapa 2.

Estas normas son de vital importancia cuando se trata de verificar la acción de un antiséptico o un desinfectante; pues resulta insuficiente realizar el procedimiento de lavado con la técnica adecuada y luego un cultivo de gérmenes patógenos para que se demuestre su efectividad.



Se vierte un volumen apropiado de producto para el lavado de las manos, Ro P, en la concavidad formada entre las manos previamente humedecidas, y se lavan las mismas de acuerdo con el lavado de las manos normalizado mostrado a continuación, a fin de obtener una impregnación total de las manos. La acción descrita en cada etapa se repite 5 veces antes de pasar a la etapa siguiente. Una vez concluida la etapa 6, se comienza de nuevo la serie de etapas, según sea apropiado, para completar el tiempo de lavado, según se especifica en los numerales 5.6.4.2 y 5.6.4.3.



Etapa 1
Palma contra palma.



Etapa 2
Palma de la mano derecha sobre el dorso de la izquierda y palma de la mano izquierda sobre el dorso de la derecha.



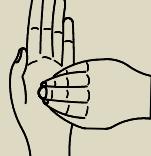
Etapa 3
Palma contra palma con los dedos entrelazados.



Etapa 4
Dorso de los dedos contra la palma opuesta con los dedos trabados.



Etapa 5
Fricción por rotación de los dedos en la mano izquierda cerrados alrededor del pulgar derecho y de los dedos de la mano derecha cerrados alrededor del pulgar izquierdo.



Etapa 6
Fricción por rotación de las yemas de los dedos en la mano derecha contra la palma izquierda y de las yemas de los dedos de la mano izquierda contra la palma derecha.

El documento describe el método de ensayo con su principio y plan de experimentación, sujetos, materiales y equipo; en el numeral 5.6 se describe paso a paso, el procedimiento y en los siguientes numerales los cálculos, validación, verificación del significado estadístico e informe correspondiente.

Al finalizar el documento hay cuatro anexos muy interesantes dentro de los cuales se encuentra el procedimiento normalizado del lavado de manos.



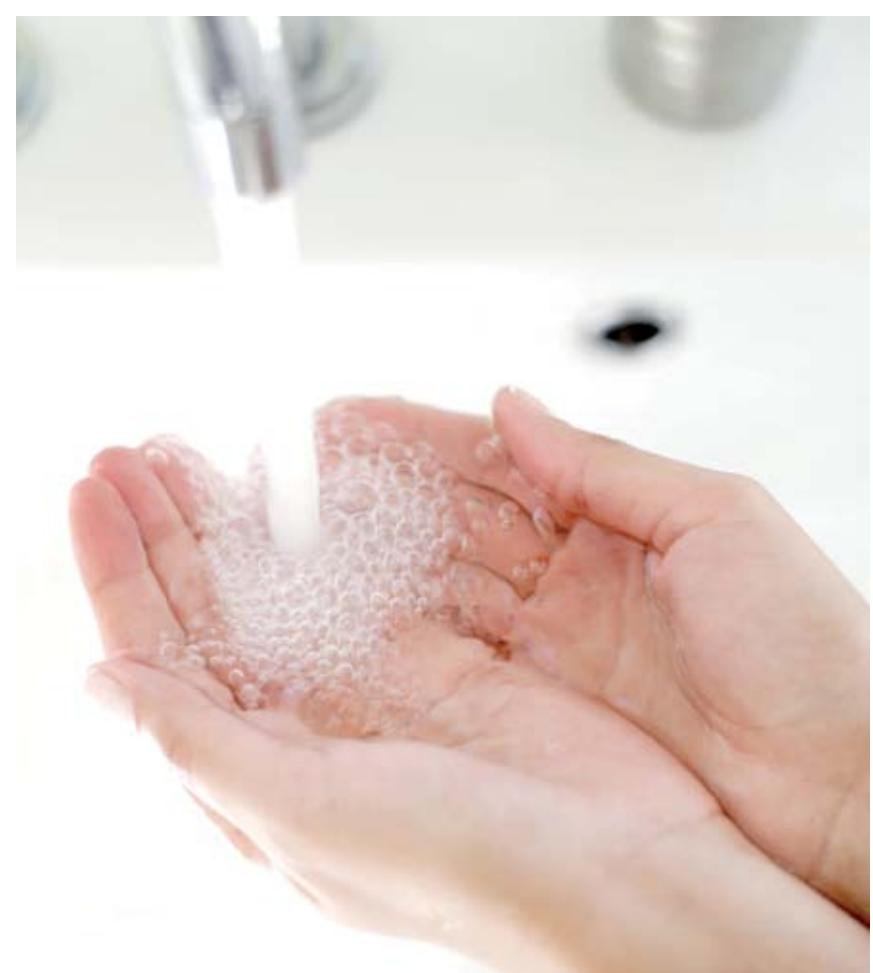
la desinfección quirúrgica de las manos reduce la liberación de flora de las manos, de acuerdo con los requisitos descritos en las manos limpias de voluntarios.

