

PRESENTACIÓN DE UN PLAN DE ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO
DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN, BAJO EL ENFOQUE DE LA
GESTIÓN DEL RIESGO, PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL: CASO IPS TODOMED LTDA-
PALMIRA

ERIKA LIZETH MARÍN VARGAS
MÓNICA LORENA GONZÁLEZ URIBE

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SEDE PALMIRA
2019

PRESENTACIÓN DE UN PLAN DE ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO
DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN, BAJO EL ENFOQUE DE LA
GESTIÓN DEL RIESGO, PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE
HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL: CASO IPS TODOMED LTDA-
PALMIRA

ERIKA LIZETH MARÍN VARGAS
MÓNICA LORENA GONZÁLEZ URIBE

Proyecto de Grado presentado como requisito para optar al título de Administrador
de Empresas

Director
John Hardy García Ortiz
Ingeniero Mecánico
Mag. en Administración de Negocios

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
SEDE PALMIRA
2019

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Palmira, agosto de 2019

Dedicatoria

A Dios como primicia e inspiración, puesto que a los que creemos en él, nos permite alcanzar con absoluta certeza todo lo que nos proponemos.

A nuestros familiares, porque cada uno de ellos en su medida, contribuyeron a este inefable logro, detrás de cada estudiante que se recibe como profesional existe un grupo parental que apoya y lucha mancomunadamente para que hacer realidad los proyectos.

A nuestros hijos, porque son ellos finalmente que van a salir beneficiados con las conquistas y éxitos de sus padres.

Agradecimientos

Socializamos una voz de agradecimiento a la Universidad, representada por compañeros, tutores, coordinadores, docentes, secretarias y todos los grupos de interés relacionados con el acompañamiento, apoyo y decidida colaboración con los estudiantes en su protocolo de grado.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
1. ANTECEDENTES	14
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	22
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	25
2.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	25
3. OBJETIVOS	26
3.1. OBJETIVO GENERAL	26
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. JUSTIFICACIÓN	27
4.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA	27
5. METODOLOGÍA	28
5.1. FASES DE LA INVESTIGACIÓN	28
5.2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	28
5.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
5.3.1 Fuentes de Información	29
5.3.1.1 Primarias	29
5.3.1.2 Secundarias	29
5.4. TÉCNICAS Y/O INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	30
5.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS	34
6. MARCOS DE REFERENCIA	35
6.1. MARCO CONTEXTUAL	35
6.2. MARCO LEGAL	38
6.3. MARCO TEÓRICO	41
6.3.1 Sistema Único de Rehabilitación en Colombia.	41
6.3.2 Calidad.	44
6.3.3 Factores de riesgo ocupacional.	45
6.3.4 Plan de Acción.	47
6.4 MARCO CONCEPTUAL	48

7. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN PARA LA INTERNACIÓN HOSPITALARIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL	52
7.1. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNIDAD DE SALUD MENTAL DE TODOMED LTDA.	53
7.1.1 Descripción del Servicio.	53
8. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS FACTORES POTENCIALES DE RIESGO INHERENTES AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014	82
8.1. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN	92
9. FORMULACIÓN ORDENADA DE LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE TODOMED LTDA.	97
10. CONCLUSIONES	104
11. RECOMENDACIONES	106
BIBLIOGRAFÍA	109

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Hospitalización en Unidad de Salud Mental	33
Gráfica 2. Nivel del cumplimiento del estándar de Talento Humano.	55
Gráfica 3. Nivel de cumplimiento del estándar de Infraestructura	57
Gráfica 4. Nivel de cumplimiento del estándar de Dotación.	59
Gráfica 5. Nivel de cumplimiento del estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos	64
Gráfica 6. Nivel de cumplimiento del estándar de Procesos Prioritarios.	67
Gráfica 7. Nivel de cumplimiento del estándar historia clínica y registro	70
Gráfica 8. Nivel de cumplimiento del estándar Interdependencia.	72

Lista de Tablas

Tabla 1. Número de pacientes atendidos por mes y año – Unidad de Salud Mental	22
Tabla 2. Lista de chequeo – Talento humano	30
Tabla 3. Lista de chequeo - Infraestructura	31
Tabla 4. Lista de chequeo - Dotación	31
Tabla 5. Lista de chequeo - Medicamentos, dispositivos medico e insumos	31
Tabla 6. Lista de chequeo - Procesos prioritarios	32
Tabla 7. Lista de chequeo - Historia clínica y registros	33
Tabla 8. Lista de chequeo - Interdependencia	33
Tabla 9. Las 5W2H	47
Tabla 10. Consolidado fortalezas y debilidades Unidad de Salud Mental - Todomed Ltda.	80
Tabla 11. Matriz de Riesgos	83
Tabla 12. Riesgos por estándares de habilitación.	93
Tabla 13. Diseño plan de acción resultante	98

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Fases del estudio.	28
Ilustración 2. Estructura Unidad de Salud Mental (Organigrama)	37
Ilustración 3. Diagrama espina de pescado - Fortalezas y debilidades unidad de salud mental Todomed Ltda.	76
Ilustración 4. Mapa de procesos de la IPS Todomed Ltda	92

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales se pueden presentar en cualquier edad y condición social, afectan lo emocional, lo psíquico y lo social. Se trata de condiciones graves que impactan la manera de pensar, de sentir, de actuar, de comportarse y la toma de decisiones. Pueden tener origen en un componente genético, en la historia familiar, en experiencias como el estrés y la presión, los abusos, la violencia y en general, en hechos traumáticos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental “*se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”. Asimismo, la OMS ha definido la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo anterior, este organismo declaró la importancia de la salud mental y estableció la necesidad de promover el bienestar, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales.

Entre las patologías de mayor incidencia entre los colombianos se encuentra la depresión, el trastorno afectivo bipolar y la esquizofrenia. Los principales efectos de tales patologías son, en la salud, las adicciones, el suicidio y los trastornos alimenticios; en lo social, los efectos más frecuentes son la descomposición familiar, la afectación del entorno académico y laboral, y la disminución de la productividad.

Según la OMS, el 4,7 % de los colombianos sufren de depresión, un porcentaje más alto que el promedio mundial. El 2% padecen trastorno afectivo bipolar, teniendo en cuenta que, a nivel mundial, se halla entre el 2% y el 5% de la población.

Por su parte el suicidio es una de las consecuencias más preocupantes del trastorno afectivo bipolar, se presenta entre el 15 y el 20% de los pacientes que la padecen. El 80% de los colombianos han presentado entre uno y tres síntomas de depresión en algún momento de su vida, con el agravante que un 25% son niños y adolescentes.

Según el Estudio Nacional de Salud Mental, en Colombia el 40,1% de la población que se encuentra entre los 18 y los 65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno mental. Si se observan los datos mundiales, este tipo de aflicciones vienen en aumento; en parte, gracias a que se ha aprendido a diagnosticarlas, pero también a la manera en que las sociedades se están organizando.

Un dato importante es que, en Colombia la salud mental, cuando se trata por la medicina privada, tiene costos muy altos y cuando se atiende en el sistema público, afronta muchos obstáculos.

Es de tener en cuenta los datos suministrados por el Departamento Administrativo de Estadística (DANE) que indican que, en el Municipio de Palmira, en el período comprendido entre los años 2005 – 2016, la tasa de mortalidad ocasionada por los trastornos mentales y del comportamiento pasó del 0,3567 en el año 2005 a 1,3279 en el año 2016, destacándose que el año 2015 estuvo en el 2,5035¹

A nivel de los estamentos municipales, el Área de Convivencia Social y Salud Mental de la Secretaría de Salud de Palmira revela que los problemas de salud mental que más afectan a los palmiranos son los trastornos mentales, así como la esquizofrenia, la depresión o trastorno depresivo mayor y la ansiedad.

¹ Datos suministrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a través de la base de datos de estadísticas vitales, disponible en el cubo de Estadísticas Vitales-Defunciones del Sistema de Información en Salud y Protección Social (SISPRO).

Como aporte a la situación planteada y teniendo en cuenta el ascenso progresivo de las enfermedades mentales en la ciudad de Palmira, el presente trabajo se orientó al cumplimiento de la normatividad existente (estándares de habilitación), requisito indispensable para la prestación del servicio de hospitalización en Salud Mental (Caso IPS Todomed Ltda. -Palmira), con el ánimo de que la entidad materia de estudio ofreciera mayores servicios y ampliara su cobertura de atención para la población que padece trastornos de índole mental.

La característica principal de este tipo de estudios es la obligatoriedad de la entidad de acatar todos los requisitos solicitados básicamente por la Resolución 2003 de 2014, puesto que la Salud Mental del usuario exige el mayor de los cuidados.

La iniciativa de abordar esta problemática interna se realizó por el interés particular de los accionistas de esta entidad de salud de carácter privada, para prestar un servicio más integral y de mayor impacto benéfico para la comunidad palmirana.

Dadas las condiciones que anteceden con relación al servicio de hospitalización para usuarios con problemas mentales, se consideró pertinente plantear la posibilidad de ofrecer este servicio para que los palmiranos y su área de influencia evitaran trasladarse hasta la ciudad de Cali.

En el marco de un tipo de investigación descriptiva con enfoque cuantitativo, el proyecto se focalizó en encontrar mecanismos que permitieran lograr el objetivo concreto, de cumplir una normatividad específica y conforme a ello, obtener para la entidad la posibilidad real de ofrecer el servicio de hospitalización para pacientes con enfermedades mentales. Por consiguiente, fue necesario diseñar un checklist (lista de verificación) para evaluar el nivel de cumplimiento de las áreas de la entidad conforme a los estándares de habilitación, y la determinación de los factores de riesgo que afectarían la prestación del servicio en el área de Salud Mental.

Como primera medida se evaluó el nivel de cumplimiento con respecto a la internación hospitalaria e internación parcial de consumidores de sustancias psicoactivas en la Unidad de Salud Mental, teniendo en cuenta las condiciones de Habilitación, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 2003 del año 2014.

Seguidamente, se identificaron los factores de riesgo que impedían el cumplimiento de los estándares de habilitación expuestos en la Resolución 2003 del año 2014, además de cotejarlos con el Mapa de Procesos de la entidad.

Luego, con base en la información recopilada con la aplicación del checklist (lista de verificación) y la determinación de la matriz de riesgos, se construyó el plan de actividades, para ser implementado por la empresa, elaborado con todos sus apartados (dominio, dimensión, actividad, responsable, áreas relacionadas, y horas estimadas). Finalmente se presentaron las conclusiones y recomendaciones correspondientes.

1. ANTECEDENTES

En primer lugar, es necesario precisar que en torno al tema materia de investigación no existen muchos trabajos que lo aborden específicamente en cuanto a los estándares de habilitación de los servicios que se prestan en una Unidad de Salud Mental, pese a esto, se relacionan algunas de las investigaciones que se han desarrollado hasta el momento y que vinculan el cumplimiento de la Resolución 2003 de 2014 en entidades dedicadas a prestar servicios de salud.

Al respecto, Amaya & Beltrán (2018) para el desarrollo de su trabajo de grado titulado “Evaluación y diagnóstico del Sistema de Habilitación para la prestación de servicios de atención en salud de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.”, se plantearon como objetivo general hacer una evaluación, además de generar un diagnóstico y un plan de mejora partiendo del uso de herramientas de planeación estratégica para cumplir con las condiciones de habilitación en la prestación de servicios del Centro de Atención en Salud (CAS) de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

Como objetivos específicos establecieron generar una línea base de información en torno a las condiciones existentes en el periodo de julio a diciembre del año 2017, para la prestación de servicios de salud en el Centro de Atención en Salud (CAS).

También buscaban desarrollar un proceso de planeación estratégica para la generación de políticas y actividades del servicio de atención en salud en concordancia con la normatividad vigente para habilitación de servicios de salud.

El trabajo se desarrolló bajo una metodología de estudio descriptivo de tipo Cross Sectional y el diagnóstico se realizó caracterizando las condiciones de los servicios de salud prestados en el Centro de Atención en Salud (CAS), calificándolos de manera cualitativa, lo cual permitió conocer las necesidades de mejora y el nivel de

cumplimiento del mencionado centro adscrito a la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.

Adicionalmente, el instrumento de diagnóstico y de evaluación a los servicios del Centro de Atención en Salud (CAS) obedeció al formato de autoevaluación del Sistema Único de Habilitación² que define los tres criterios: cumple, no cumple y no aplica, para cada uno de los servicios que se encontraban habilitados.

La conclusión principal a la que se llegó fue la generación de una Planeación Estratégica a partir de la priorización de estrategias, en la cual se debe iniciar con la adecuación de la infraestructura respecto a la Unidad Sanitaria para personas con discapacidad.

Otra de las conclusiones que se expuso planteaba que se debían de definir y documentar todas las especificaciones técnicas del uso de medicamentos, homeopáticos y dispositivos médicos que cumplan con los estándares exigidos por norma (Resolución 2003 del 2014) que garantice la prestación del servicio.

También concluyeron que, abordando el estándar de procesos prioritarios, se hacía necesario realizar auditorías internas que permitieran verificar el cumplimiento del manual para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares del Centro de Atención en Salud (CAS); realizando una guía para la prestación de los servicios de medicinas alternativas (neural, terapia y homeopatía) que ofrece la universidad.

² El Ministerio de Salud y Protección Social lo define como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema de Salud colombiano.

Finalmente, se concluyó que era necesario generar normas de seguimiento de las historias clínicas para asegurar las buenas prácticas clínicas, que permitieran mantener registros adecuados.

Por su parte, Charry, Díaz, Granados & Salazar (2018) en su trabajo de grado denominado “Verificación de estándares de habilitación y propuesta de plan de mejora en un establecimiento de salud de sanidad militar”, se trazaron desarrollar como objetivo general el diseño y la aplicación de una guía para la evaluación de los requisitos de habilitación y su cumplimiento en un servicio de salud del régimen de excepción, ubicado en la Ciudad de Bogotá D.C, con el fin de identificar las oportunidades de mejora e implementar los estándares de habilitación enmarcados en el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Como objetivos específicos buscaban diseñar y entregar un instrumento para la verificación de requisitos de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en un establecimiento de sanidad militar (régimen de excepción).

También buscaban evaluarlos tres servicios (cirugía, radiología y laboratorio) de un establecimiento de sanidad militar para así verificar el cumplimiento de los criterios de capacidad tecnológica y científica.

Por último, esperaban entregar un informe de resultados a la institución para su implementación, con sugerencias para la mejora.

Para el desarrollo de este proyecto, se empleó el tipo de investigación descriptiva, mediante la técnica de observación directa y recolección de la información a través de entrevistas realizadas al personal de la institución y verificación directa.

Posterior a la recolección se realizó el procesamiento, organización y clasificación de la información y la verificación del cumplimiento de la capacidad tecnológica y científica establecida en la Resolución 2003 de 2014.

En esta investigación se llegó a la conclusión de que la verificación de los estándares de habilitación en un Establecimiento de Salud de Sanidad Militar es muy importante, ya que se puede determinar las falencias por cada servicio y generar acciones correctivas con el fin de garantizar que la prestación de éste sea de excelentes condiciones.

A su vez, y luego de que las autoras verificaron el cumplimiento de los siete estándares en los servicios de Laboratorio, Imagenología, Salas de Cirugía en la entidad de Salud de Sanidad Militar, se identificaron las brechas en las condiciones Técnico Científicas frente a la normatividad vigente, estableciendo que se deben enfocar todos los esfuerzos para realizar los ajustes pertinentes y necesarios en cada servicio.

En tercer lugar, Gómez, Méndez & Parada (2017) en su trabajo de grado titulado “Verificación de las condiciones de habilitación en el área de Odontología, en la E.S.E. Hospital Integrado Sabana de Torres”, establecieron como objetivo general la verificación de las condiciones de habilitación en el área de odontología, en la E.S.E. Hospital Integrado Sabana de Torres.

En los objetivos específicos buscaban caracterizar el Servicio de Odontología a partir del análisis de las condiciones de habilitación de la Resolución 2003 de 2004. También pretendían determinar los requerimientos de Instrumental y equipos para la atención con calidad.

Igualmente, esperaban diseñar un plan de acción a partir de los hallazgos (debilidades y fortalezas) en la verificación de cumplimiento, para la habilitación del servicio de Odontología.

En los aspectos metodológicos del trabajo, se utilizó la investigación no experimental, debido a que no manipularon ninguna variable, de corte transversal ya que en un solo tiempo hicieron la recolección de los datos, siendo así un estudio de tipo descriptivo debido a que se presentaron los resultados obtenidos en la verificación del cumplimiento de la propuesta de los nuevos estándares en la E.S.E. Hospital Integrado Sabana de Torres de primer nivel de complejidad.

A nivel de conclusiones, se menciona que se logró identificar cual era el grado de cumplimiento de las condiciones de habilitación en el área de Odontología, lo que permitió conocer las fortalezas y oportunidades de mejora que tiene el servicio.

A su vez, aplicando las listas de chequeo encontraron que el servicio de Odontología presentaba múltiples fallas al respecto, como la inadecuada infraestructura, protocolos desactualizados, e insuficiencia y deterioro del instrumental. De esta manera, lograron determinar las necesidades respecto a instrumental y equipos requeridos en el área para mejorar la atención del servicio la cual se solicitó de manera inmediata durante la ejecución del proyecto.

En este sentido, para alcanzar los estándares superiores esperados por los pacientes era necesario diseñar un plan de acción a partir de los hallazgos, lo cual permitiría encontrar las brechas de calidad, siendo esta información muy útil para emprender procesos de mejoramiento.

Como conclusión, evidenciaron que la organización necesitaba un fortalecimiento en su enfoque estratégico, teniendo que modificar su orientación basada en procesos hacia clientes, siendo estos el eje central de atención.

Por su parte, Giraldo, Quintero & Valencia (2017) en su investigación llamada *“Habilitación del Consultorio Odontológico Privado Vicky Jhoan Valencia Ceballos – Villamaría (Caldas) según estándares de la Resolución 2003 de 2014”*, decidieron realizar como objetivo general, la evaluación del cumplimiento de los estándares de habilitación, en el consultorio odontológico unidad de análisis, en el segundo semestre del año 2016, para establecer un plan de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados.

En los objetivos específicos plantearon verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación en el consultorio odontológico.

Del mismo modo, esperaban definir los estándares necesarios para el consultorio odontológico, además se propusieron un plan de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados.

Metodológicamente el estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo, recolectando la información a través de una lista de verificación en donde se tuvo en cuenta los criterios de la Resolución 2003 de 2014 y que se aplicó en el consultorio odontológico.

