



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR
SUBDIRECCIÓN TÉCNICA Y DE GESTIÓN



DIRECTIVA PERMANENTE

Nº Radicado **231121** /MDN-CGFM-DGSM-STG-GSG-23.1

Bogotá, D.C. **28 DIC 2017**

Directiva Nº **012**

ASUNTO: DIRECTRICES PARA LA IMPLEMENTACION DE LOS COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA EL SISTEMA DE CALIDAD EN SALUD PROPIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES.

PARA: DIRECCIONES DE SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL, ARMADA NACIONAL Y FUERZA AÉREA COLOMBIANA Y ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR

1. OBJETIVO Y ALCANCE

a. Finalidad

Emitir directrices e instrucciones para la implementación de comités de obligatorio cumplimiento para el Sistema de Garantía de Calidad en Salud propio del SSFM, como mecanismo de seguimiento y retroalimentación a la calidad de los procesos prioritarios, que se convierten en objeto de auditoria y a los resultados con tendencia negativa, que se presenten en la atención calidad en salud, para la Dirección General de Sanidad Militar, Direcciones de Sanidad y Establecimientos de Sanidad Militar.

La conformación de los Comités del Sistema de Garantía de Calidad propio del SSFM, deben estar estructurados como mínimo en las Unidades Básicas de Atención Medica y los ESM de I y II III nivel.

b. Referencias

1. Constitución Política de Colombia de 1991.



h

2. Ley 872 de 2003. Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.
3. Ley 352 de 1997. Por la cual establece reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.
4. Decreto N° 1571 de 1993 por el cual se reglamenta parcialmente el título IX de la ley 09 de 1979, en cuanto al funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados.
5. Decreto N° 1562 de 1984 por el cual se conforma el comité de infecciones, profilaxis y política antibiótica.
6. Decreto Ley N° 1795 de 2000. Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
7. Decreto N° 2200 de 2005. Por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
8. Decreto N° 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.
9. Decreto 412 de 1992. Por el cual se reglamenta parcialmente los servicios de urgencias y se dictan otras disposiciones.
10. Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social" Título 1. Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
11. Resolución N° 0327 de 2012. Por la cual se crean y organizan grupos internos de trabajo en el Ministerio de Defensa Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares, Dirección General de Sanidad Militar.
12. Resolución N° 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.
13. Resolución N° 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
14. Resolución N° 2679 de 2007. Por la cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud.
15. Resolución N° 839 de 2017 por la cual se modifica la Resolución 1995 y se dictan otras disposiciones.

17. Acuerdo N° 02 de 2001. Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial.
18. Acuerdo N° 10 de 2001. Por el cual se adiciona el Acuerdo 002 de 2001 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – CSSMP que establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial
19. Acuerdo N° 052 de 2013 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas militares y de la Policía Nacional. Por lo cual se establece el manual de medicamentos y terapéuticos para el SSFMP y se dictan otras disposiciones.
20. Consejo Superior Acuerdo No. 0205 2009. por el cual el consejo superior reglamenta los Comités de Vigilancia en Salud Pública Institucional.
21. Directiva Permanente N° 007/CGFM-JEMC-DGSM-GSP-23.1.de 2010. Lineamientos vigilancia en salud pública para el subsistema de salud de las fuerzas militares en: eventos de interés en salud pública nacional y eventos de salud pública operacional.
22. Directiva N° 104 del 04 de enero de 2017, mediante la cual se emiten lineamientos para la prestación del servicio de consulta prioritaria en los Establecimientos de Sanidad Militar
23. Manual de Seguridad del Paciente Fase I – DGSM de fecha 7 de diciembre de 2015, Código: MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-MA.33-.
24. Directiva N° 003 del 27 de marzo de 2014. Directrices para la implementación del Reporte de Eventos Adversos
25. Proceso R02 vigilancia y control en salud pública de 2013. Lineamientos de vigilancia y control en salud pública.
26. Formato de Seguimiento a Comités de Calidad DGSM, con Código MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-47 V1.