NTC 4673:10 ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES QUÍMICOS. DESINFECCIÓN QUIRÚRGICA DE LAS MANOS. REQUISITOS Y MÉTODOS DE ENSAYO (FASE 2 / ETAPA 2)

Esta norma especifica un método de ensayo que simula las condiciones prácticas para establecer si un producto para

la norma describe el método de ensayo con su principio, diseño experimental, características de los voluntarios, medios y reactivos utilizados, equipos e instrumental, procedimiento detallado, cálculos, validación del ensayo e informe.

EL documento cuenta con siete anexos algunos normativos otros de carácter informativo que contextualizan y orientan al lector.



No es tan sencillo. Sinalizamos los criterios definidos por el Comité Europeo de Normalización (CEN) que han logrado acuerdos importantes para normalizar y orientar los ensayos realizados a los desinfectantes y antisépticos en diversas fases y etapas así:

- **fase 1:** ensayos de suspensión para la actividad básica del producto.
- **fase 2 etapa 1:** ensayos de suspensión en condiciones representativas de la utilización del producto en la práctica.
- **fase 2 etapa 2:** otros ensayos de laboratorio, por ejemplo, ensayos de productos de lavado y de impregnación de las manos y ensayos de las superficies que simulen condiciones de utilización del producto en la práctica.
- **fase 3:** ensayos de campo en condiciones de utilización en la práctica.

Los siguientes son los documentos estudiados por el Comité:

NTC 5804:10 ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES QUÍMICOS. LAVADO HIGIÉNICO DE LAS MANOS, MÉTODOS DE ENSAYO Y REQUISITOS (FASE 2 / ETAPA 2)

Esta norma especifica un método de ensayo que simula las condiciones prácticas establecidas si un producto para el lavado higiénico de las manos reduce la liberación de flora transitorios conforme a los requisitos, cuando se utiliza para el lavado de las manos artificialmente contaminadas.

Esta norma es aplicable a los productos para el lavado higiénico de las manos, que se utilizan en aquellas zonas y situaciones como: hospitales, clínicas consultorios, unidades de salud oral, laboratorios clínicos, enfermerías de los colegios, jardines de infancia, lugares de trabajo, hogar, lavanderías y cocinas entre otros.



Gráfico 2 Tipos de Riesgos



múltiples factores causales asociados con la ocurrencia del evento y los efectos generados cuando el evento ocurre. Si se modifican los factores causales, antes de que el evento ocurra, se modifica la ocurrencia del evento mientras que una vez el evento ha ocurrido, sólo es posible modificar sus efectos.