Las investigadoras concluyeron que en el consultorio se aplicaban los estándares de habilitación (Solo los de Profesional Independiente para odontología), pero no se contaba con la ruta de recolección y disposición final de residuos hospitalarios. Adicionalmente, se implementó un plan de mejora para el almacenamiento central de residuos hospitalarios.

Por último, Araujo, Benavides, Rosero & Santacruz (2015) en su trabajo de grado titulado *“Verificación de estándares de habilitación y propuesta de plan de mejora aplicada en los laboratorios de la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Pasto”*, desarrollaron como objetivo general, la verificación en el servicio de

laboratorio clínico de investigación, el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación para prestadores de servicios de Salud definidas en la Resolución 2003 de 2014.

En los objetivos específicos buscaron el diseño de un plan de auditoría y las herramientas requeridas para evaluar en el servicio de laboratorio clínico de investigación de baja complejidad en la unidad de análisis, el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación, definidas en la Resolución 2003 de 2014.

Por otra parte, intentaban identificar los criterios de capacidad tecnológica y científica que no se cumplen en el servicio de laboratorio clínico de investigación de baja complejidad y diseñar un plan de mejora para su intervención.

Asimismo, buscaban generar las recomendaciones necesarias orientadas a la intervención de los incumplimientos identificados en el servicio de laboratorio clínico de investigación, en relación con las condiciones de capacidad tecnológica del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud.

En cuanto a la metodología el estudio fue descriptivo debido a que no se manipuló ninguna variable y se limitó únicamente a realizar una verificación de estándares de habilitación de Capacidad Tecnológica y Científica definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la Resolución 2003 de 2014.

En este trabajo de investigación se concluyó que el laboratorio clínico funcionaba con los requisitos mínimos para la prestación del servicio, pero se hacía necesario implementar de inmediato patrones para la verificación de parámetros con el objetivo de realizar los ajustes necesarios a los equipos.

Teniendo en cuenta las anteriores investigaciones, se tiene a nivel general que, para alcanzar los estándares de habilitación establecidos por la Resolución 2003 de 2014, se hace necesario elaborar un plan de acción a partir de los hallazgos presentados en la autoevaluación, buscando adelantar procesos de mejoramiento que lleven a cumplir satisfactoriamente con los requisitos establecidos en los estándares.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Todomed Ltda., es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) ubicada en la ciudad de Palmira- Valle del Cauca, la cual cuenta con un variado portafolio de servicios de salud, entre los cuales se destaca la Unidad de Salud Mental que abrió sus puertas en el mes de noviembre del año 2012, convirtiéndose en la primera y única de esta ciudad en brindar atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas y patologías mentales asociadas, a través del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Tabla 1. Número de pacientes atendidos por mes y año – Unidad de Salud Mental

AÑO	MODALIDAD	MES												TOTAL	PROM.
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	AÑO	/MES
2012	SPA											18	19	37	19
2013	SPA	19	18	22	24	19	20	23	19	25	23	24	22	258	22
2014	SPA	20	22	26	25	27	36	34	27	21	26	31	26	321	27
2015	SPA	32	45	45	41	39	43	27	29	31	26	25	26	409	34
	DUAL	3	2	4	3	10	21	34	31	33	32	34	36	243	20
	TOTAL	35	47	49	44	49	64	61	60	64	58	59	62	652	54
2016	SPA	14	15	14	17	27	25	16	19	12	19	11	8	197	16
	DUAL	26	38	45	36	26	24	23	14	14	18	31	36	331	28
	TOTAL	40	53	59	53	53	49	39	33	26	37	42	44	528	44
2017	SPA	15	19	21	24	22	27	19	19	21	21	19	14	241	20
	PSIQUIATRICO	11	14	16	18	16	21	14	15	16	16	14	11	182	15
	DUAL	21	27	31	36	32	41	28	28	31	31	28	21	355	30
	TOTAL	47	60	68	78	70	89	61	62	68	68	61	46	778	65
2018	SPA	24	27	20	16	14	17	21	23	25	29	25	20	261	22
	PSIQUIATRICO	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	8	1
	DUAL	18	20	20	22	18	25	26	28	33	39	33	27	309	26
	TOTAL	42	47	40	38	32	42	47	51	60	70	60	49	578	48

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por Todomed Ltda.

Como se puede observar en la tabla anterior, el programa a través del tiempo ha tenido tres enfoques, uno orientado al perfil del paciente consumidor (SPA), otro dirigido a la enfermedad psiquiátrica (PSIQUIATRICO) y finalmente pacientes consumidores de sustancias psicoactivas con enfermedad mental asociada (DUAL).

Aunque la capacidad de atención de la IPS es limitada, el promedio de pacientes atendidos de manera mensual en los últimos años ha sido alto, presentándose que en el año 2016 se atendieron 44 pacientes, en el año 2017 se atendieron 65 pacientes y en el año 2018 se atendieron 48 pacientes (Ver Tabla 1).

Según datos suministrados en el lanzamiento y socialización de la Política Nacional de Salud Mental y la Política Integral para la Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas evento realizado en la ciudad de Cali en febrero de 2019, en el Valle del Cauca la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en el año 2018 en la población escolar fue de 11,6%, mayor que la nacional, que estuvo en el 11%. Por otra parte, la prevalencia del consumo de alcohol en la población escolar se encontraba en el 38%, más alta que la prevalencia nacional que fue del 37%.

Frente a la problemática presentada, tanto a nivel regional como local, la Administración Municipal de Palmira, a través de la Secretaría de Salud, ha impartido instrucciones precisas, enmarcadas dentro de sus políticas de atención integral en salud, para coordinar con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el fortalecimiento de los programas de prevención y rehabilitación, para atender a los adolescentes y jóvenes que han caído en el consumo de sustancias psicoactivas.

A su vez, las EPS, que atienden en la ciudad a las personas con problemas de Salud Mental, están solicitando a las IPS la prestación del servicio de hospitalización a pacientes con las patologías Spa, Psiquiátricas y Duales, puesto que no hay

entidades en el municipio que cubran la creciente demanda existente en cuanto a los diferentes trastornos mentales, además de ser un mercado que se está abriendo por la condición social y clínica de la población.

Por lo anterior, es menester ofrecer alternativas de solución a la situación que se atraviesa en materia de salud mental, ya que se está considerando como una necesidad sentida, que afecta tanto a la ciudad como su entorno, reflejada en los crecientes casos que se presentan y que afectan a la comunidad.

En el momento Todomed Ltda. cuenta con los servicios habilitados en otras especialidades frente al manejo de pacientes consumidores de sustancias psicoactivas y patologías mentales asociadas, sin embargo, los servicios de hospitalización en Salud Mental no lo están.

La circunstancia anterior, representa una oportunidad frente a la permanencia en el mercado ofreciendo mayores servicios y una ampliación de su cobertura. Por ello, la organización debe realizar un análisis frente a la posibilidad de habilitar ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, el Código de Habilitación 126 que corresponde al servicio de Hospitalización en Salud Mental, teniendo en cuenta todas las variables en la cual se identifique el cumplimiento de la norma de habilitación bajo el enfoque de la gestión del riesgo.

Esta situación hace necesario analizar todo el contexto organizacional y la capacidad que se tiene, para lo cual se deben realizar las autoevaluaciones del caso y de esta manera establecer el nivel de cumplimiento de la normatividad, determinar los factores de riesgos que puedan existir y plantear un plan de acción con el ánimo de cumplir con los estándares de habilitación que no se cumplan.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los estándares de habilitación de la Unidad de Salud Mental de la IPS Todomed Ltda. de Palmira, para aprovechar las oportunidades que brinda el mercado de hospitalización?

2.3. SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿En qué estado se encuentra la línea de base de los factores sobre los cuales se deben cumplir los estándares de habilitación para hospitalización?
- ¿Cuáles son los factores de riesgos y las acciones preventivas que se deben implementar para mitigar los problemas que puedan afectar el cumplimiento de los estándares de habilitación de la Resolución 2003 de 2014?
- ¿Cuáles son las actividades que se deben desarrollar para cumplir con los estándares de habilitación?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Presentar un plan de actividades para el cumplimiento de los estándares de habilitación, bajo el enfoque de la gestión del riesgo, para la prestación del servicio de hospitalización en Salud Mental (Caso IPS Todomed Ltda. - Palmira).

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de cumplimiento para la internación hospitalaria e internación parcial de consumidores de sustancias psicoactivas en la Unidad de Salud Mental bajo las Condiciones de Habilitación, definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 2003 de 2014.
- Identificar los factores de riesgo que impiden el cumplimiento de los estándares de habilitación de la Resolución 2003 de 2014, cotejándolos con el Mapa de Procesos.
- Formular ordenadamente las actividades necesarias para el cumplimiento de las condiciones de habilitación en la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda.

4. JUSTIFICACIÓN

4.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

La habilitación de un servicio de hospitalización en la Unidad de Salud Mental de la IPS Todomed Ltda. en el Municipio de Palmira, es de suma importancia, debido a que se aumenta la cobertura para la atención de los pacientes adictos a las sustancias psicoactivas, además de prestarle un servicio a las personas que tiene problemas de índole psiquiátrico, beneficiando a su vez al área de influencia de la ciudad y coadyuvando a la descongestión de las entidades similares ubicadas en Santiago de Cali.

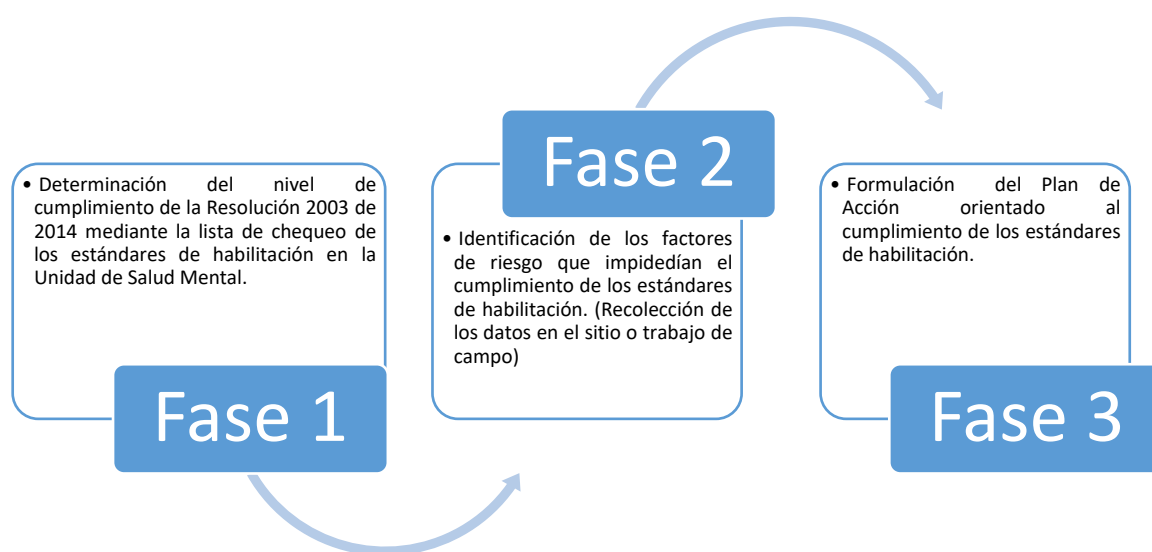
Por lo anterior, este trabajo se realizó por la necesidad de identificar y evaluar el cumplimiento de la norma de habilitación de la Resolución 2003 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo a la ampliación del portafolio de servicios de la unidad de salud mental con el propósito de mejorar las condiciones actuales de la sede ubicada en Palmira bajo el enfoque de calidad y seguridad en la prestación de servicios a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas bajo la modalidad de Hospitalización en la Unidad de Salud mental.

5. METODOLOGÍA

5.1. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo de la investigación, se tuvieron en cuenta las siguientes fases:

Ilustración 1. Fases del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

5.2. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Este fue un estudio con enfoque cuantitativo, puesto que se recolectaron datos sobre diferentes aspectos de la organización y posteriormente se realizó un análisis (asociado a los factores de riesgo detectados) y medición de los mismos.

Lo anterior basados en que “el enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis previamente hechas, confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población”. (Hernández, Fernández & Baptista, 2003)

5.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se utilizó fue el descriptivo, ya que se buscó especificar la existencia de los estándares de habilitación que se encontraban detallados en Resolución 2003 de 2014.

Para este aspecto se tuvo en cuenta que “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

5.3.1 Fuentes de Información

5.3.1.1 Primarias: las fuentes primarias a las cuales se recurrió para el desarrollo de la presente investigación se fundamentaron en la información suministrada por las personas que estaban directamente vinculadas con el proceso, tanto con la administración de la sede como con la prestación del servicio, en la mencionada Unidad.

5.3.1.2 Secundarias: las fuentes secundarias que se tuvieron en cuenta para el estudio se basaron en los datos estadísticos y demás documentos que reposan en la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda., así como también los libros, revistas, guías y estudios que tenían que ver con el tema tratado.

5.4. TÉCNICAS Y/O INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La información fue recolectada a través de una lista de verificación o checklist en donde se tuvieron en cuenta los criterios de la Resolución 2003 de 2014 y que se aplicó en la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda., por las autoras del estudio.

A continuación, se muestran los resultados obtenidos por cada uno de los criterios evaluados para el proceso de habilitación en hospitalización para la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda.:

Tabla 2. Lista de chequeo – Talento humano

1.- TALENTO HUMANO

MODALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
1.- MEDIANA COMPLEJIDAD		
01.- Cuenta con: Medico General	1	
02.- Cuenta con: Enfermera	1	
03.- Cuenta con: Auxiliar de enfermería	1	
04.- Disponibilidad de: Médico Psiquiatra	1	
05.- Disponibilidad de: Psicólogo con certificado de formación en atención clínica		1
06.- Disponibilidad de: Trabajo Social	1	
07.- Disponibilidad de: Terapeuta Ocupacional	1	

Tabla 3. Lista de chequeo - Infraestructura

2.- INFRAESTRUCTURA

MODALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
2.- MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		
01.- Cuenta con : Área con puesto de control de enfermería, con sistema de monitoreo visual y/o vigilancia permanente.	1	
02.- Cuenta con: Sistemas de llamado de enfermeras por cama.		1
03.- Cuenta con : Área exclusiva para el manejo de usuarios con problemas y trastornos en salud	1	
04.- Cuenta con : Si maneja pacientes agudos, cuenta con habitaciones individuales	1	
05.- Cuenta con: Si realizan procedimientos de terapia electroconvulsiva con anestesia relajante – TECAR, cuenta con un ambiente con las características para sala de procedimientos.		1
06.- Cuenta con : La institución garantiza la monitorización y/o visualización permanente de los pacientes.	1	
07.- Habitaciones de Salud Mental: Cuenta con: Puertas de acceso que permiten un fácil paso y/o maniobra de camillas y sillas de ruedas, abren hacia fuera, no tienen seguro interior y cuentan con dispositivo de observación.	1	
08.- Disponibilidad de: Unidad sanitaria, que permite el fácil desplazamiento del paciente y las puertas no deben tener seguro.	1	
09.- Hospitalización de salud mental para niños y/o adolescentes, además de las condiciones elegidas para hospitalización en salud mental, cuenta con las siguientes características:		

Tabla 4. Lista de chequeo - Dotación

3.- DOTACIÓN

MODALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
2.- MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		
01.- Cuenta con: 1. Carro de paro y equipo básico de reanimación		1
02.- Las áreas de atención a pacientes hospitalizados cuentan con electrocardiógrafo.		1
03.- Glucómetro.	1	
04.- Camas acondicionadas según el tipo de pacientes hospitalizados.	1	
05.- Silla de ruedas.	1	
06.- Elementos para inmovilización y sujeción física.	1	

Tabla 5. Lista de chequeo - Medicamentos, dispositivos medico e insumos

4.- MEDICAMENTOS,DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

MODALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
2.- MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		
01.- Aplica lo exigido para todos los servicios.		1

Tabla 6. Lista de chequeo - Procesos prioritarios

5.- PROCESOS PRIORITARIOS

MODALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
1.- MEDIANA COMPLEJIDAD		
01.- Cuenta con: 1. Guías internas y procesos educativos en vigilancia en salud pública de los Eventos de Interés en Salud Mental, según sea el grado de complejidad.	1	
02.- Cuenta con: 2. Proceso documentado para garantizar la inclusión social y la rehabilitación basada en comunidad de personas con problemas y trastorno de la salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas.	1	
03.- Cuenta con: 3. Procedimiento documentado para garantizar el trabajo en red de la institución con otras instituciones y las entidades territoriales, acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y Protección Social		1
04.- Cuenta con: Protocolos donde se establezca y se verifique el cumplimiento que los pacientes deben ser evaluados en la mediana y alta complejidad en su ingreso y egreso por Psiquiatra.	1	
05.- Cuenta con: 5. Protocolo de buenas prácticas de esterilización si realiza procedimientos, basado en la normatividad que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.		
06.- Cuenta con: 6. Procedimiento para la recepción de los usuarios canalizados – tamizados desde la comunidad y garantizar su atención en la institución.	1	
07.- Cuenta con: 7. Procedimiento para la canalización a la Rehabilitación Basada en la Comunidad y a las redes socio – institucionales y de apoyo.		1
08.- Cuenta con: 8. Procedimiento para brindar la información al usuario y su familia sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de	1	
09.- Cuenta con: 9. Protocolos de los procedimientos que se realizan, que incluyan consentimiento informado.	1	
10.- Cuenta con: 10. Guías y procesos de formación en la atención de las principales causas de internación en salud mental, acorde con las guías de atención integral expedidas por el Ministerio para esto. Las guías	1	
11.- Cuenta con: Guías de manejo de urgencia para problemas y trastornos en salud mental.		1
12.- Cuenta con: 12. Procedimiento documentado para la dispensación de medicamentos, para la terapia de sustitución, en consumidores de sustancias psicoactivas contrarreferidos de la mediana complejidad o de los servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas.		1
13.- Cuenta con: 13. Proceso para garantizar la referencia a servicios de mayor complejidad, así como para la recepción de los usuarios remitidos desde la baja complejidad y los contrarreferidos de la alta complejidad, y para garantizar su atención en la institución, acorde a lo documentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.	1	
14.- Cuenta con: 14. Procedimientos necesarios para garantizar la atención médica acorde a las recomendaciones del especialista, si ofrece servicios de telepsiquiatría.		1
15.- Cuenta con criterios explícitos y documentados de: 1. Tiempos máximos de manejo hospitalario de usuarios con problemas y trastornos en salud mental.	1	
16.- Cuenta con: 2. Remisión a consulta externa de baja, mediana, alta complejidad y a servicios de hospitalización en salud mental de alta complejidad, acorde a las condiciones del usuario.	1	
17.- Cuenta con: 3. Las condiciones de los usuarios que pueden ser manejados en mediana complejidad y los que pueden ser contrarreferidos a la alta y baja complejidad.	1	