C. Vigencia

Las disposiciones, políticas y lineamientos descritos en la presente Directiva son de carácter permanente, obligatorio y rigen a partir de la fecha de aprobación; deroga disposiciones anteriores como la Directiva Permanente N° 332671/CGFM-DGSM-STG-GSG-23.1 del 31 de diciembre del 2012, "lineamientos implementación comités para monitoreo de la calidad en la prestación del servicios de salud en la DGSM, LAS DISAN Y ESM" y Directiva Permanente N° 011 de 29 de diciembre del 2015 "directrices para la implementación de los comités de calidad en la prestación de servicios de salud en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares".

2. INFORMACIÓN

La implementación de las directrices emitidas para los comités de obligatorio cumplimiento para el sistema de garantía de calidad en salud propia del SSFM, constituyen una base técnica que facilita la implementación de los diferentes comités, como mecanismos de seguimiento y retroalimentación a la calidad, así como herramienta para el mejoramiento continuo.

En la presente Directiva, una vez implementada, se evaluarán los procesos y procedimientos de gestión de la calidad en salud, desde los criterios y atributos de Garantía de la Calidad en salud, en procura de monitorear los logros, objetivos, metas propuestas y la satisfacción del usuario, encaminadas a superar sus expectativas.

Desde la Dirección General de Sanidad Militar y las Direcciones de Sanidad, el comité tiene las funciones de asesorar y acompañar a la alta dirección en la formulación de la política institucional y evaluar los índices de cumplimiento de calidad obtenidos periódicamente, monitoreando las actividades de los diferentes planes de mejoramientos y/o acciones de mejora tomadas en las diferentes instancia acordes a la competencia.

Los comités de obligatorio cumplimiento para el Sistema de Garantía de Calidad en Salud propio del SSFM son los siguientes:

- Comité de Calidad en Salud
- Comité de Historias Clínicas
- Comité de Ética Hospitalaria
- Comité de Farmacia Y Terapéutica
- Comité de Técnico-Científico
- Comité de Urgencias
- Comité de Vigilancia Epidemiológica
- Comité de Infección Y Profilaxis Antibiótica
- Comité de Transfusión Sanguínea

COMITÉ DE CALIDAD EN SALUD

A. DEFINICIÓN

Los comités son equipos inter-funcionales que tienen una responsabilidad directa en la oferta de servicios con calidad y se establezcan acciones para garantizarla. Es necesario tener claro la responsabilidad que implica cada comité.

B. FUNCIONES

- Evaluar, analizar y emitir recomendaciones en los casos de acuerdo a los resultados de los informes de calidad en salud presentados por los ESM y las DISAN respectivamente.

- Analizar los casos reportados como posibles eventos adversos y remitir a la competencia pertinente la acción de mejora establecida, generando una cultura de seguridad del paciente.
- Verificar y liderar el desarrollo del programa para auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud-PAMEC.
- En los ESM, los comités de calidad en salud implementados, deben brindar el máximo de atención a la prestación de servicios de salud, utilizando la auditoría en salud como una herramienta del mejoramiento de los procesos de atención en salud y realizar el seguimiento a las acciones de mejora establecidas.
- Presentar alternativas y recomendaciones en las áreas donde se detecten problema de gestión, técnico-científica y administrativa, dando en coordinación con los Comités de obligatorio cumplimiento.
- Desde el comité de calidad en salud, debe liderar la formulación, análisis y recomendaciones para mejorar la tendencia de los indicadores de calidad.
- Emitir un diagnóstico de la capacidad técnico-científica, una vez realizada la auditoría interna y formular acciones de mejora institucional que permitan el cumplimiento de los estándares mínimos de acuerdo al nivel de atención.

C. CONFORMACION.

En los Establecimientos de Sanidad Militar estará integrado por:

- Director y/o Jefe de ESM
- Subdirector científico o quien haga sus veces.
- Coordinador de Garantía de Calidad o quien haga sus veces.
- Coordinador de Atención al Usuario.
- Coordinador de consulta externa
- Responsable de Estadística.