La gerencia del Riesgo es la secuencia de pasos, sistemáticos, que conllevan a la toma de decisiones en una organización para enfrentar

los riesgos y su impacto. Es considerada una buena práctica de gestión y como tal hace parte integral de los sistemas de gestión de una organización. En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el riesgo y su gestión es parte de la esencia misma del sistema. La Ley 1122 de 2007 establece en el artículo 14 que las EPS son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento, el cual se entiende como "la

Gráfico 3 Implementación



Fuente: NTC 5254

administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice, el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud".

¿Qué es el SAR?

El Sistema de Administración de Riesgos (SAR) es el conjunto de procesos, procedimientos y tareas sistemáticas de planear, hacer, verificar y actuar frente al riesgo. Todas las actividades empresariales, están sujetas al riesgo.

¿A quiénes aplica?

La actual normatividad del SGSSS, Resolución 1740 de 2008, establece el ámbito de aplicación del SAR a las EPS del régimen contributivo y las Entidades Adaptadas. No obstante la gestión del riesgo y el sistema de administración de riesgo tienen aplicación en todos los actores del SGSSS.

¿Qué riesgos considera el SAR?

Si bien existen diferentes clasificaciones y tipologías para agrupar los riesgos, el SAR determina tres áreas de análisis en las cuales se incluyen los riesgos a considerar, todas tres igual de importantes, y totalmente interrelacionados como se presenta en el gráfico

En el riesgo en salud, de acuerdo al concepto de riesgo analizado, el evento es la ocurrencia de la enfermedad y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de esa enfermedad, y los efectos son las consecuencias o las diversas situaciones que se producen una vez la enfermedad ocurre.

La administración de riesgos en salud desde del SAR, considera el riesgo de concentración y hechos catastróficos, el riesgo de aumentos inesperados

en la morbilidad y los costos de atención, el riesgo de cambios permanentes en las condiciones de salud, el riesgo de insuficiencia de reservas técnicas, entre otros.

La segunda área de análisis, el riesgo operativo, abarca aspectos relacionados con el recurso humano, los procesos, la tecnología, la infraestructura, el riesgo regulatorio, el riesgo reputacional, entre otros.

Finalmente, una tercer área de análisis corresponde a los riesgos de negocio, mercado y crédito, dentro de la cual se consideran los riesgos estratégicos, de crédito, de mercado y de liquidez, entre otros.

¿Cómo se aplica el SAR?

Existen diferentes metodologías para la administración del riesgo, en Colombia una de las más difundidas y sobre la cual se estructuró el SAR para las EPS es la que se presenta en el gráfico No.3, correspondiente a la Norma Técnica de Calidad NTC 5254.

La implementación del SAR se planteó, desde el Ministerio de la Protección Social, en cuatro fases las cuales involucran las tres áreas de administración de riesgos antes explicadas y los pasos o etapas de implementación propuestos por la NTC 525.

La implementación inicio en el año 2008, para cada una de las fases se determinó un tiempo de implementación anual, de forma tal que en el año 2011 se concluya la implementación. El balance de implementación a 31 de Diciembre de 2010 presenta 20 de las 24 EPS del régimen contributivo con un SAR implementado.

En este contexto, surgen diversas preguntas relacionadas con los beneficios y las barreras para la implementación del SAR, los resultados obtenidos, la relación de la gestión del riesgo y los resultados en salud, entre otros. Estas y otras preguntas, tendrán sin lugar a dudas espacio en el futuro en la discusión nacional.

DIPLOMADOS CONVENIO ICONTEC 2011



GRADUACION DIPLOMADO SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL OHSAS 18000 - PUERTO ASÍS



DIPLOMADO ACREDITACIÓN EN SALUD - POPAYÁN



DIPLOMADO SEGURIDAD DEL PACIENTE - MOCOA



DIPLOMADO ACREDITACIÓN EN SALUD - IBAGUE

DIPLOMADOS

FLORENCIA-CAQUETA
MOCOA, PUERTO ASÍS-PUTUMAYO

- Acreditación en Salud
- Seguridad del Paciente
- Seguridad y Salud Ocupacional
NTC OHSAS 18000
Certificación como Auditor Interno
- Gestión ambiental norma ISO 14000
Certificación como Auditor Interno
- Sistemas Integrados - HSEQ
Certificación como Auditor Interno