Tabla 7. Lista de chequeo - Historia clínica y registros

6.- HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

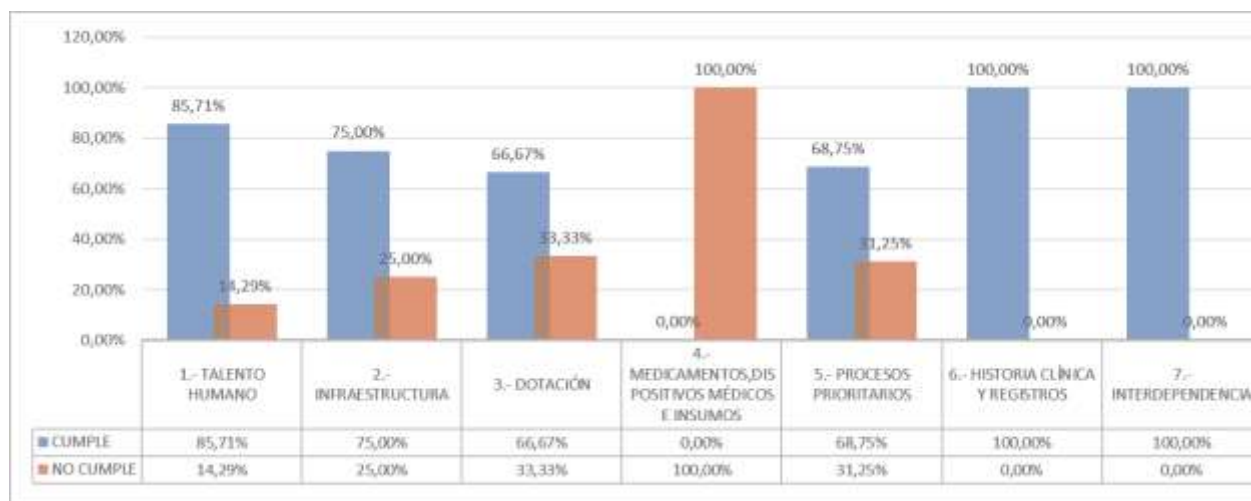
MODALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
2.- MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		
01.- Aplica lo exigido para todos los servicios.	1	

Tabla 8. Lista de chequeo - Interdependencia

7.- INTERDEPENDENCIA

MODALIDAD	CUMPLE	NO CUMPLE
2.- MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD		
01.- Disponibilidad de: 1. Alimentación.	1	
02.- Disponibilidad de: 2.Laboratorio clínico	1	
03.- Disponibilidad de: 3.Proceso de esterilización, si realiza procedimientos.	1	
04.- Disponibilidad de : 4.Transporte Asistencial.	1	
05.- Disponibilidad de: Terapia Ocupacional.	1	
06.- Cuenta con: Servicio Farmacéutico.	1	

Gráfica 1. Hospitalización en Unidad de Salud Mental



5.5. TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizó haciendo la tabulación y la gráfica de la información recolectada mediante lista de verificación o checklist.

Adicionalmente, se realizó un análisis comparativo de los datos obtenidos con la lista de verificación o checklist de los estándares de habilitación, confrontados con los resultados conseguidos mediante el Diagrama Causa – Efecto, también conocido como el “Diagrama de Espina de Pescado” o Diagrama de Ishikawa.

6. MARCOS DE REFERENCIA

6.1. MARCO CONTEXTUAL

Según el observatorio de Drogas de Colombia *“El consumo de sustancias psicoactivas en el país es un problema crítico, no solo por el aumento sistemático que señalan los estudios disponibles, sino porque sus características lo hacen un asunto complejo con serias repercusiones en la salud pública y en lo social, el consumo de drogas ilícitas está creciendo en el país no solo porque más personas las consumen sino porque el mercado de sustancias es cada vez más amplio y diverso”*.

Con la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención al Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, el cual fue aprobado en el marco de la Comisión Nacional de Estupefacientes, se busca reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas, mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.

Por lo anterior, Todomed Ltda. es una institución prestadora de servicios (IPS) constituida en el año 2004, que actualmente cuenta con un amplio portafolio de servicios entre ellos:

- Atención Domiciliaria con sedes de atención en Cali, Palmira, Tuluá, Popayán y Buenaventura, teniendo habilitados en cada una de ellas los servicios de Atención domiciliaria de paciente crónico con ventilador, Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador y Atención domiciliaria de paciente agudo.

- Manejo de Pacientes con ventilación mecánica intramural en la ciudad de Cali, teniendo habilitado el servicio de internación general adultos.
- Atención a Pacientes VIH, cuenta con sedes en la ciudad de Cali y Pasto, teniendo habilitados los servicios de infectología, medicina general e interna, nutrición y dietética, psicología y el servicio farmacéutico.
- Atención a Pacientes en Salud Mental, teniendo habilitados los servicios de psiquiatría, servicio farmacéutico, atención a consumidor de sustancias psicoactivas y atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas.

Dado los servicios anteriormente mencionados el estudio se enfoca en la Unidad de Salud Mental, la cual brinda atención a pacientes jóvenes, adultos y personas mayores adictos a Sustancias Psicoactivas en la ciudad de Palmira (Valle) y su entorno, localizada en el Corregimiento Guayabal de la mencionada ciudad, este servicio fue constituido el 15 de noviembre del año 2012, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población palmirana y sus alrededores.

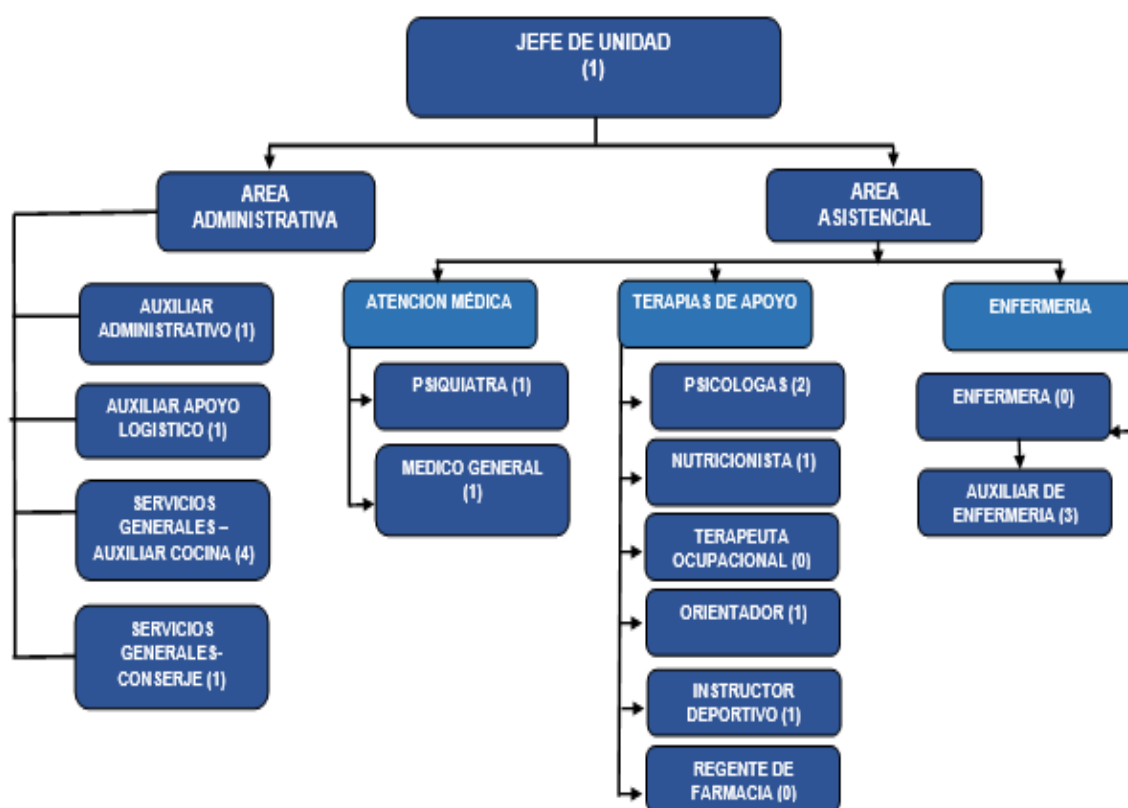
La Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda. cuenta con un programa innovador que brinda atención humanizada bajo la modalidad de rehabilitación Biopsicosocial, con un equipo de profesionales altamente calificados que fortalecen las habilidades de convivencia, buscando una reinserción social; los servicios que conforman la Sede de Salud Mental son: medicina general, psiquiatría, psicología, trabajo social, nutrición, terapias: individual, grupal, familiar, ocupacional y deportiva , además de suministros de medicamentos.

Todomed Ltda. está conformada por 517 empleados, 142 por contrato a término indefinido y 375 por órdenes de prestación de servicios, su cobertura en el mercado

está en los Departamentos del Valle, Cauca y Nariño con sedes ubicadas en las ciudades de Cali, Palmira, Tuluá, Buenaventura, Popayán y Pasto.

La estructura organizacional de la Unidad de Salud Mental está concebida de la siguiente manera:

Ilustración 2. Estructura Unidad de Salud Mental (Organigrama)



Fuente: Datos suministrados por Todomed Ltda.

Adicionalmente, esta empresa tiene implementado el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en algunas de sus sedes, el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) y está certificada por el Icontec con la Norma ISO

9001:2015 en sus Sede Administrativa, Sedes de Atención Domiciliaria en Palmira y Cali y la Sede de VIH Cali.

6.2. MARCO LEGAL

Según las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. Específicamente en el tema de observatorios, en el año 2014 se emitió la Resolución número 1281, la cual tiene por objeto establecer los lineamientos que permiten la integración de la información en salud generada por los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS) al Observatorio Nacional de Salud ONS-INS, articulándolos al Sistema de información en Salud y Protección Social (SISPRO). El artículo 4 de esta resolución define las siguientes responsabilidades para el Ministerio de Salud y Protección Social:

- Coordinar y administrar la información proveniente de los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS).
- Formular, dirigir y adoptar las políticas en materia de información para el desarrollo del Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM).
- Integrar las diferentes fuentes de información al SISPRO.
- Definir los estándares de flujos de información, oportunidad, cobertura, calidad y estructura de los reportes al SISPRO.
- Promover la ejecución de las investigaciones que hacen parte de la agenda programática del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas poblacionales que permitan generar conocimiento que complemente la información disponible en los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales (ROSS).

El ONSM pone a disposición todas las leyes, decretos, resoluciones y demás normas que sirven de marco de referencia a la salud mental en Colombia.

Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud PAIS. Art 1: “... *El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución*”.

Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021. “*Este plan define una actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios que crea condiciones para garantizar el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia*”, tiene dentro de sus líneas: el fortalecimiento institucional, la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la reducción de riesgos y daños, en relación al consumo de sustancias psicoactivas.³

Ley 1616 DE 2013. Ley de Salud Mental. Cuyo objetivo es el de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la

³ ONSALUD MENTAL (2018). En línea
<http://onsaludmental.minsalud.gov.co/normatividad/Paginas/Normatividad.aspx>

reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Las funciones del Observatorio Nacional de Salud mental (ONSM), se enmarcan en el artículo 8° de la Ley, propone la creación del Observatorio Nacional de Salud.

Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública en el Capítulo V. Prioridades Nacionales en Salud. La salud mental y lesiones violentas evitables. Objetivo 4. Mejorar la salud mental. Meta Nacional: Adaptar los planes territoriales a la política nacional de salud mental y de reducción del consumo de sustancia psicoactivas en 100% de las entidades territoriales (*Línea de base: 0%. Fuente: direcciones territoriales de salud 2006*); a través de las siguientes líneas: promoción de la salud y calidad de vida, prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud y vigilancia en salud y gestión del conocimiento.

Resolución 2003 de 2014. Es la norma que establece los procedimientos y condiciones de inscripción y de habilitación de los prestadores de servicios de salud, sean estos hospitales o clínicas, profesionales independientes, transporte asistencial de pacientes o entidades de objeto social diferente que prestan servicios

de salud. Además, adopta el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

NTC-ISO 31000. Esta norma es la que brinda los principios y las directrices genéricas sobre la gestión del riesgo, puede ser utilizada por cualquier empresa pública, privada o comunitaria, asociación, grupo o individuo, por lo tanto, no es específica para ninguna industria o sector. Aunque no suministra directrices genéricas, con ella no se pretende promover la uniformidad de la gestión del riesgo en todas las organizaciones. Será necesario que el diseño y la implementación de planes y marcos de referencia para la gestión del riesgo tomen en consideración las diversas necesidades de una organización específica, sus objetivos particulares, contexto, estructura, operaciones, procesos, funciones, proyectos, productos, servicios o activos, y las prácticas específicas empleadas.

Se pretende que esta norma sea utilizada para armonizar los procesos de la gestión del riesgo en las normas existentes y futuras. Suministra un enfoque común en apoyo de las normas que tratan con riesgos, sectores específicos, o ambos, y no reemplaza a tales normas. Algo muy importante, no está destinada para fines de certificación.

6.3. MARCO TEÓRICO

Los siguientes referentes fueron seleccionados por considerarse elementos claves para guiar, depurar y explicar los elementos conceptuales y teorías existentes relacionados con el tema objeto de estudio.

6.3.1 Sistema Único de Habilitación en Colombia.

El Ministerio de Salud y Protección Social define este sistema como un conjunto de normas, requisitos y procedimientos , mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y

científica (estándares de habilitación), de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el mercado de servicios en salud, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de todos los prestadores de servicios de salud.

Las etapas de desarrollo del Sistema único de Habilitación, son las siguientes:

- **Autoevaluación:** implica la evaluación por parte de los servicios ofrecidos frente a los requisitos establecidos en la Resolución 2003 del 2014 o demás que la modifiquen. Una vez cumplidos los requisitos aplicables en su totalidad, se procede a realizar el proceso de inscripción.
- **Inscripción:** una vez verificado que la institución cumple cada uno de los requisitos, se realiza el proceso de inscripción ante la Secretaría de Salud Departamental y su servicio ingresará al Registro Especial de Prestadores de Servicios en Salud (REPS), lo cual indica la autorización a la apertura de los servicios por parte del ente territorial. Una vez inscrito la entidad deberá comprometerse a cumplir con cada uno de los requisitos.
- **Visitas de verificación:** estas son realizadas por comisiones de las Secretarías Departamentales de Salud, con el fin de verificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos. El no cumplimiento de las condiciones exigidas podrá generar sanciones o hasta el cierre de los servicios.

A su vez el Sistema Único de Habilitación contempla tres tipos de condiciones:

- Suficiencia patrimonial y financiera.
- Condiciones técnico-administrativas.
- Condiciones tecnológicas y científicas.

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera son requisitos básicos del patrimonio y del pasivo, aplicables a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y no aplicables a profesionales independientes.

Las condiciones técnico-administrativas están referidas a la existencia jurídica de la institución y a un sistema contable que le permita generar estados financieros, siendo aplicables únicamente a las IPS.

Son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud en las siguientes áreas temáticas:

1. Recursos humanos: son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la competencia de este recurso para el tipo de atención.

2. Infraestructura física: son áreas o características de las áreas y su mantenimiento, que condicionen procesos críticos asistenciales.

3. Dotación: son las condiciones de los equipos médicos y su mantenimiento, que condicionen procesos críticos institucionales.

4. Insumos y su gestión: es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la observancia de las condiciones legales para el uso de insumos médicos y las condiciones técnicas de almacenamiento de insumos cuya calidad dependa de ello.

5. Procesos prioritarios asistenciales: es la existencia de procesos de atención de los usuarios, que tengan una relación directa con la prevención o minimización de los riesgos definidos como prioritarios.

- 6. Historia clínica y registros clínicos:** es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente, y las condiciones técnicas de su manejo y de los registros clínicos.
- 7. Interdependencia de servicios:** es la existencia y disponibilidad de servicios indispensables para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
- 8. Referencia de pacientes:** es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes.
- 9. Seguimiento a riesgos:** es la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios definidos como prioritarios.

Cada una de estas áreas tiene identificados los criterios, que permiten precisar la Interpretación de las áreas temáticas. A su vez, cada área temática tiene definidos detalles específicos para aquellos servicios en donde se considera esencial la aplicación del estándar. El conjunto de áreas temáticas, criterios de interpretación y tablas de precisión, por servicios, integra el estándar de condiciones tecnológicas y científicas de obligatorio cumplimiento.

6.3.2 Calidad.

La Calidad es definida como una filosofía entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, estrategia e impacto de los servicios de salud en donde la satisfacción del usuario constituye el principal elemento en la dimensión de resultado de la atención.

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a las necesidades del paciente más allá de lo que éste espera. Es satisfacer las

necesidades del cliente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del paciente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio. (Ardon, 2003)

El mejoramiento de la calidad igualmente implica crear un modelo de gestión participativa, que involucre al equipo de salud en conjunto con las organizaciones de base de la comunidad, en el que se definan estrategias que permitan incluir la participación comunitaria y la satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores como indicadores de la evaluación de la calidad de estos servicios.

Una organización orientada a la calidad promueve una cultura que da como resultado comportamientos, actitudes, actividades y procesos para generar valor mediante el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas pertinentes.

La definición de calidad creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca las siguientes perspectivas: La calidad de atención consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición.

6.3.3 Factores de riesgo ocupacional.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2011), los factores de riesgo ocupacional son todas aquellas condiciones del ambiente, instrumentos, materiales, la tarea o la organización del trabajo que potencialmente pueden afectar la salud de los trabajadores o generar un efecto negativo en la empresa.

Clasificación de los factores de riesgo ocupacionales

Los factores de riesgo se clasifican desde el punto de vista del origen y no del efecto.

Factor de Riesgo Físico: se clasifican aquí los factores ambientales de naturaleza física considerando esta como la energía que se desplaza en el medio, que cuando entren en contacto con las personas pueden tener efectos nocivos sobre la salud dependiendo de su intensidad, exposición y concentración de los mismos.

Factor de Riesgo Químico: está constituido por elementos y sustancias que, al entrar al organismo, mediante inhalación, absorción cutánea o ingestión pueden provocar intoxicación, quemaduras, irritaciones o lesiones sistémicas, dependiendo del grado de concentración y el tiempo de exposición.

Factor de Riesgo Biológico: está constituido por un conjunto de microorganismos, toxinas, secreciones biológicas, tejidos y órganos corporales humanos y animales, presentes en determinados ambientes laborales, que al entrar en contacto con el organismo pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas, intoxicaciones o efectos negativos en la salud de los trabajadores.

Factor de Riesgo de Carga Física y Psicosocial: Proviene de condiciones de trabajo tales como el proceso, la organización, el contenido y el medio ambiente de trabajo, las cuales en interacción con características del individuo y con aspectos extralaborales, determinan condiciones de salud y producen efectos a nivel del bienestar del trabajador y de la productividad de la empresa.

Factor de Riesgo de Inseguridad: son todos aquellos factores que involucran condiciones peligrosas originadas en un mecanismo, equipo, objeto o instalaciones locativas, que al entrar en contacto con la persona pueden provocar un daño físico de acuerdo con intensidad, tiempo de contacto.

Factor de Riesgo del Medio Ambiente Físico y Social: son todas las condiciones externas que pueden desencadenar alteraciones en los trabajadores y que normalmente no pueden ser controladas directamente por el empleador.

Factor de Riesgo de Saneamiento Ambiental: son todos los objetos, energía o sustancia sólida, líquida o gaseosa que resulta de la utilización, descomposición, transformación, tratamiento o destrucción de una materia y/o energía que carece de utilidad o valor y cuyo destino natural deberá ser su eliminación.

6.3.4 Plan de Acción.

Es el momento en que se determinan y se asignan las tareas, se definen los plazos de tiempo y se calcula el uso de los recursos. Un plan de acción es una presentación resumida de las tareas que deben realizarse por ciertas personas, en un plazo de tiempo específicos, utilizando un monto de recursos asignados con el fin de lograr un objetivo dado. El plan de acción es un espacio para discutir qué, cómo, cuándo y con quien se realizaran las acciones. (OPS, 1989).

Los planes de Acción se sugieren realizarlos en una matriz que permita hacer planeación, seguimiento y verificación de cumplimiento. Esta matriz permite realizar un plan de mejoramiento a cada recomendación, determinando quien y en qué periodo de tiempo se podían corregir estos aspectos.

La matriz del plan de acción, cumplimiento y seguimiento a las recomendaciones surge de lo que se definió como el “5W2H”, de las iniciales en inglés para iniciar un cuestionamiento:

Tabla 9. Las 5W2H

PREGUNTA	DESCRIPCIÓN
QUÉ	Se elabora una lista de problemas o actividades que se puedan realizar en el área de trabajo. Se identifican los problemas prioritarios que el equipo de consenso seleccione
QUIÉN	Da referencia al cargo o persona, dentro o fuera de la institución, responsable y encargado del PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) de la recomendación planteada, para el mejoramiento continuo de la institución y el cumplimiento de los estándares.

PREGUNTA	DESCRIPCIÓN
CUANDO	Explica el tiempo en el que debe darse el PHVA a la recomendación según lo planeado dentro del presupuesto de la empresa o disposición del líder de calidad y la gerencia.
DÓNDE	Hace referencia del lugar donde se debe actuar para generar el mejoramiento y llegar a la calidad esperada.
PARA QUÉ	Determina el estándar exigido por la norma que se está incumpliendo, es la razón de ser de la recomendación.
COMO	Referencia a la recomendación en donde se dan pautas, paso a paso de la forma de realizar el PHVA, para mejorar el proceso. Como hacerlo y como debe quedar, Lo determina la recomendación dentro del proceso de evaluación.
CUÁNTO	Se debe enunciar los costos que se puedan presentar para poder llevar a cabo la ejecución del PHVA

Fuente: Adaptado de la Guía del Ministerio de la Protección Social, 2007.

6.4 MARCO CONCEPTUAL

Complejidad: es la cualidad de los servicios de salud que depende de los recursos que posean, de su composición y organización, de sus elementos estructurales y funcionales, dispuestos con el objetivo común y final de brindar asistencia de las personas para resolver sus necesidades en lo relacionado con el proceso salud-enfermedad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Diagrama Causa – Efecto: también conocido como "Diagrama de Espina de Pescado" o Diagrama de Ishikawa, es una herramienta sistémica para la resolución de problemas que permiten apreciar la relación existente entre una característica de calidad (efecto) y los factores (causas) que la afectan, para así poder definir las causas principales de un problema existente en un proceso. Las causas son determinadas pensando en el efecto que tiene sobre el resultado, indicando por medio de flechas la relación lógica entre la causa y el efecto. (Kume, 1998).

Estándares de Habilitación: son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables acualquier prestador de éstos, independientemente del servicio que éste ofrezca.

Los estándares de habilitación son principalmente de estructura y de limitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que estos apunten a los riesgos principales.

Los estándares aplicables son siete (7) así: Talento Humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Indicador: es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada con periodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2017)

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): entendidas como aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

Prestadores de Servicios de Salud: se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

Seguridad del Paciente: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Institute of Medicine, 2000)

Servicio: es la unidad básica habilitable del Sistema Único de Habilitación de Prestadores, por tanto, es a la cual apuntan los criterios de los estándares de habilitación, a partir de los cuales se establece la autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

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

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

Existen varios Sistemas de Gestión de la Calidad, que, dependiendo del giro de la organización, es el que se va a emplear. Todos los sistemas se encuentran normados bajo un organismo internacional no gubernamental llamado International Organization for Standardization⁴ (ISO). (Norma Técnica Colombiana, 2015)

⁴ Palabras que traducen Organización Internacional para la Estandarización.

Unidad de Salud Mental: son los lugares en donde se ofrecen los servicios, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en salud, con un modelo de atención integral que incluye la prestación de servicios en todos los niveles de complejidad que garantice calidad y calidez en la atención de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Verificación del Cumplimiento de Estándares de Habilitación: Según la Resolución 2003 de 2014 toda Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en proceso de habilitación, debe cumplir los pasos establecidos dentro de la norma para realizar la apertura de los servicios que desea ofertar, en primera instancia una autoevaluación sobre sus capacidades y debilidades para así poder concluir con su proceso de habilitación correspondiente. Dependiendo del tipo de institución se encuentran unos estándares ya establecidos por la norma que deben cumplirse a cabalidad para obtener posterior a la inscripción y verificación, el distintivo de habilitación.

7. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN PARA LA INTERNACIÓN HOSPITALARIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Con el fin de determinar el nivel de cumplimiento bajo las condiciones de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social comprendidas en el Sistema Único de Habilitación que se encuentra en la Resolución 2003 de 2014, el cual, define los procedimientos y condiciones mínimas para el funcionamiento de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), se diseñó una lista de chequeo (Ver Anexo 1) que integra los siete (7) estándares que exige la norma para que un prestador de servicio pueda ofrecer los servicios de salud, en este caso hospitalización en una Unidad de Salud Mental.

Es importante destacar que los prestadores de salud en Colombia para garantizar su permanencia en el mercado deben de verificar y controlar el cumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa, capacidad tecnológica, científica, patrimonial y financiera, que permitan el buen funcionamiento de la institución. Adicional a estas condiciones se deben cumplir los criterios propios de los servicios de salud.

A continuación, se relacionan los siete (7) estándares que deben ser considerados para la habilitación del servicio de hospitalización en la Unidad de Salud Mental, estos son:

- 1) Talento Humano
- 2) Infraestructura
- 3) Dotación
- 4) Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos
- 5) Procesos Prioritarios
- 6) Historia Clínica y Registros
- 7) Interdependencia

La lista de chequeo es la resultante de tomar cada uno de los criterios que corresponde al detalle de los estándares, que se encuentran relacionados en la Resolución 2003 de mayo 24 de 2014, donde además se incluyen dos (2) posibles estados de cada uno de los criterios como son “cumple” y “no cumple”, adicional, cada criterio tiene una columna de observaciones para registrar en que consiste el incumplimiento. Una vez se han evaluado los criterios y registrados sus niveles de cumplimiento se grafican sus resultados. (Ver Anexo 1)

Cabe señalar que en la actualidad la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda. cuenta con los siguientes servicios habilitados:

- Psiquiatría
- Servicio farmacéutico
- Atención al consumidor de sustancias psicoactivas
- Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas

7.1. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNIDAD DE SALUD MENTAL DE TODOMED LTDA.

7.1.1 Descripción del Servicio.

Es la actividad de atención en salud que se realiza a un paciente por requerimiento de su patología mental, para realizarse monitorización y/o un procedimiento, los cuales se efectúan con una estancia del paciente mayor a 24 horas en un servicio de internación. Este servicio hace parte del Grupo internación.

A continuación, se detallan los requisitos o criterios de cada estándar:

- 1) Talento humano:** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.

Estos son los criterios para **Mediana Complejidad:**

Cuenta con:

1. Médico general.
2. Enfermera.
3. Auxiliar en enfermería.

Disponibilidad de:

1. Médico psiquiatra.
2. Psicólogo con certificado de formación en atención clínica.
3. Trabajo social.
4. Terapeuta ocupacional.

Todo el personal cuenta con certificado de formación para atención al paciente de salud mental, excepto el psiquiatra.

En ***Alta complejidad***:

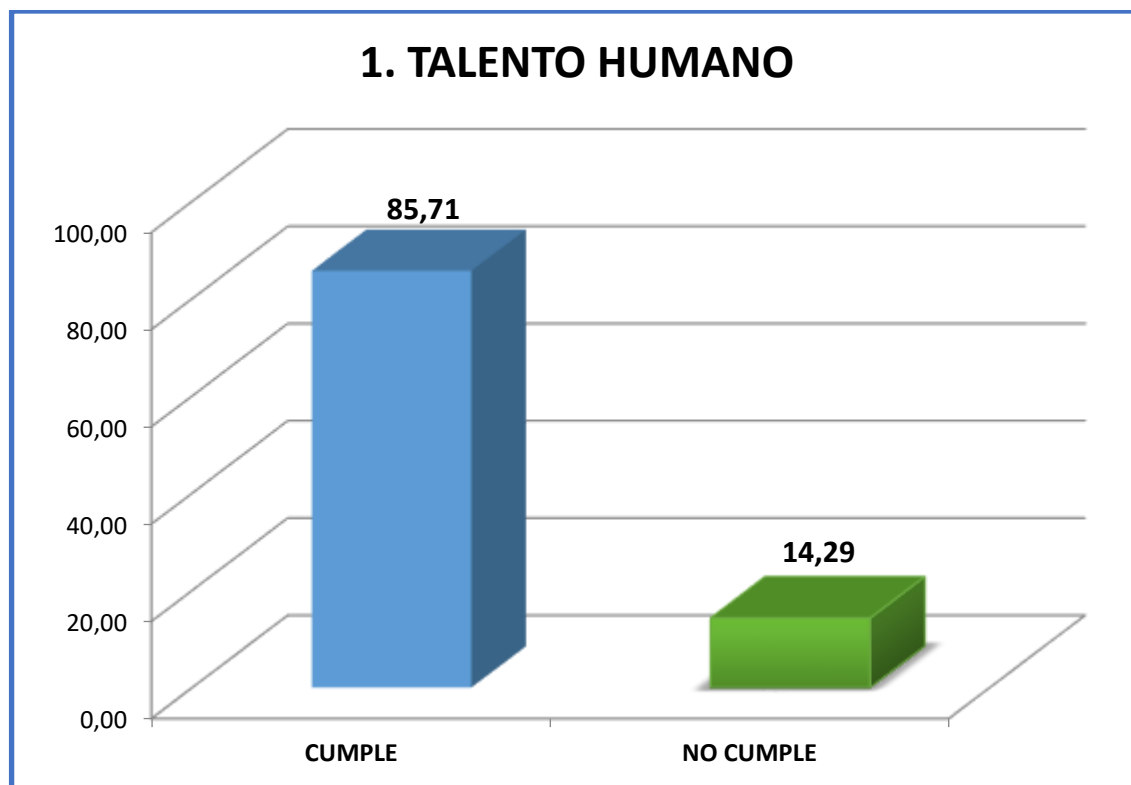
Adicional a lo exigido para mediana complejidad:

- Cuenta con médico psiquiatra.
- Si realiza terapia electro convulsiva con anestesia relajante - TECAR, dispone de anestesiólogo para la realización del procedimiento.

El médico especialista en psiquiatría y el médico general cuentan con certificado de formación en soporte vital avanzado.

La Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda. tiene habilitados servicios de mediana complejidad y en el tema de hospitalización se manejan las mismas complejidades, por lo tanto, el requisito de alta complejidad no se tendrá en cuenta.

Gráfica 2. Nivel del cumplimiento del estándar de Talento Humano.



Fuente: Datos recopilados en Todomed Ltda.

En la gráfica número uno (1) de Talento Humano para un análisis de siete (7) criterios se puede observar un nivel de cumplimiento del 85,71%, frente a un no cumplimiento del 14,29%, este último hace referencia a la falta de formación en atención clínica por parte del Psicólogo, el cual, se puede observar en el anexo 1, donde se encuentra la lista de chequeo.

Fortaleza: Dentro del estándar de Talento Humano se pudo constatar que la Unidad de Salud Mental cuenta con todo el personal exigido por la Resolución 2003 de 2014, en cuanto a los profesionales que se requieren para atender a los pacientes que se tienen.

Debilidad: Actualmente el equipo de trabajo de Salud Mental conformado por: Medico General, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Trabajo Social, Terapeuta Ocupacional y Psicólogo, no cuentan con el certificado de formación para atención al paciente de salud mental, excepto el Psiquiatra.

2) Infraestructura: Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Para **mediana complejidad:**

Cuenta con:

1. Área con puesto de control de enfermería, con sistema de monitoreo visual y/o vigilancia permanente.
2. Área exclusiva para el manejo de usuarios con problemas y trastornos en salud mental y/o consumo de sustancias psicoactivas.
3. Si maneja pacientes agudos, cuenta con habitaciones individuales.
4. Si realizan procedimientos de terapia electro convulsiva con anestesia relajante – TECAR, cuenta con un ambiente con las características para sala de procedimientos, pero sus condiciones no son óptimas.
5. La institución garantiza la monitorización y/o visualización permanente de los pacientes, mediante un sistema de cámaras que observadas permanentemente.

Habitaciones De Salud Mental

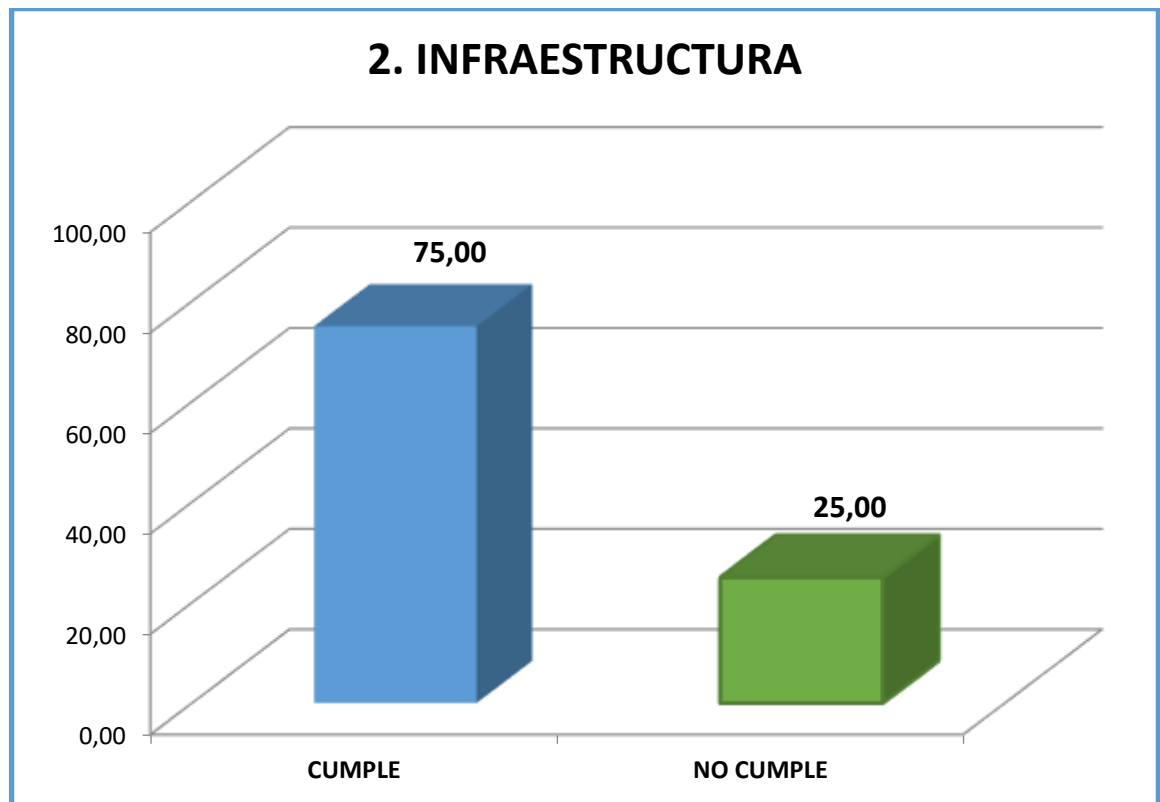
Cuenta con:

- Puertas de acceso que permiten un fácil paso y/o maniobra de camillas y sillas de ruedas, abren hacia fuera, no tienen seguro interior y cuentan con dispositivo de observación.

Dispone de:

- Unidad sanitaria, que permite el fácil desplazamiento del paciente y las puertas no deben tener seguro.

Gráfica 3. Nivel de cumplimiento del estándar de Infraestructura



Fuente: Datos recopilados en Todomed Ltda.

A partir de la información que nos brinda la gráfica 2, podemos establecer que el nivel de cumplimiento para el estándar de infraestructura es del 75% el cual, corresponde al cumplimiento de seis criterios frente al 25% que representan los dos criterios que no cumplieron con las condiciones exigidas por la norma, la falta de un sistema de llamado por cama y la ausencia de condiciones óptimas para realizar un procedimiento de terapia electro convulsiva ocasionan que estos dos criterios se les asignen el “no cumple”.

Fortalezas

- Dentro de la infraestructura de la institución se encuentra un puesto de control exclusivo para enfermería, el cual, esta acondicionado con dos computadores que permiten la visualización y vigilancia constante de las áreas brindando seguridad y confianza al paciente.
- Actualmente Todomed cuenta con un área exclusiva para el manejo de usuarios con problemas y trastornos en salud mental, esta área ha sido denominada por Todomed como “cuarto agudo”, el cual permite garantizar la seguridad del paciente y la estabilización del mismo cuando se presente cuadros de crisis, de igual forma este cuarto se encuentra monitoreado las 24 horas velando por la integridad del paciente.
- Los “cuartos agudos” son habitaciones aisladas individuales que permiten el tratamiento personalizado de la crisis del paciente, una vez esté mejora su condición es llevado a los cuartos compartidos.
- La institución cuenta un sistema de monitoreo para la vigilancia permanente que permiten velar por la seguridad y calidad del paciente.
- Velar por la seguridad del paciente es fundamental es por eso que todas las puertas de Todomed cumplen con la norma, estas permiten el fácil acceso, no presentan ningún tipo de seguro en el interior y abren hacia afuera.