FLORENCIA: 314 2448255
NEIVA: 873 2442 - 313 6522822
MOCOA: 311 5768686

SOLICITE PROGRAMACIÓN

direccionejecutiva@funvisionsalud.org
diplomados@funvisionsalud.org



Seminario - Taller

**Fortalecimiento comunitario en salud:
motor para el desarrollo y apoyo
para los procesos de toma de decisiones.**

*Dirigido a: Juntas Directivas,
Veedurías y Organizaciones Comunitarias*

INFORMACION

NEIVA: 873 2442
311 2360652 - 313 6522822
CALI: 312 2066362
direccionejecutiva@funvisionsalud.org
www.funvisionsalud.org

PORTAFOLIO 2011

Servicios Fundación Visión Salud

ASESORÍAS, CAPACITACIÓN Y CONSULTORÍAS

EN:

- Desarrollo del Meci 1000:2005
- Implementación de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública GP1000:2009
- Gestión de Calidad en el Sector Salud: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
- Gestión Ambiental
- Responsabilidad Social
- Seguridad y Salud Ocupacional.
- Desarrollo de Proyectos de Salud Pública
- Desarrollo de Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas
- Promoción y Prevención
- Proyectos de Desarrollo Social y Comunitario
- Proyectos de Investigación
- Desarrollo de Imagen Corporativa

CAPACITACIÓN EN:

- Desarrollo Gerencial.
- Liderazgo.
- Clima y Cultura Organizacional.
- Cultura De Calidad en Empresas del Sector Público y Sector Salud.
- Desarrollo Comunitario Para Organizaciones de Base.
- Calidad en Educación Para Docentes.
- Orientación Profesional a Estudiantes de Grado Once y Juventudes.
- Gestión de Proyectos de Desarrollo Social.
- Gestión Pública.



Gobernadores - Alcaldes Gerentes E.S.E.

**Informe de Gestión 2008 - 2011
¡Proyecte su mejor imagen!**



INFORMACION

NEIVA: 873 2442
311 2360652 - 313 6522822
CALI: 312 2066362
direccionejecutiva@funvisionsalud.org
www.funvisionsalud.org

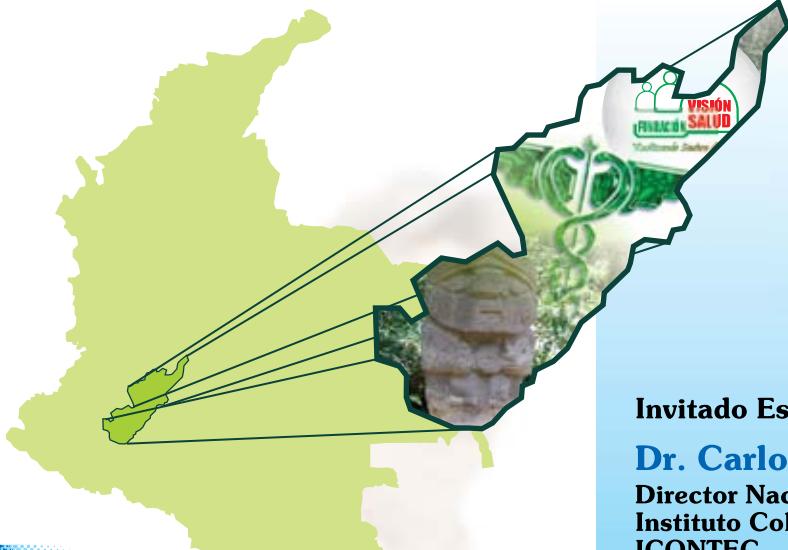


**Solo Litocentral te Ofrece
Libro y PIN Pre-ICFES 2011**
www.sabermas.com.co

Neiva-Huila
Carrera 1 No.28-16
PBX: 8758014
neiva@litocentral.com

Bogotá D.C.
Carrera 21 No.56-40/L2
Tel: 2491910
bogota@litocentral.com

ACREDITACION, CALIDAD Y EXCELENCIA EN EL SERVICIO



CONFERENCIAS:

1er. CONGRESO SURCOLOMBIANO DE CALIDAD EN SALUD

Neiva Huila - Agosto 11 y 12 de 2011

Invitado Especial:

Dr. Carlos Edgar Rodriguez Hernández

Director Nacional de Acreditación en Salud
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
ICONTEC

Conferencia:

Humanización y Acreditación en Salud

JUEVES 11 DE AGOSTO

● HUMANIZACIÓN Y ACREDITACIÓN EN SALUD

Dr. Carlos Edgar Rodriguez Hernandez

Director Nacional de Acreditación en Salud
Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación
ICONTEC

● PREVENCIÓN DEL ERROR HUMANO EN SALUD

Dr. Orlando Gracia Granados

Medico Cirujano General de la Universidad Javeriana, Abogado Experto en Temas Medico-legales, Vicepresidente de la Organización Latinoamericana de Seguridad del Paciente OLSEP, Piloto de Aviones y Asesor de la Aeronautica Civil en Investigación de Accidentes Aereos, Diseñador y Coordinador del Programa Paciente Seguro ICONTEC.

● CLIENTES INTERNO Y EXTERNO: CÓMO HACERLOS SOCIOS ESTRÁTÉGICOS DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD HACIA LA EXCELENCIA

Dra. Martha Yolanda Ruiz Valdez

Medica Cirujana, Especialista en Auditoria y Garantía de la Calidad con Énfasis en Epidemiología, Especialista en Administración Hospitalaria, Postulante a Maestría MBA de la Escuela Europea de Negocios, Consultora de la Dirección General de Servicio del Ministerio de la Protección Social

VIERNES 12 DE AGOSTO

● LA ACREDITACIÓN MÁS QUE UN MODELO DE CALIDAD... UN MODELO DE GESTIÓN

Dr. Erick Bausano Guerra

Medico y Cirujano General, Especializaciones en: Sistemas de garantía de calidad, Auditoria del Sector Salud, Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud, Maestría en Alta Gerencia en Salud, Formación como Evaluador del Premio Colombiano al Localidad de la Gestión y del Premio salud Colombia, Consultor Certificado bajo parámetros Internacionales por Bureau Veritas, Formación en procesos de Mejoramiento de Calidad y Acreditación por la Joint Commission International.

● TURISMO DE SALUD

● RESPONSABILIDAD MEDICO-LEGAL

Abogado Giovanni Valencia Pinzón

Conferencista en temas relacionados con Derecho Medico - Sanitario anivel nacional e internacional, Docente Universitario en cátedras de Responsabilidad Medica.

● EXPERIENCIA EXITOSA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD

Odontólogo. Gilberto Rodriguez Daza

Gerente HOSPITAL NAZARETH PRIMER NIVEL E.S.E
Sumapaz Bogotá.
Acreditado en salud 28 de Mayo de 2009



"Figura masculina con rasgos felinos, lleva en sus manos una serpiente simbolo de la fertilidad para los antiguos pobladores de la cultura agustiniana ubicada en el sur del huila, probablemente se trate de un chaman o sacerdote, rindiendo culto religioso o realizando un ritual a la fertilidad. El Chaman entre otras funciones juega el papel de curandero, recupera el alma perdida de las personas enfermas, devolviéndoles su salud física y espiritual, para este caso el chaman cura la infertilidad. (Chaman= "uno que sabe")

INFORMES E INSCRIPCIONES

NEIVA: 873 2442
311 2306052 - 313 6522822
CALI: 312 2066362
congreso@funvisionsalud.org
www.funvisionsalud.org