Debilidades

- Actualmente la institución no cuenta con el sistema de llamado de enfermeras por cama, lo cual interfiere en la comunicación directa entre paciente y puesto de control, generando inconformidad y desasosiego al paciente.
- No se realizan procedimientos de terapia electro convulsiva con anestesia relajante (TECAR), debido a que la Unidad de salud Mental no cuentan con una sala de procedimientos ni un anestesiólogo de planta que realice este procedimiento.

3) Dotación

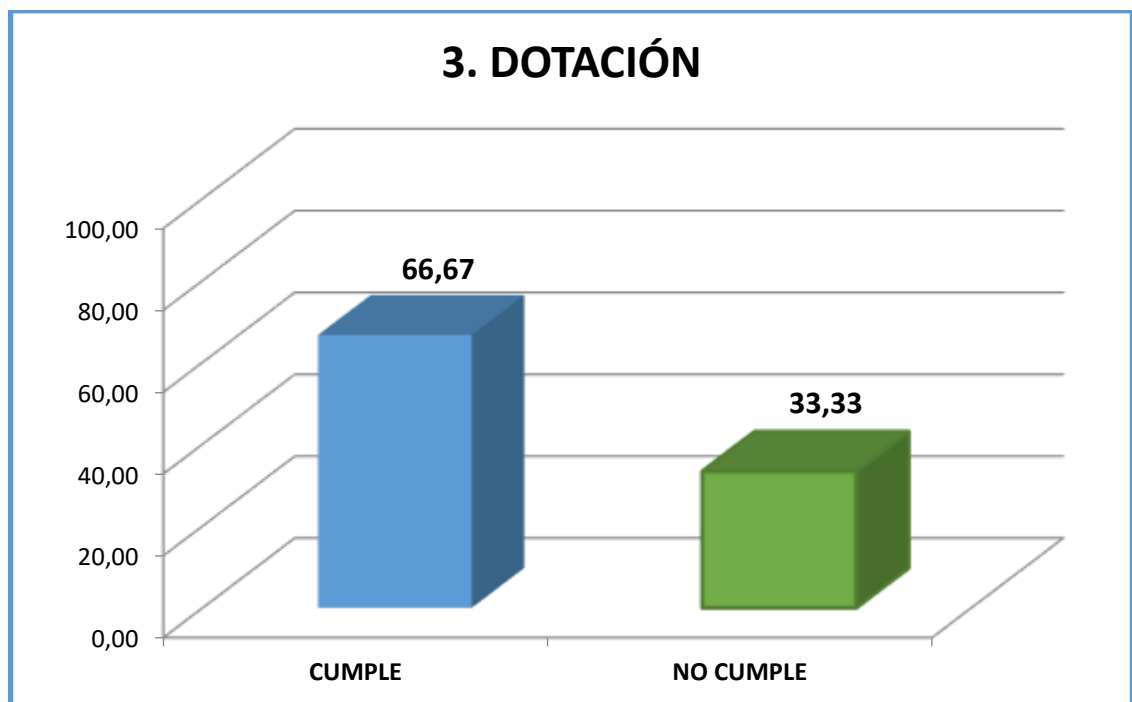
Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

Cuenta con:

- Carro de paro y equipo básico de reanimación.
- Las áreas de atención a pacientes hospitalizados cuentan con electrocardiógrafo.
- Glucómetro.
- Camas acondicionadas según el tipo de pacientes hospitalizados.
- Silla de ruedas.

Elementos para inmovilización y sujeción física.

Gráfica 4. Nivel de cumplimiento del estándar de Dotación.



Fuente: Datos recopilados en Todomed Ltda.

Con relación al nivel de cumplimiento de la gráfica 3 encontramos que el 66,67% si cumple con los requisitos de habilitaciones, porcentaje que hace alusión a 4 de los 6 criterios del estándar de dotación exigidos por la norma.

Debilidades

- La Falta de un electrocardiógrafo que permita realizar una prueba rápida y no invasiva de las actividades eléctricas de los latidos del corazón.
- Según la Resolución 2003 de 20147, Todomed Ltda. debe de contar con un carro de paro, sin embargo, esta institución dentro de sus aspectos a mejorar debe de realizar la compra de la unidad de emergencias vitales, comprometidos con la responsabilidad y seguridad del paciente, mitigando los riesgos a los cuales se ven expuestos por la implementación de fármacos y demás patologías que éstos presentan.

Fortalezas

- La lista de chequeo arrojo un dato significativo del 66,67% de cumplimiento, lo cual indica que de los 6 criterios pertenecientes al estándar de dotación de baja y mediana complejidad se está cumpliendo con 4 criterios, y los dos criterios faltantes ya se están realizando las debidas gestiones para lograr el 100% que este estándar exige.

4) Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos.

Se define como la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, Fito-terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de Rayos “X” y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución,

seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Según la Resolución 2003 del 2014, para la habilitación en el grupo de Internación para el servicio de Hospitalización, en unidad de salud mental, aplica lo exigido para todos los servicios, por lo cual:

Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.

Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.

Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, Fito terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de Rayos "X" y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los

depósitos o almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.

El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.

Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo Vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.

Los medicamentos homeopáticos, Fito terapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de Rayos “X” y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o banco de componente anatómico.

El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.

Se tienen definidos protocolos institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, el personal

profesional y auxiliar podrá reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.

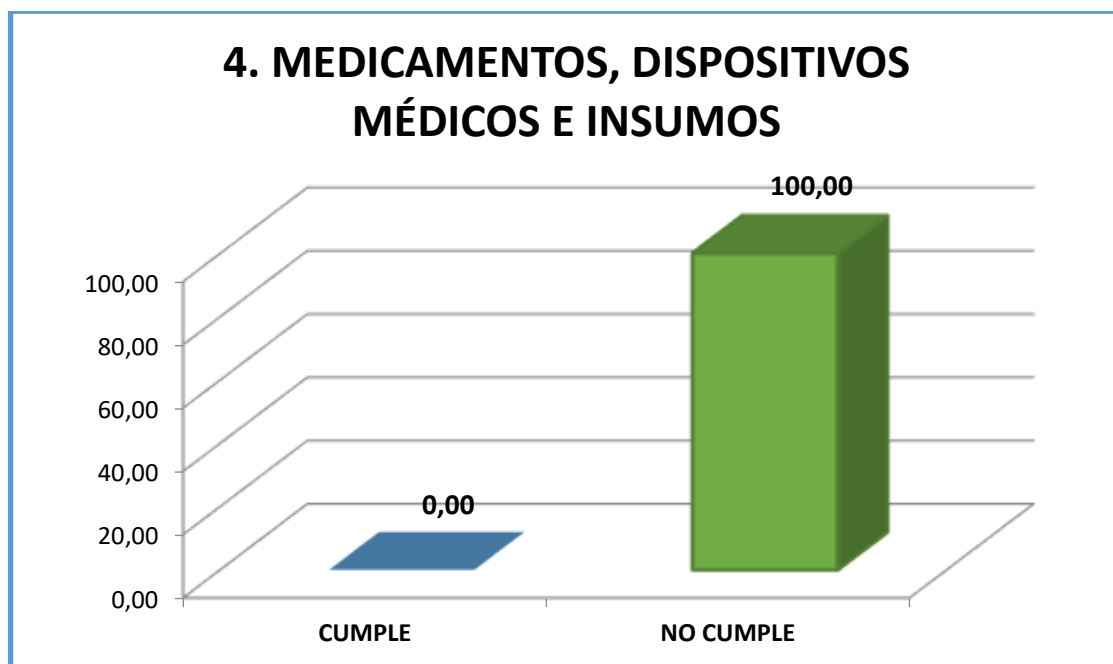
Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, Re esterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.

Si realiza labores de reenviase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.

Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.

Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.

Gráfica 5. Nivel de cumplimiento del estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos



Fuente: Datos recopilados en Todomed Ltda.

Debilidades

Tomando en cuenta el estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, podemos establecer que el nivel de cumplimientos de este estándar es del 0%, de acuerdo al análisis realizado se encontró que la unidad de salud Mental no presenta Carro de paro, y tomando en cuenta los riesgos que esta unidad maneja, se da como resultado un “No cumple”, hasta que la entidad realice la respectiva gestión de compra.

5) Estándar Procesos Prioritarios

Grupo internación

Según la Resolución 2003 de 2014, se definen los procesos prioritarios como la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos

asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

A continuación, vamos a detallar los criterios según la norma:

En **mediana complejidad**, adicional a lo exigido en todos los servicios, la institución cuenta con:

1. Guías internas y procesos educativos en vigilancia en salud pública de los Eventos de Interés en Salud Mental, según sea el grado de complejidad.
2. Proceso documentado para garantizar la inclusión social y la rehabilitación basada en comunidad de personas con problemas y trastorno de la salud mental y /o consumo de sustancias psicoactivas.
3. Procedimiento documentado para garantizar el trabajo en red de la institución con otras instituciones y las entidades territoriales, acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Protocolos donde se establezca y se verifique el cumplimiento que los pacientes deben ser evaluados en la mediana y alta complejidad en su ingreso y egreso por Psiquiatra.
5. Protocolo de buenas prácticas de esterilización si realiza procedimientos, basado en la normatividad que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.
6. Procedimiento para la recepción de los usuarios canalizados – tamizados desde la comunidad y garantizar su atención en la institución.
7. Procedimiento para la canalización a la Rehabilitación Basada en la Comunidad y a las redes socio – institucionales y de apoyo.
8. Procedimiento para brindar la información al usuario y su familia sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al usuario de los riesgos del manejo ambulatorio de usuarios problemas y trastornos en salud mental.

9. Protocolos de los procedimientos que se realizan, que incluyan consentimiento informado.
10. Guías y procesos de formación en la atención de las principales causas de internación en salud mental, acorde con las guías de atención integral expedidas por el Ministerio para esto. Las guías contemplan la descripción de los criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las guías de atención integral expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los manuales de procesos y procedimientos para los servicios.
11. Guías de manejo de urgencia para problemas y trastornos en salud mental.
12. Procedimiento documentado para la dispensación de medicamentos, para la terapia de sustitución, en consumidores de sustancias psicoactivas contra referidos de la mediana complejidad o de los servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas.
13. Proceso para garantizar la referencia a servicios de mayor complejidad, así como para la recepción de los usuarios remitidos desde la baja complejidad y los contra remitidos de la alta complejidad, y para garantizar su atención en la institución, acorde a lo documentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
14. Procedimientos necesarios para garantizar la atención médica acorde a las recomendaciones del especialista, si ofrece servicios de tele psiquiatría.

Cuenta con criterios explícitos y documentados de:

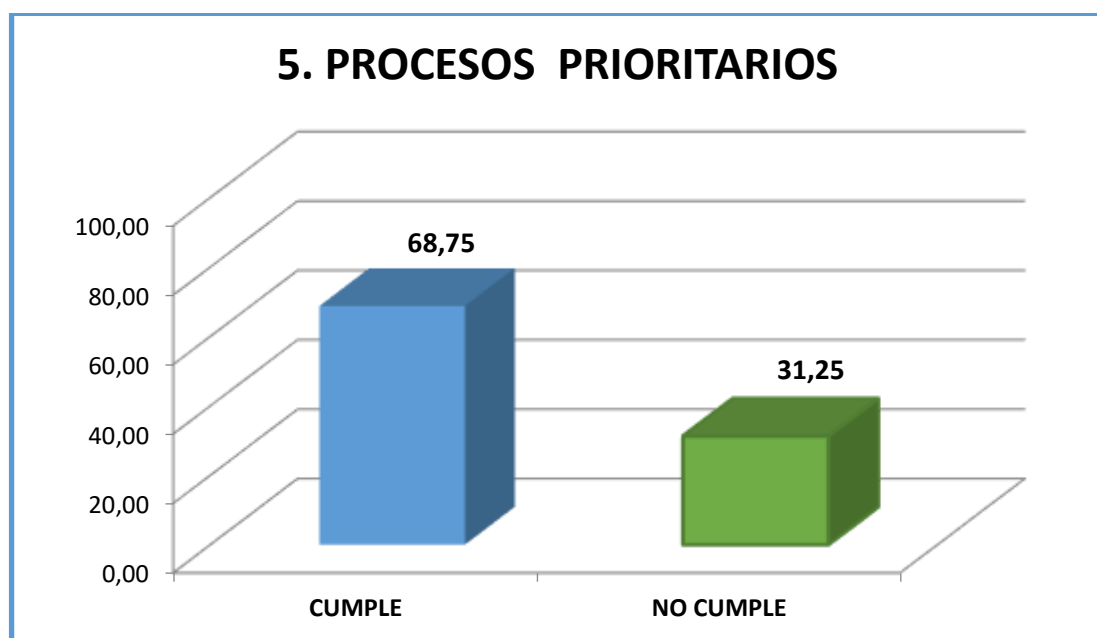
1. Tiempos máximos de manejo hospitalario de usuarios con problemas y trastornos en salud mental.
2. Remisión a consulta externa de baja, mediana, alta complejidad y a servicios de hospitalización en salud mental de alta complejidad, acorde a las condiciones del usuario.
3. Las condiciones de los usuarios que pueden ser manejados en mediana complejidad y los que pueden ser contra referidos a la alta y baja complejidad.

En alta complejidad, además de lo requerido para mediana complejidad:

Cuenta con proceso documentado para la realización de terapia electro convulsiva con anestesia relajante, TECAR; y cuenta con criterios explícitos y documentados de:

1. Remisión a servicios de hospitalización en salud mental de mediana, servicios de hospitalización parcial, a servicios de consulta externa, acorde a las condiciones del usuario.
2. Las condiciones de los usuarios que pueden ser manejados en alta complejidad y los que pueden ser contra referidos a la mediana y a la baja complejidad.
3. Recepción de los usuarios remitidos desde la mediana complejidad y los contra remitidos de hospitalización, y para garantizar su atención en la institución.

Gráfica 6. Nivel de cumplimiento del estándar de Procesos Prioritarios.



Fuente: Datos recopilados en Todomed Ltda.

En la gráfica de procesos prioritarios para un análisis de 17 criterios en mediana complejidad se puede observar que hay un nivel de cumplimiento del 68.75 % frente

a un no cumple de 31.25%, este porcentaje es una debilidad que se debe mejorar para poder habilitar el servicio de hospitalización en salud mental.

Debilidad

- Procedimiento documentado para garantizar el trabajo en red de la institución con otras instituciones y las entidades territoriales, acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y Protección Social
- Procedimiento para la canalización a la Rehabilitación Basada en la Comunidad y a las redes socio – institucionales y de apoyo.
- Guías de manejo de urgencia para problemas y trastornos en salud mental.
- Procedimiento documentado para la dispensación de medicamentos, para la terapia de sustitución, en consumidores de sustancias psicoactivas contra referidos de la mediana complejidad o de los servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas.
- Procedimientos necesarios para garantizar la atención médica acorde a las recomendaciones del especialista, si ofrece servicios de tele psiquiatría.

Fortalezas

Entre los criterios del estándar de procesos prioritarios se cuenta con unas fortalezas que hacen posible seguir mejorando en este proceso que es tan importante para la seguridad y atención del paciente entre ellos están.

- Guías internas y procesos educativos en vigilancia en salud pública de los Eventos de Interés en Salud Mental, según sea el grado de complejidad.
- Proceso documentado para garantizar la inclusión social y la rehabilitación basada en comunidad de personas con problemas y trastorno de la salud mental y /o consumo de sustancias psicoactivas
- Protocolos donde se establezca y se verifique el cumplimiento que los pacientes deben ser evaluados en la mediana y alta complejidad en su ingreso y egreso por Psiquiatra.

- Procedimiento para la recepción de los usuarios canalizados – tamizados desde la comunidad y garantizar su atención en la institución.
- Procedimiento para brindar la información al usuario y su familia sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al usuario de los riesgos del manejo ambulatorio de usuarios problemas y trastornos en salud mental."
- Protocolos de los procedimientos que se realizan, que incluyan consentimiento informado."
- Guías y procesos de formación en la atención de las principales causas de internación en salud mental, acorde con las guías de atención integral expedidas por el Ministerio para esto. Las guías contemplan la descripción de los criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar y de los que no se pueden realizar. Los criterios deben enmarcarse en las guías de atención integral expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los manuales de procesos y procedimientos para los servicios.
- Proceso para garantizar la referencia a servicios de mayor complejidad, así como para la recepción de los usuarios remitidos desde la baja complejidad y los contra remitidos de la alta complejidad, y para garantizar su atención en la institución, acorde a lo documentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Tiempos máximos de manejo hospitalario de usuarios con problemas y trastornos en salud mental.
- Remisión a consulta externa de baja, mediana, alta complejidad y a servicios de hospitalización en salud mental de alta complejidad, acorde a las condiciones del usuario.
- Las condiciones de los usuarios que pueden ser manejados en mediana complejidad y los que pueden ser contra referidos a la alta y baja complejidad.

6) Estándar Historia Clínica y Registros

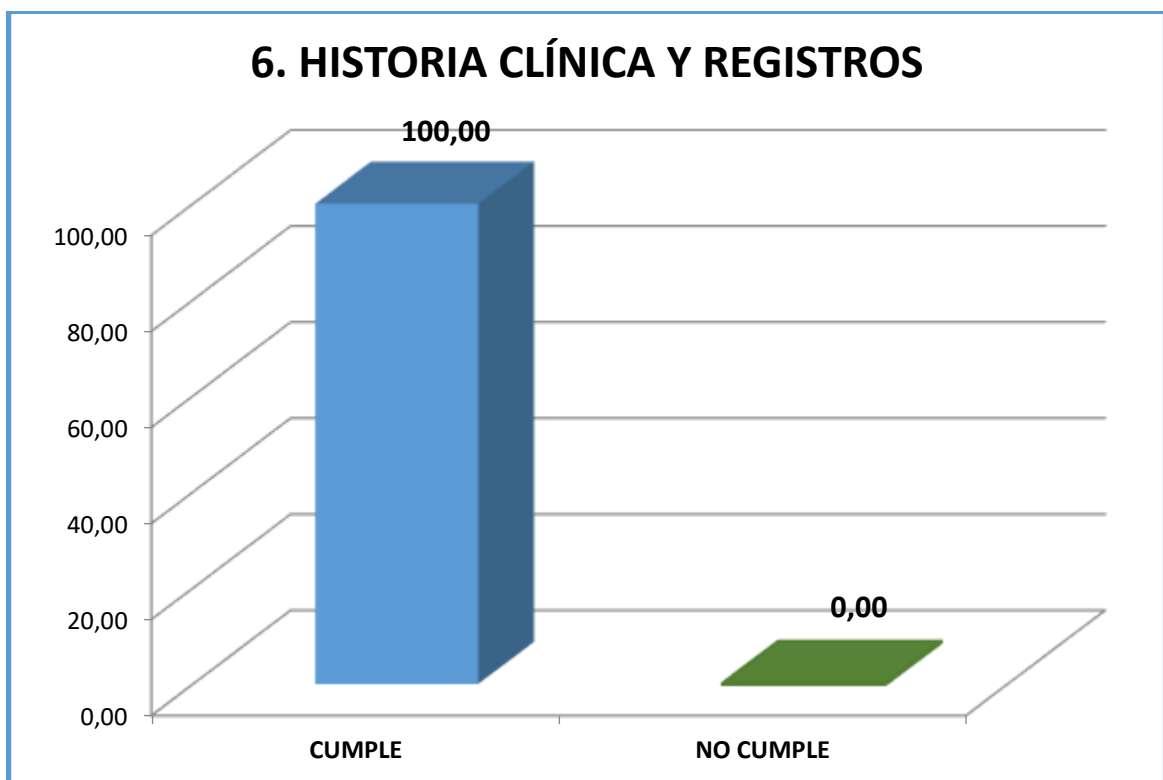
Grupo internación

Según la resolución se define historia clínica y registros como la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

A continuación, vamos a detallar los criterios según la norma:

Aplica lo exigido para todos los servicios.

Gráfica 7. Nivel de cumplimiento del estándar historia clínica y registro



Fuente: Datos recopilados en Todomed Ltda.

Fortalezas

Según la Resolución 1995 de 1999 la cual define la Historia Clínica como un documento privado y obligatorio sometido a la reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, estas deben ser diligenciadas de forma clara y legible, se puede concluir que Todomed Ltda. según la gráfica cumple a un 100% con los criterios establecidos por la norma.

7) Estándar Interdependencia

Grupo internación

Según la resolución se define interdependencia a la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención del paciente, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será responsable del cumplimiento del estándar, independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar.

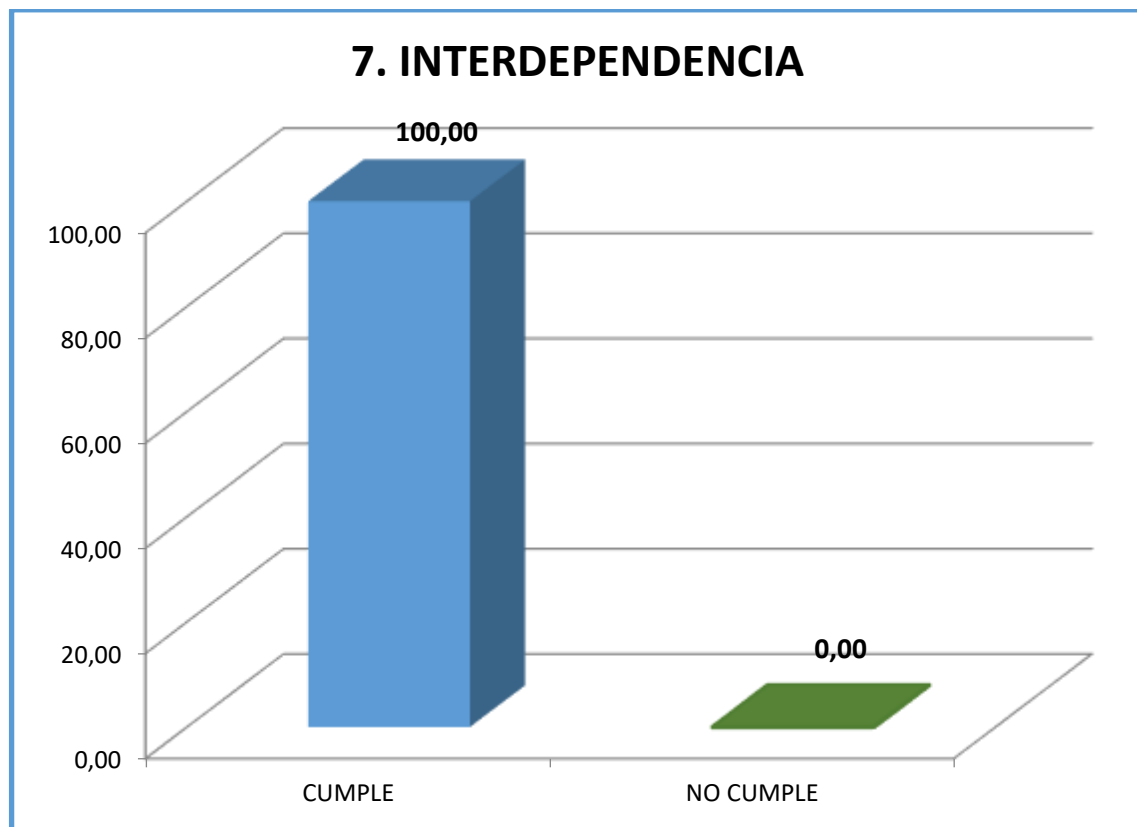
A continuación, vamos a detallar los criterios según la norma:

Disponibilidad de:

1. Alimentación.
2. Laboratorio clínico.
3. Proceso de esterilización, si realiza procedimientos.
4. Transporte Asistencial.
5. Terapia ocupacional.

Cuenta con:
Servicio Farmacéutico.

Gráfica 8. Nivel de cumplimiento del estándar Interdependencia.



Fuente: Datos recopilados en Todomed Ltda.

Fortaleza

De acuerdo a la gráfica de Interdependencia se puede visualizar que cumple el 100% de los criterios, actualmente la sede de Salud Mental de Todomed dispone de una infraestructura adecuada para el uso y funcionamiento de una cocina que cumple con los criterios de limpieza y desinfección, además de contar con un personal competente para desarrollar las labores pertinentes.

Por otra parte, se dispone de dos contratos, el primero es con la empresa de Servicio de Diagnóstico Médico (SDM) debidamente certificada, la cual cumple con las funciones de laboratorio y la segunda es Bomberos de Palmira, la cual es la encargada del transporte asistencial de los pacientes, además de la habilitación de los servicios farmacéuticos, cabe aclarar que en el punto tercero del estándar de interdependencia “proceso de esterilización, si realiza procedimientos” Todomed Ltda. como política tiene no al reuso, pero esto no lo hace indiferente, ya que se cuenta con un contrato con la empresa Esterilizar E.U.

Adicional a la identificación de debilidades y fortalezas con la aplicación de las listas de chequeo orientadas por la normatividad, se recurre al método de causa – efecto para incorporar otras variables de tipo administrativo que puedan afectar la prestación del servicio.

Es importante establecer que el diagrama de causa-efecto es aplicable en cualquier proceso, sea este gerencial, misional o de apoyo, en donde se requiera solucionar un problema o se desee implementar una mejora, ya que es una excelente herramienta que sirve para centralizar esfuerzos al momento de optimizar los procesos.

Sirve para determinar en qué aspecto se debe trabajar, clasificando los problemas recurrentes en 8 aspectos, 8 “M” a saber: Mano de Obra, Materiales, Métodos, Management, Maquinaria, Medición, Medio Ambiente y Money.

Para una mayor comprensión, se detallan cada uno de los ejes:

Mano de obra: se consideran todos los aspectos asociados a la gente, al personal, a la mano de obra. Interrogantes frecuentes independientes del problema suelen ser: ¿Está capacitada la mano de obra? ¿Está seleccionado el personal idóneo para

ese trabajo? ¿El personal se siente motivado y trabaja con deseo? ¿El trabajador muestra habilidad en su trabajo?

Materiales: se evalúa todo lo que tenga que ver con los materiales en la empresa, ya sean insumos, medicamentos y dispositivos médicos. Se asocia a los proveedores, variabilidad de las características y especificaciones del material, conformidad del material, facilidad para trabajar, etc.

Métodos: se evalúa la forma en la que se hacen las cosas, así pues, al evaluar los métodos, se está evaluando si la forma en que se desarrollan las actividades está significando resultados, así pues, se trata de buscar la falla en el hacer de las cosas que ocasionan el problema.

Management: se refiere a todos los aspectos que van ligados a la administración, dirección o gestión empresarial. Es el mecanismo que conduce los esfuerzos de la organización para adaptarse a las diferentes situaciones.

Maquinaria: hablar de maquinaria es hablar de infraestructura, es hablar de todas las herramientas con las que se cuenta para dar salida al producto final, software, hardware, máquinas de fabricación, montacargas, etc. Interrogantes comunes suelen ser: ¿Tiene capacidad suficiente para cumplir su función? ¿Qué tan eficiente es? ¿Cómo es el manejo? ¿Existen repuestos? ¿Es conforme el mantenimiento? ¿Esta actualizado a su última versión?}

Medición: aquí recae todo lo que se hace en torno a la inspección, las diferentes medidas con que se trabajan, el aseguramiento de la calidad, calibración, tamaño de muestra, error de medición, etc.

Medio ambiente: corresponde a las condiciones y el entorno con el que se trabaja, se debe de tener en cuenta la cultura organizacional y el clima organizacional, de suma importancia para el desarrollo de este eje.

Money: se refiere a todos los aspectos financieros que afectan la ejecución de los presupuestos para el normal desarrollo de cada una de las actividades de la empresa.

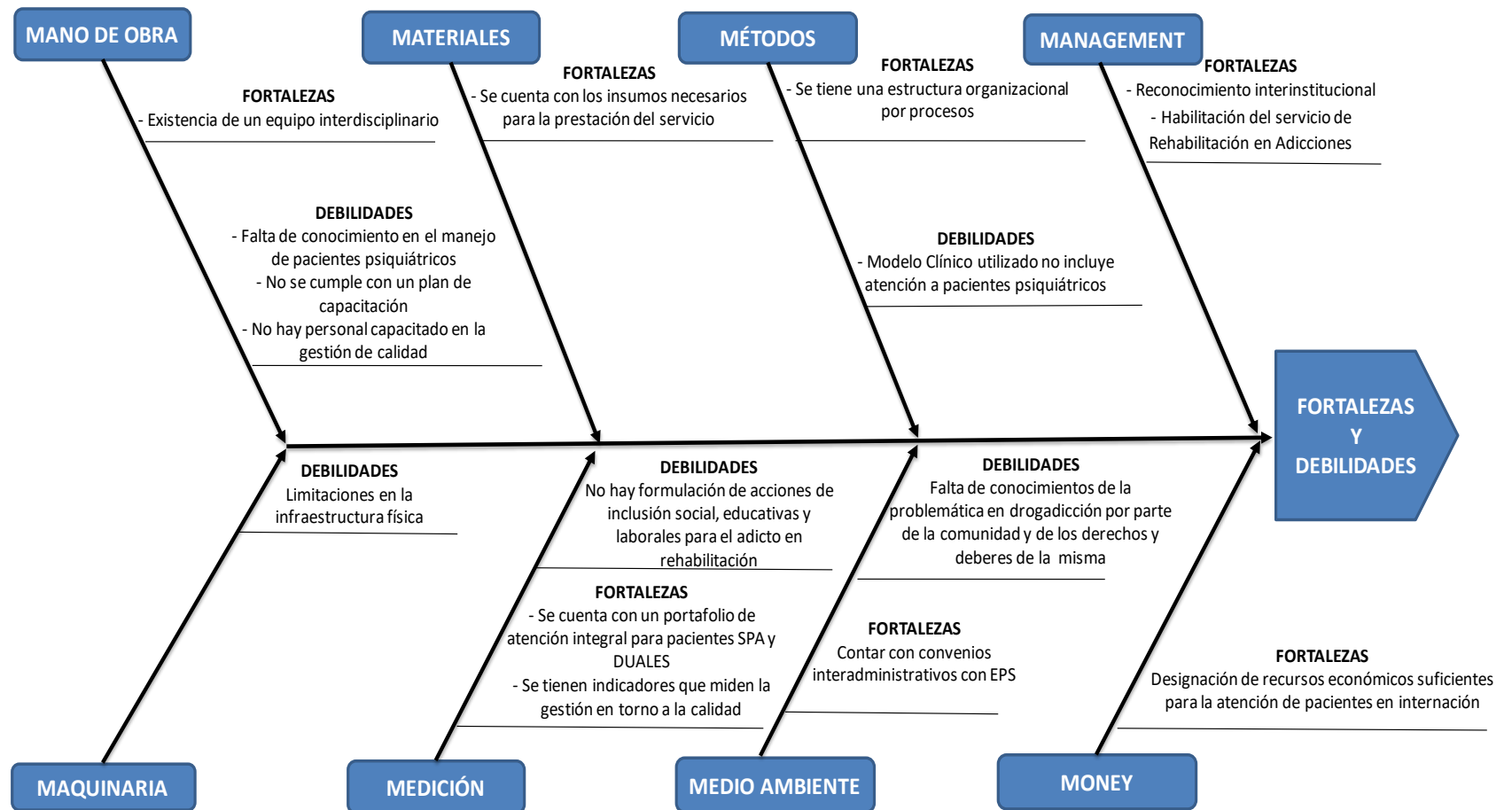
Con estas 8Ms, es posible tener un panorama más claro sobre las diferentes fortalezas y debilidades de los procesos y entonces, se puede actuar de forma aislada o colectiva, partiendo del punto donde se dio la identificación de cada una de ellas.

Es una herramienta totalmente compatible e integrada que contribuye con la planificación de los proyectos a través de objetivos, siendo muy eficaz para facilitar la gestión y el Control de calidad.

La construcción del mencionado diagrama fue el resultado de la labor investigativa de las autoras con base en el estudio realizado en la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda.

Este diagrama se constituye en una herramienta de análisis muy útil para el ordenamiento de las ideas a través del criterio de sus relaciones de causalidad, ofreciendo una visión sencilla y concentrada de las fortalezas y las debilidades de la Unidad materia de estudio, contribuyendo con sus resultados a la elaboración del diagnóstico correspondiente.

Ilustración 3. Diagrama espina de pescado - Fortalezas y debilidades unidad de salud mental Todomed Ltda.



Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en Todomed Ltda.

A continuación, se detalla el alcance de cada una de las debilidades y fortalezas por los diferentes ejes:

FORTALEZAS

Mano de obra: una de las fortalezas es la existencia de un equipo interdisciplinario dado que se cuenta con profesionales en diferentes áreas, teniendo Médico General, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Trabajadora Social, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo y Psiquiatra.

Materiales: contar con los insumos necesarios es una gran fortaleza, puesto que con ello se garantiza la oportuna prestación del servicio en la Unidad de Salud mental de Todomed Ltda.

Métodos: el contar con una estructura organizacional basada en procesos es una fortaleza que favorece ampliamente, ya que facilita la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en la sede.

Management: a nivel de Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Todomed Ltda. tiene un alto reconocimiento por la prestación de sus servicios, considerándose como una de sus grandes fortalezas, como lo es también el hecho de tener habilitado el servicio de rehabilitación en adicciones, lo que la ubica como una de las mejores entidades de la región.

Medición: como fortalezas está la de tener un portafolio de atención integral que permite tatar, de manera eficiente, tanto los pacientes SPA como los Duales, además de presentar una serie de indicadores de gestión que permiten medir las condiciones en que se encuentra la Unidad en materia de calidad.

Medio ambiente: la fortaleza radica en la existencia de convenios interadministrativos que aseguran la permanencia de los pacientes en la Unidad, ya que se puede contar con algunos servicios que no son prestados directamente como lo son la utilización de ambulancias y la práctica de exámenes de laboratorio.

Money: una gran fortaleza detectada radica en la eficiente destinación de los recursos financieros para la atención de los pacientes en internación, lo que contribuye a garantizar la permanencia de los mismos en condiciones normales dentro del desarrollo de su tratamiento.

DEBILIDADES

Mano de obra: entre las debilidades encontradas, una de las que se plantea es debido a que la empresa no ha tenido experiencia en el manejo de los pacientes psiquiátricos, por lo tanto, no hay un conocimiento claro en este sentido.

Otro de los aspectos que refleja debilidad es el incumplimiento al plan de capacitación establecido, ya que se programa, pero no es ejecutado a cabalidad, teniendo también que se carece de personal con un amplio conocimiento en el Sistema de Gestión de Calidad, lo que obstaculiza, en determinada manera, la implementación del mencionado sistema.

Métodos: como debilidad se tiene la no inclusión de la atención a los pacientes psiquiátricos en el modelo clínico utilizado, lo que conlleva a que no se tenga documentado este tema, afectando altamente el proceso de habilitación que se debe de adelantar.

Maquinaria: se encontraron algunas debilidades por las falencias en la infraestructura de la Unidad de Salud Mental, ya que el piso de las áreas comunes es un terreno sin pavimentar, hallándose en piedra y tierra.

También se presentan fallas infraestructurales por falta de mantenimiento de las instalaciones o previsión en el mismo.

Medición: dentro de las debilidades que se tiene en este eje, está la de no existir una formulación de acciones de inclusión social, educativas y laborales para el adicto en rehabilitación, lo que hace que el paciente al final de su tratamiento se encuentre en situación de vulnerabilidad por no contar con un proyecto claro que lo vuelva a incluir en la sociedad.

Medio ambiente: entre las debilidades detectadas en este punto se encuentra la falta de conocimientos de la problemática en drogadicción, por parte de la comunidad y de los derechos y deberes de la misma, lo que conlleva a exponer al paciente en su proceso de recuperación, debido a la discriminación de que puede ser objeto, sin recurrir a las herramientas legales que lo protegen.

Para una mayor claridad y buscando la facilidad del lector, se consolida la información en una tabla que contiene las fortalezas y las debilidades encontradas mediante la Lista de Chequeo de los estándares de habilitación y el Diagrama Espina de Pescado.

Tabla 10. Consolidado fortalezas y debilidades Unidad de Salud Mental - Todomed Ltda.

NORMA 2003 DEL 2014	RESULTADO DE ESPINA DE PESCADO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Talento humano	MANO DE OBRA	- Existencia de un equipo interdisciplinario. - Cuenta con todo el personal profesional para atender a los pacientes.	- Falta de conocimiento en el manejo de pacientes psiquiátricos. - Los profesionales no cuentan con el certificado para el manejo de pacientes de Salud Mental - No se cumple con un plan de capacitación. - No hay personal capacitado en la gestión de calidad.
Dotación, / Medicamentos, Dispositivos médicos e Insumos	MATERIALES	- Se cuenta con los insumos necesarios para la prestación del servicio. - Cumple con la dotación de Equipos Biomédicos.	No hay electrocardiógrafo ni Carro de Paro
Historias Clínicas / Procedimientos Prioritarios / Interdependencia	MÉTODOS	- Se cumple con las Historias Clínicas según la normatividad. - Existen contratos para los servicios de interdependencia. - Se tiene una estructura organizacional por procesos.	- Modelo Clínico utilizado no incluye atención a pacientes psiquiátricos. - No hay procedimiento documentado para garantizar el trabajo en red, para la dispensación de medicamentos, para la canalización a la Rehabilitación Basada en la Comunidad y a las redes socio – institucionales y de apoyo. - No hay guías para el manejo de urgencias.
	MANAGEMENT	- Reconocimiento interinstitucional. - Habilitación del servicio de rehabilitación en adicciones.	

NORMA 2003 DEL 2014	RESULTADO DE ESPINA DE PESCADO	FORTALEZAS	DEBILIDADES
Infraestructura	MAQUINARIA	- Se cuenta con un sistema de monitoreo para la vigilancia permanente de los pacientes. - Se cuenta con “cuartos agudos”, el cual permite garantizar la seguridad del paciente y la estabilización del mismo.	Limitaciones en la infraestructura física.
	MEDICIÓN	- Se cuenta con un portafolio de atención integral para pacientes SPA y DUALES. - Se tienen indicadores que miden la gestión en torno a la calidad.	No hay formulación de acciones de inclusión social, educativa y laboral para el adicto en rehabilitación.
	MEDIO AMBIENTE	Contar con convenios interadministrativos con EPS	Falta de conocimientos de la problemática en drogadicción por parte de la comunidad y de los derechos y deberes de la misma.
	MONEY	Designación de recursos económicos suficientes para la atención de pacientes en internación.	

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en Todomed Ltda.

8. IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS FACTORES POTENCIALES DE RIESGO INHERENTES AL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA RESOLUCIÓN 2003 DE 2014

Para cumplir con este apartado se recurrió a una Matriz de Riesgos elaborada por las autoras en la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda., la cual previo análisis permitió plantear las acciones pertinentes al acatamiento de los estándares de habilitación de la Resolución 2003 de 2014.

Inicialmente se define el proceso que se va a intervenir y el objetivo que éste persigue.

Proceso: Prestación del servicio a pacientes Salud Mental.

Objetivo del proceso estratégico / seguridad del paciente: Prestar atención en salud en el tratamiento y la rehabilitación en adicciones, en pacientes consumidores de sustancias Psicoactivas y con patologías psiquiátricas, basados en criterios de oportunidad, calidad, humanización de los servicios, satisfacción de necesidades y expectativas del usuario; aplicando el modelo de atención y la filosofía de la Seguridad del paciente.

Al registrar los riesgos detectados, la matriz resultante presenta aspectos tales como la identificación (Descripción, origen y fuente del riesgo), el análisis (Causa del riesgo), la evaluación (Probabilidad de ocurrencia e impacto) y el tratamiento (Acciones para controlar o mitigar el riesgo y el tipo de gestión) de cada uno de ellos.

Con respecto a la evaluación que contiene la probabilidad de ocurrencia y el impacto, los criterios para estos puntos se han definido de la siguiente manera, MUY BAJO: 1, BAJO: 2, MEDIO: 3, MEDIO-ALTO: 4 y ALTO:5.

Tabla 11. Matriz de Riesgos

ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
1	Riesgo de caída	Seguridad del Paciente	Gestión de Infraestructura (Proceso de Apoyo)	Falencias en la infraestructura por ser un terreno sin pavimentar, está en piedras y tierra.	ALTO (5)	BAJO (2)	1. Capacitar a los pacientes y al personal asistencial sobre el autocuidado. 2. Pavimentar zonas de tránsito para generar lugar seguro de movilidad.	Mitigación
2	Riesgo de evasión	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	El paciente evita ser internado para su tratamiento, no adquiere responsabilidad ni compromiso con su tratamiento.	ALTO (5)	ALTO (5)	1. Realizar contención verbal y farmacológica. 2. A nivel terapéutico se motiva constantemente al paciente para un óptimo desarrollo de su proceso de internación, es decir hasta su regreso.	Mitigación

ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
3	Riesgo de crisis	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	El paciente que no pone de su parte, y se identifica con su situación emocional efecto negativa.	MEDIO (3)	ALTO (5)	1. Identificación de los individuos susceptibles de sufrirlas y evaluación de los factores que influyen en el riesgo de padecerlas. 2. Acompañamiento terapéutico a nivel individual y fortalecimiento de autoestima	Mitigación
4	Riesgo de evasión	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	El paciente ha entrado en una fase depresiva potencialmente lo puede afectar en su proceso decisional en contra de su vida.	MEDIO (3)	ALTO (5)	1. Realizar manejo a nivel terapéutico y farmacológico. 2. Acompañamiento e intervenciones a nivel individual y grupal. 3. Círculos diarios de expresión de sentimientos donde se evidencian o se identifican posibles riesgos emocionales que conllevan a conductas suicidas de los pacientes.	Mitigación

ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
5	Riesgo de auto – hetero-agresión	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	El paciente demuestra señales de auto-agresividad y hetero-agresividad en su hablar y su gestualidad por causas de su misma condición de salud.	ALTO (5)	ALTO (5)	1. Realizar brigadas de capacitación al paciente, sobre autocuidado y respeto por sí mismo y sus semejantes. 2. Acompañamiento e intervenciones a nivel individual y grupal. 3. Inspección de pertenencias para evitar autolesiones con elementos corto punzantes. 4. Evaluación física para identificar posibles lesiones por una auto - hetero agresión.	Mitigación
6	Riesgo de abandono del programa	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	El paciente mismo o sus familiares socializan una inconformidad y manifiestan querer migrar.	ALTO (5)	ALTO (5)	1. Realizar contención verbal y farmacológica. 2. Acompañamiento a nivel individual y familiar. 3. Realizar terapias grupales.	Mitigación

ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
7	Riesgo de recaída en adicciones	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	El paciente se muestra ansioso y presenta señales de buscar la manera de encontrar sustancias alucinógenas.	ALTO (5)	ALTO (5)	1. Verificar la transición del paciente en cada fase del programa para garantizar su verdadera resocialización. 2. Garantizar el conocimiento de la problemática de la drogadicción, sus implicaciones y riesgos. 3. Evitar el consumo al interior de la Unidad realizando constante revisión de pertenencias y supervisión durante todas sus actividades. 4. identificar expendios de sustancias psicoactivas en sectores aledaños a la Unidad para evitar su ingreso y despertar disparadores externos en los pacientes.	Mitigación
8	Riesgo de agitación o comportamiento antisocial	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	El paciente demuestra sentir aversión a la gente, a los grupos, a estar en espacios públicos o cerrados con personas.	ALTO (5)	ALTO (5)	1. Realizar talleres sobre manejo del comportamiento. 2. Acompañamiento e intervenciones a nivel individual y grupal. 3. Contención verbal y farmacológica. 4. Emplear técnicas de relajación y esparcimiento para que se establezca y logre una adecuada permanencia en las actividades diarias.	Mitigación

ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
9	Riesgo de violencia sexual	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	Se presenta una situación coyuntural de asignación de habitaciones, o de manejo de espacios de interacción entre hombres y mujeres que potencialmente ofrece oportunidades de acoso o violencia sexual.	MEDIO (3)	ALTO (5)	1. Garantizar la intimidad de los pacientes de acuerdo a su género. 2. Se realiza la separación de dormitorios de hombres y mujeres y el uso de baños. 3. En las horas de alimentación hay un espacio de tiempo para los hombres y luego las mujeres. 4. Realizar rondas de vigilancia a los cuartos y garantizar el cumplimiento de la programación diaria de actividades. 5. Cuando se evidencia que alguien tiene riesgo de ser abusado se separa del grupo.	Mitigación
10	No adherencia al tratamiento farmacológico	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	El paciente no se logra comprometer a hacer parte del tratamiento porque no está muy convencido de su eficacia.	MEDIO (3)	ALTO (5)	1. Realizar contención verbal y capacitación sobre la importancia del tratamiento farmacológico. 2. Realizar intervención familiar para motivar al paciente a adherirse al tratamiento.	Mitigación

ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
11	Normatividad cambiante	Proceso	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad (Proceso Gerencial)	Vacíos jurídicos originados por conflicto de intereses políticos.	MEDIO (3)	ALTO (5)	Realizar constante actualización de acuerdo a los cambios de la norma teniendo en cuenta los asesores jurídicos de la organización y las capacitaciones sobre la temática de Salud.	Prevenible
12	Falta de formulación de acciones de inclusión social educativas y laborales para el adicto en rehabilitación	Proceso	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	Deficiencia en el compromiso con los procesos de prevención, falta de sentido de contextualización de la realidad del paciente.	ALTO (5)	ALTO (5)	Abrir espacios en instituciones educativas, empresas y lugares donde haya población vulnerable con presencia masiva de comunidad para ejecutar acciones de prevención y lograr mayor cobertura.	Prevenible

ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
13	Fallas en la infraestructura de la Unidad	Proceso	Gestión de Infraestructura (Proceso de Apoyo)	Se presentan fallas infraestructurales por falta de mantenimiento o previsión en el mismo.	ALTO (5)	ALTO (5)	1. Garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente en la materia. 2. Realizar inspecciones y gestión para realizar oportunamente las mejoras requeridas a nivel de mantenimiento en general de la Unidad.	Prevenible
14	Riesgo de intoxicación	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	Se ha manipulado algún químico o fármaco sin el protocolo pertinente o en forma intempestiva ha habido un incidente en la manipulación de los mismos que ha originado un escape o vertimiento.	MEDIO (3)	ALTO (5)	Realizar seguimiento e inspección de las pertenencias del paciente y control de las sustancias químicas y medicamentos de la Unidad.	Prevenible

ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
15	Fallas en la identificación del paciente	Seguridad del Paciente	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	Se presenta un problema de digitación en la elaboración del carnet.	ALTO (5)	ALTO (5)	Garantizar la correcta identificación del paciente a través del ingreso y permanencia en la Unidad.	Prevenible
16	Demora en la inclusión de pacientes psiquiátricos al Modelo Clínico actual	Proceso	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad (Proceso Gerencial)	No se ha documentado la atención de los pacientes psiquiátricos para su inclusión en el Modelo Clínico.	MEDIO (3)	ALTO (5)	Incluir la atención de los pacientes psiquiátricos en el Modelo Clínico, documentándolo debidamente.	Prevenible

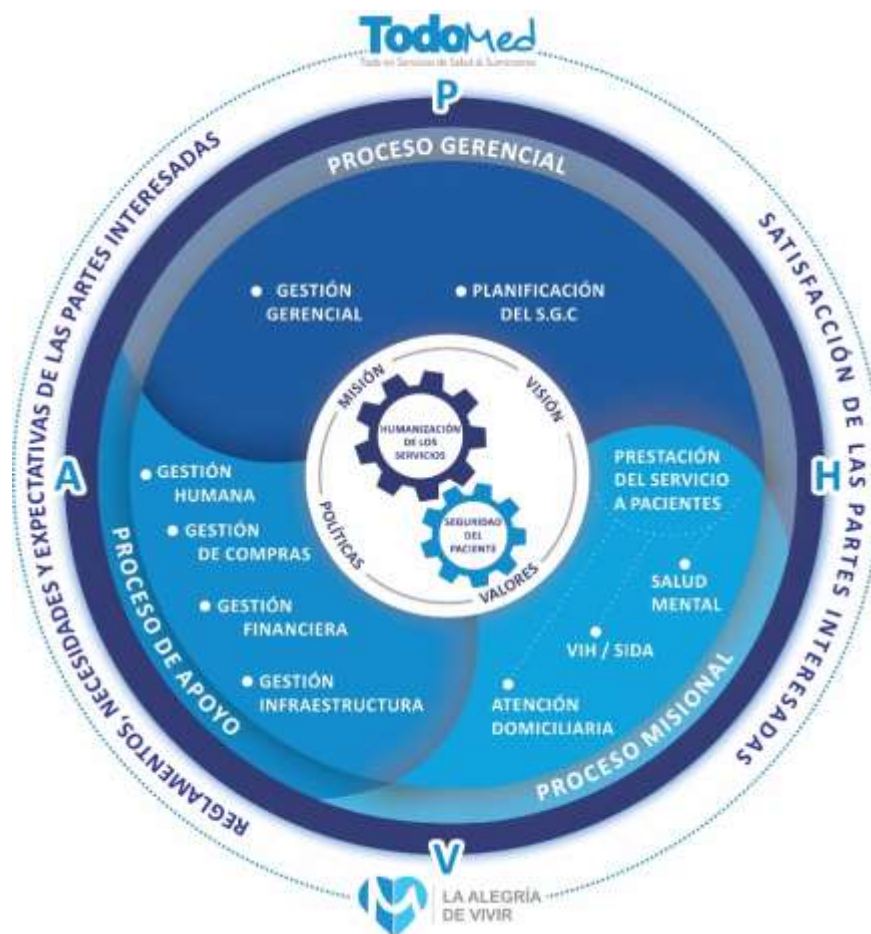
ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LOS RIESGOS – ADMINISTRATIVOS Y MÉDICOS								
1. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO			2. ANÁLISIS DEL RIESGO		3. EVALUACIÓN DEL RIESGO		4. TRATAMIENTO DEL RIESGO	
No	Descripción del Riesgo	Origen del Riesgo	Proceso fuente del Riesgo	Causa del Riesgo	Probabilidad de ocurrencia	Impacto	Acciones para controlar o mitigar el Riesgo	Tipo de Gestión
17	Sistema de gestión de calidad sin puntos de control en la Unidad, en materia de validación documental y medición de indicadores.	Proceso	Planificación del Sistema de Gestión de Calidad (Proceso Gerencial)	Sistema documental sin control en la Unidad por falta de experiencia y conocimiento del Sistema de Gestión de Calidad.	MEDIO (3)	ALTO (5)	Socialización del Sistema de Gestión de Calidad, estableciendo responsabilidades para su control y medición.	Prevenible

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en Todomed Ltda.

8.1. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS FACTORES DE RIESGO CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

Una vez identificados los riesgos, se precisó realizar un análisis comparativo de los factores de riesgo con los estándares de habilitación de la Resolución 2003 de 2014, para tomar las acciones conducentes a su normalización, acatando así los requisitos exigidos para la prestación del servicio de internación hospitalaria de enfermos de salud mental. Igualmente, una matriz de riesgo permite evaluar la efectividad de una adecuada gestión y administración de los riesgos financieros, operativos y estratégicos que impactan la misión de la organización.

Ilustración 4. Mapa de procesos de la IPS Todomed Ltda.



Fuente: Informe de Gestión de la IPS 2018

La ilustración 4 anterior relaciona el mapa de procesos de la entidad para ubicar los factores de riesgo en los procesos que corresponda.

Se debe de tener en cuenta que la Unidad de Salud Mental, área sujeta de estudio del presente proyecto, está enmarcada dentro de los procesos misionales de esta IPS

Tabla 12. Riesgos por estándares de habilitación.

No	ESTÁNDAR	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO RESPECTO AL TIPO DE PROCESO	RIESGOS	ACCIONES PARA CONTROLAR O MITIGAR EL RIESGO
1	TALENTO HUMANO	Proceso de Apoyo (Gestión Humana)	Incompetencia para la atención del paciente de Salud Mental por carencia del certificado de formación de las auxiliares. Falta de conocimiento en el manejo de pacientes psiquiátricos. No se cumple con un Plan de Capacitación. No hay personal capacitado en Gestión de Calidad.	Exigir, como requisito de obligatorio cumplimiento, los certificados de formación para la atención de pacientes en Salud Mental. Buscar personal con conocimiento en el manejo de pacientes psiquiátricos. Planificar y cumplir con un Plan de Capacitación que incluya el tema de la Gestión de Calidad.

No	ESTÁNDAR	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO RESPECTO AL TIPO DE PROCESO	RIESGOS	ACCIONES PARA CONTROLAR O MITIGAR EL RIESGO
2	INFRAESTRUCTURA	Proceso de Apoyo (Gestión Infraestructura)	Caídas por falencias en la infraestructura debido a que es un terreno sin pavimentar, se encuentra con piso en piedra y tierra. Limitaciones en la infraestructura física.	Pavimentar y/o adecuar las zonas de tránsito peatonal para el normal desplazamiento de los pacientes.
3	DOTACIÓN	Proceso de Apoyo (Gestión Infraestructura)	Diagnósticos equivocados y su incidencia en la morbilidad que afecta la Seguridad del Paciente, por la carencia de la unidad de emergencias vitales.	Comprar Electrocardiógrafo y Carro de Paro.
4	MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	Proceso de Apoyo (Gestión Compras)	Morbilidad por la utilización de dispositivos médicos de uso humano sin verificación y seguimiento.	Establecer un soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información en los dispositivos médicos de uso humano: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación

No	ESTÁNDAR	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO RESPECTO AL TIPO DE PROCESO	RIESGOS	ACCIONES PARA CONTROLAR O MITIGAR EL RIESGO
				comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización), vigencia y vida útil si aplica.
5	PROCESOS PRIORITARIOS	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	Falencias en la prestación del servicio por la carencia de manuales y guías. Modelo Clínico utilizado no incluye atención a pacientes psiquiátricos	Documentar el Procedimiento para la dispensación de medicamentos y la terapia de sustitución, en consumidores de sustancias psicoactivas contra-referidos de la mediana complejidad o de los servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas. Actualizar el Modelo Clínico con la inclusión del paciente psiquiátrico.
6	HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	Prestación del servicio a pacientes (Proceso Misional)	Fallas en la identificación de los pacientes, por	Elaborar lista de verificación de los registros (Historias

No	ESTÁNDAR	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO RESPECTO AL TIPO DE PROCESO	RIESGOS	ACCIONES PARA CONTROLAR O MITIGAR EL RIESGO
			errores en la digitación de la información.	Clínicas, consentimiento informado, Sistema de Información Clínica, firma electrónica).
7	INTERDEPENDENCIA	Proceso Gerencial (Gestión Gerencial)	Deficiencias en la Red de Prestadores de servicios. No hay formulación de acciones de inclusión social, educativa y laboral para el adicto en rehabilitación. Falta de conocimientos de la problemática en drogadicción por parte de la comunidad y de los derechos y deberes de la misma.	Elaborar una lista de verificación de los conceptos (disponibilidad, servicio dependiente, servicio independiente). Acompañar al paciente en el proceso de rehabilitación, brindándole garantías en aspectos sociales, educativos y laborales. Dictar talleres que aborden el tema de la drogadicción y los deberes y derechos que se tienen.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en Todomed Ltda.

9. FORMULACIÓN ORDENADA DE LAS ACTIVIDADES NECESARIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE TODOMED LTDA.

Se plantea una propuesta a la situación detectada en lo referente al cumplimiento de los estándares de habilitación de la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda., proponiéndose un plan de acción el cual permitirá desarrollar todas las actividades necesarias para lograr la mencionada habilitación.

Este plan de acción está basado en el Modelo Gerencial establecido en el Mapa de procesos de la organización, soportado en los siete (7) estándares de habilitación que exige la normatividad vigente, en este caso, la Resolución 2003 de 2014, además de encontrarse centrado en la planificación, coordinación, recursos disponibles, capacitación y formación del personal tanto de planta como asistencial.

El plan permite visualizar claramente los aspectos que se deben de implementar, iniciándose con la ubicación del proceso en el mapa, el estándar de habilitación al cual pertenece, la actividad específica que se debe de adelantar, los recursos que deben de invertirse para ello, el responsable directo de su cumplimiento, las medidas que se deben de establecer para su control y seguimiento, el tiempo que se necesitaría para su implementación y el riesgo al cual está asociada la actividad propuesta.

Con el acatamiento de las acciones propuestas se lograría cumplir con cada una de las exigencias que plantea el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 2003 de 2014, lo que conllevaría a acceder a la habilitación en el tema de la hospitalización en la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda.

Tabla 13. Diseño plan de acción resultante

DISEÑO PLAN DE ACCIÓN RESULTANTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN (RES. 2003 DE 2014)								
No.	Ubicación en el Mapa de Procesos	Dimensión	Actividad / Proceso	Recursos	Área Responsable	Medidas de Control	Tiempo	Actividad asociada con factores de Riesgo
1	Proceso de Apoyo (Gestión Humana)	Talento Humano	Actualización de los procesos de capacitación del personal para lograr la calificación requerida conforme a las guías y protocolos.	Humanos, técnicos, físicos, logísticos, multimedia.	Gestión Humana/Outsourcing, personal capacitador	Informe de resultados - Evaluación del nivel de competencias adquiridas.	20 horas semanales por grupo de funcionarios.	Verificar que el personal esté debidamente capacitado, evitando así la realización de los procedimientos de manera incorrecta.
			Adiestramiento del personal supernumerario en virtud del paciente.	Humanos, técnicos, físicos, logísticos, multimedia.	Gestión Humana/Personal interno capacitado.	Informe de resultados - Evaluación del nivel de competencias adquiridas.	10 horas semanales por grupo de funcionarios seleccionados.	
			Adiestramiento de personal en entrenamiento previa formalización del procedimiento según el Decreto 2376 de 2010.	Humanos, técnicos, físicos, logísticos, multimedia.	Gestión Humana/Personal capacitado para tal fin.	Informe de resultados - Evaluación del nivel de competencias adquiridas.	20 horas semanales por grupo de funcionarios.	
			Actualización de trámites de permisos transitorios de personal extranjero.	Documentación exigida de la normatividad pertinente, Artículo 18 de la Ley 1164 de 2007 y Circular 00004 de 31 de julio de 2008.	Gestión Humana	Permisos autenticados y cabalmente aprobados por el Ministerio de Salud y entidades competentes.	30 días de plazo.	

DISEÑO PLAN DE ACCIÓN RESULTANTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN (RES. 2003 DE 2014)								
No.	Ubicación en el Mapa de Procesos	Dimensión	Actividad / Proceso	Recursos	Dependencia Responsable	Medidas de Control	Tiempo	Actividad asociada con factores de Riesgo
2	Proceso de Apoyo (Gestión de Infraestructura)	Infraestructura	Cumplimiento total de condiciones de infraestructura. Cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Título IV de la Ley 9 de 1979 y sus decretos reglamentarios. Licencia de construcción aprobada para el uso de suelo. Permiso de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas. Sistema de prevención y control de incendios. Estudio de vulnerabilidad estructural, en los casos previstos por la norma vigente. Reforzamiento sísmico estructural, en los casos previstos por la norma vigente. Plan de emergencias y desastres, en los casos previstos por la norma vigente. Planes de mantenimiento de la planta física, instalaciones físicas e instalaciones fijas. Planes de mantenimiento de los equipos fijos. Las instalaciones eléctricas están actualizadas con el reglamento técnico de instalaciones eléctricas RETIE. La institución cumple con las condiciones de accesibilidad en Colombia - Resolución Minsalud 14861 de 1985 y Ley 361 de 1997.	Financieros, humanos.	Gestión Gerencial/Gestión Infraestructura.	Requisitos, formatos, licencias aprobadas.	6 meses	Tener un plan de mantenimiento preventivo. Hacer inspecciones y gestión para realizar oportunamente las mejoras requeridas a nivel del mantenimiento general de la Unidad. Efectuar simulacros orientados a la prevención de desastres, definiendo las rutas de evacuación. Verificar la existencia de elementos de seguridad.

DISEÑO PLAN DE ACCIÓN RESULTANTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN (RES. 2003 DE 2014)								
No.	Ubicación en el Mapa de Procesos	Dimensión	Actividad / Proceso	Recursos	Dependencia Responsable	Medidas de Control	Tiempo	Actividad asociada con factores de Riesgo
3	Proceso de Apoyo (Gestión de Compras)	Dotación	Actualización de los manuales de los equipos biomédicos.	Humanos, técnicos.	Gestión de compras/Gestión SGC	Revisión de la actualización de acuerdo al Sistema de Gestión de Calidad (SGC).	2 semanas.	Equipos biomédicos debidamente calibrados y con mantenimiento para evitar diagnósticos equivocados en los pacientes.
			Identificación y verificación de medidas de bioseguridad.	Humanos, técnicos.	Gestión de compras/Gestión SGC	Revisión y verificación de acuerdo al Sistema de Gestión de Calidad (SGC).	1 semana.	
4	Proceso de Apoyo (Gestión de Compras)	Medicamentos, equipos médicos e insumos	Verificación de la existencia de certificación de buenas prácticas de elaboración para los servicios que lo requieran.	Humanos, técnicos.	Gestión de compras/Gestión SGC	Certificación de Buenas Prácticas de elaboración.	1 semana.	Velar por la Seguridad del Paciente.

Tabla 13. Diseño Plan de Acción resultante Continuación.

Tabla 13. *Diseño Plan de Acción resultante Continuación.*

DISEÑO PLAN DE ACCIÓN RESULTANTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN (RES. 2003 DE 2014)								
No.	Ubicación en el Mapa de Procesos	Dimensión	Actividad / Proceso	Recursos	Dependencia Responsable	Medidas de Control	Tiempo	Actividad asociada con factores de Riesgo
5	Proceso Misional (Prestación del servicio a pacientes)	Procesos prioritarios	Realización de una lista de verificación de los procesos prioritarios (proceso en salud, procedimiento en salud, guía clínica de atención, protocolo y manual).	Humanos, técnicos.	Prestación del servicio a pacientes.	Revisión del checklist.	2 semanas.	Tener documentados todos los aspectos requeridos para la atención del paciente.
6	Proceso Misional (Prestación del servicio a pacientes)	Historia Clínica y Registros	Realización de una lista de verificación de los registros (historias clínicas, consentimiento informado, sistema de información clínica, firma electrónica).	Humanos, técnicos.	Prestación del servicio a pacientes.	Revisión del checklist.	2 semanas.	Garantizar la correcta identificación del paciente a través del ingreso y permanencia en la Unidad.
7	Proceso Gerencial (Gestión Gerencial)	Interdependencia	Realización de una lista de verificación de los conceptos (disponibilidad, dependiente, independiente).	Humanos, técnicos.	Prestación del servicio a pacientes.	Revisión del checklist.	2 semanas.	Tener la disponibilidad de los servicios de apoyo asistencial.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en Todomed Ltda.

El Plan de Implementación se construyó, teniendo como base la evaluación realizada a los estándares y su verificación para obtener la habilitación frente al cumplimiento de los criterios establecidos, y de esta manera definir las actividades que se deben de desarrollar, estableciendo los recursos requeridos, responsables, medidas de control y las actividades asociadas con los factores de riesgo.

Entre los aspectos más relevantes presentados en el Plan se destacan en:

Talento humano: la actualización de los procesos de capacitación del personal para lograr la calificación requerida conforme a las guías y protocolos.

El adiestramiento del personal en entrenamiento, previa formalización del procedimiento.

Infraestructura: el cumplimiento total de las condiciones de infraestructura, expuestas en la legislación colombiana en aspectos tales como el uso del suelo, licencias de construcción, estudios de vulnerabilidad estructural, reforzamiento sísmico estructural y el permiso de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas, entre otros.

Dotación: la actualización de los manuales de los equipos biomédicos y la identificación y verificación de las medidas de bioseguridad.

Medicamentos, equipos médicos e insumos: la verificación de la existencia de certificación de buenas prácticas de elaboración para los servicios que lo requieran.

Procesos prioritarios: la realización de una lista de verificación de los procesos prioritarios (proceso en salud, procedimiento en salud, guía clínica de atención, protocolo y manual).

Historia clínica y registros: la realización de una lista de verificación de los registros (historias clínicas, consentimiento informado, sistema de información clínica, firma electrónica).

Interdependencia: la realización de una lista de verificación de los conceptos (disponibilidad, servicio dependiente, servicio independiente).

10.CONCLUSIONES

Al determinar el nivel de cumplimiento para la internación hospitalaria de los consumidores de sustancias psicoactivas en la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda., se pudo evidenciar que éste se hallaba en un 70,88%, estableciéndose que la entidad debe adelantar las acciones planteadas en el Plan de Acción orientadas a las siete dimensiones de los estándares de habilitación, en virtud de lograr cubrir el 29,12% faltante, para así acatar cabalmente los requisitos de la Resolución 2003 de 2014, puesto que se debe cumplir en un 100% con todos los requisitos exigidos.

Con la identificación de los factores de riesgos, que impiden el cumplimiento de los requisitos de la Resolución 2003 de 2014, comparándolos a su vez con los estándares de habilitación y el Mapa de Procesos, se halló que hay factores muy preocupantes que, de no tomarse los correctivos pertinentes, la habilitación de los estándares no va a otorgarse, destacándose entre ellos, el no contar con psicólogo certificado para la atención clínica, tampoco se tiene un ambiente con las características óptimas si se van a realizar procedimientos de terapia electroconvulsiva con anestesia relajante TECAR, no se posee un equipo básico de reanimación ni carro de paro, las áreas de atención a pacientes hospitalizados no tienen electrocardiógrafo, no hay guías de manejo de urgencias para problemas y trastornos en Salud Mental y no se tiene documentado el procedimiento para garantizar el trabajo en red de la institución con otras instituciones y las entidades territoriales, acorde con lo normado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la formulación de la propuesta del plan de actividades, orientado al cumplimiento de las condiciones de habilitación en la Unidad de Salud Mental de Todomed Ltda., se encontraron once (11) acciones (Talento Humano 4, Infraestructura 1, Dotación 2, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos 1,

Procesos Prioritarios 1, Historia Clínica y Registro 1 e Interdependencia 1) sin cumplir, las cuales se deben de realizar en un corto período de tiempo.

11.RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los grupos de interés, y las diferentes entidades relacionadas con el tema objeto de estudio se procede a socializar las recomendaciones cada una por separado.

Personal

Que exista mayor sentido social y solidario con los pacientes (humanización) no importando la investidura del empleado, porque la IPS es una unidad integral que está conformada por diferentes cargos no necesariamente relacionados directamente con el paciente.

Gerencia

Se requiere que la Gerencia General, ante todo, propenda por asegurar la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en toda la empresa, puesto que, si se ha tomado la decisión de implementar este sistema, es porque se cuenta con la posibilidad dirigir y decidir el cumplir de todos sus requisitos, máxime cuando se está pretendiendo que sea habilitada la institución para prestar un servicio de tanta relevancia social como la internación de pacientes con afecciones mentales.

Se sugiere un cambio de mentalidad corporativa, en el sentido de que los socios no pueden seguir operando como una IPS pequeña, si bien la entidad fue creciendo en la oferta de servicios, no lo ha hecho en relación con la magnitud que se exige para este tipo de instituciones. Esto involucra la reformulación de sus políticas internas, en cuanto a infraestructura, gestión comercial y logística, principalmente.

Se recomienda de igual forma evaluar la posibilidad de realizar alianzas estratégicas con entidades públicas, académicas, incluso del Estado, para mejorar la dinámica asistencial.

Presupuesto

El presupuesto debe ser consecuente con las prioridades de la entidad, en tal sentido deberá de gestarse con celeridad, una reformulación del mismo, en virtud de poder acatar los requisitos de la norma, se han advertido riesgos inaceptables en la matriz de riesgos, y se han notificado ítems de incumplimiento de la lista de verificación de la Resolución 2003 de 2014.

Medición

Al modificarse el presupuesto, es pertinente modificar la programación o cronograma de actividades con el fin de garantizar el cumplimiento de los requisitos a acatar de los estándares de habilitación, es decir hay que reprogramar actividades para poder ajustarse a las mediciones de desempeño.

Materiales

En Todomed Ltda. se cuenta con proveedores de calidad certificada, por lo que se recomienda que con base en los nuevos requerimientos puedan seguir con esa línea eficaz de servicio.

Medio Ambiente

Se recomienda valorar las condiciones en las que se ha producido un fallo, para que no vuelva a presentarse, la entidad se encuentra en zona rural, por lo que necesariamente deben tomarse las medidas pertinentes respecto al clima, aireación e iluminación

Infraestructura

Este apartado exige imperiosas acciones de ajuste locativo, porque si bien el local es amplio y confortable, no es menos cierto que existen áreas sin terminar, lo que obliga a tomar acciones inmediatas de pavimentación, reacondicionamiento y ornamentación.

Método de trabajo

La metodología del Sistema de Gestión de Calidad es la apropiada, pero como deben cumplirse otros requisitos, necesariamente deberán ser reajustadas, por lógicas razones no se puede reestructurar todo el SGC en cuanto a sus métodos, pero si sugiere modificaciones sin alterar su entramaje.

BIBLIOGRAFÍA

AMAYA, L. C. & BELTRÁN, M. L. (2018). *Evaluación y diagnóstico del Sistema de Habilitación para la prestación de servicios de atención en salud de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.* (Trabajo de Grado). Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A., Bogotá.

ARAUJO, N., BENAVIDES, A. C., ROSERO, E. M. & SANTACRUZ, C. (2015). *Verificación de Estándares de Habilitación y Propuesta de Plan de Mejora Aplicada en los Laboratorios de la Universidad Cooperativa de Colombia Sede Pasto.* (Trabajo de Grado). Universidad CES, Pasto.

ARDON C. N. (2003). *Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida.* Obtenido de:

<https://es.scribd.com/document/386982317/Proyecto-de-Calidad-en-El-Servicio>

BRAVO CARRASCO, J. (2011). *Gestión de Procesos: Alineados con la estrategia.* Santiago de Chile: Evolucion.

CODINA, A. (2009). *Deficiencias en el uso del DOFA causas y sugerencias.* Obtenido de <http://manuelgross.bligoo.com/content/view/563560/deficiencias-de-lamatriz->.

Colombia, CONGRESO DE LA REPÚBLICA (21 de diciembre de 2001), "Ley número 715 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de educación y salud, entre otros", en Diario Oficial, núm. 44.654 de 21 de diciembre de 2001, Bogotá.

Colombia, CONGRESO DE LA REPÚBLICA (19 de enero de 2011), "Ley número 1438 por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", en Diario Oficial, núm. 47.957 de 19 de enero de 2011, Bogotá.

Colombia, CONGRESO DE LA REPÚBLICA (21 de enero de 2013), "Ley número 1616 por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones", en Diario Oficial, núm. 48.680 de 21 de enero de 2013, Bogotá.

Colombia, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (10 de agosto de 2007) "Decreto número 3039 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010", Bogotá.

Colombia, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (11 de abril de 2014) "Resolución número 1281 por la cual se definen lineamientos para integrar la información generada por el Observatorio Nacional de Salud", Bogotá.

Colombia, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (17 de febrero de 2016) "Resolución número 429 por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud", Bogotá.

Colombia, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (28 de mayo de 2016) "Resolución número 2003 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud", Bogotá.

CHARRY, E. X., DÍAZ, J. E., GRANADOS, D. D. & SALAZAR, J. P. (2018). *Verificación de Estándares de Habilitación y Propuesta de Plan de Mejora en un Establecimiento de Salud de Sanidad Militar*. (Trabajo de Especialización). Universidad Sergio Arboleda, Bogotá.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (2017). Guía para diseño, construcción e interpretación de indicadores. Obtenido en:

https://www.dane.gov.co/files/planificacion/fortalecimiento/cuadernillo/Guia_construccion_interpretacion_indicadores.pdf

GIRALDO, T., QUINTERO, P. T. & VALENCIA, V. J. (2017). *Habilitación del Consultorio Odontológico Privado Vicky Jhoan Valencia Ceballos - Villamaría (Caldas) según Estándares de la Resolución 2003 De 2014*. (Trabajo de Especialización). Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira.

GÓMEZ, y. A., MÉNDEZ, A. Y. & PARADA, L. S. (2017). *Verificación de las condiciones de Habilitación en el Área de Odontología, en la E.S.E Hospital Integrado Sabana de Torres, 2017*. (Trabajo de Grado). Universidad de Santander, Bucaramanga.

HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ & BAPTISTA. (2006). Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill, Cuarta Edición. México.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS, Norma Técnica Colombiana (2011). Gestión del Riesgo. Principios y Directrices. ICONTEC Internacional.

INSTITUTE OF MEDICINE. (2000). Incidencia y severidad de los Acontecimientos Adversos que afectan a Pacientes después del Alta del Hospital. To Errar is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National academy.

KUME, H. (1998). Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de la calidad. Norma, Bogotá.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2011). Guía técnica para el análisis de exposición a factores de riesgo ocupacional en el proceso de evaluación para la calificación de origen de la enfermedad profesional. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2017). Caracterización Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)- IPS. Estudios Sectoriales. Bogotá.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2017). Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014 – 2021. Bogotá.

OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD MENTAL (2018). Obtenido en:
<http://onsaludmental.minsalud.gov.co/normatividad/Paginas/Normatividad.aspx>

OPS. (1989). *Evaluación para el planeamiento de programas de educación en salud*. Serie PALTEX No 18.

PORTER, M. (1998). *Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia*. México: Cecsá.

THOMPSON, A., & STRIKLAND, K. (1998). *Dirección y administración estratégicas*. Conceptos, casos y lecturas. Mexico: McGraw-Hill.