En las Direcciones de Sanidad los Comités de Calidad en salud debe estar conformado por:

- Director de Sanidad Militar
- Subdirectores de Técnico y gestión, de Salud y Administrativo- financiero o afines.
- Coordinador de Garantía de la Calidad
- Coordinador de atención al usuario
- Coordinador de evaluación y seguimiento
- Coordinador de planeación

En la Dirección General de Sanidad Militar estará integrado por:

- Director de la DGSM

- Subdirectores de Técnico y gestión, de Salud y Administrativo- financiero.
- Coordinador de Seguimiento y Evaluación
- Coordinador de Calidad
- Coordinador de atención al usuario
- Coordinador de planeación

D. PERIODICIDAD

El comité sesionará de manera ordinaria trimestre como mínimo y en forma extraordinaria cuando el Señor Director de la DGSM, DISAN o del ESM así lo requieran.

ASPECTO A TENER EN CUENTA

- Cada comité debe estar creado de acuerdo a su conformación, en el cual, debe existir un secretario que desempeñará las siguientes funciones:
 - ✓ Elabora la orden del día e informa de la misma a los miembros del comité
 - ✓ Elabora las actas de cada Comité, da lectura de la misma en la reunión siguiente y se encarga de custodiar las mismas.
 - ✓ Rinde los informes de calidad correspondientes, según las misionales particulares.
- La asistencia será de carácter obligatoria y de presentarse un evento especial que impida la presencia del miembro principal, este debe delegar un funcionario de similares condiciones quien lo representará.
- Los comités de calidad en salud, pueden tener personas como invitadas para reuniones específicas y así mismo, aportar para el análisis de problemas que afecten ocasionalmente el funcionamiento correcto de los procesos.
- Es indispensable que en la conformación del comité de calidad en salud, las cargas de trabajo que se desarrollan, se encuentren distribuidas de manera equitativa en los procesos involucrados.
- El líder de garantía de la calidad en salud, debe revisar la conformación correcta de los comités en todos los niveles, identificar fallas en el funcionamiento y se realicen las respectivas correcciones. De igual forma verificar que cada uno de los comités estén cumpliendo los parámetros establecidos y el desempeño de las actividades designadas a cada miembro.

cumpliendo los parámetros establecidos y el desempeño de las actividades designadas a cada miembro.

COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

A. DEFINICION

Comité de Historias Clínicas

El Comité de Historias Clínicas es el conjunto de personas que al interior una Aseguradora, se encarga de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica.

Este comité debe establecerse formalmente mediante asignación de funciones a uno de los comités existentes en la Institución. Así mismo, finalizada cada reunión se realizará actas.

B. FUNCIONES

- Promover en el ESM la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica y velar porque estas se cumplan.
- Elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos en el ESM, incluida la historia clínica.
- Elevar a la Gerencia y al Comité Técnico-Científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos y anexos que debe contener la historia clínica, así como los mecanismos para mejorar los registros en ella consignados.
- Vigilar que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de Historias Clínicas.

C. CONFORMACIÓN

El Comité de Historias Clínicas estará integrado por miembros del equipo de salud que realizan la atención clínico asistencial directo con el usuario:

- Profesionales
- auditores médicos de aseguradoras
- técnicos
- auxiliares
- prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Estará conformado el Comité de Historias Clínicas así:

- Subdirector o Coordinador o jefe de ESM en salud
- Un (1) profesional de enfermería
- Un (1) profesional de odontología
- Un (1) profesional de la salud con especialización en auditoría en salud.



4

- Un (1) profesional de la medicina.
- Un (1) representante del archivo clínico

D. PERIODICIDAD

El Comité de Historias Clínicas se reunirá ordinariamente cada mes y extraordinariamente cuando sea citado.

F. DIRECCIÓN

El Comité de Historias Clínicas será presidido por el Director, Subdirector, Coordinador o jefe de ESM; en cada reunión se nombrará un secretario(a) quien será el encargado(a) de realizar la convocatoria a la siguiente reunión, especificando claramente el orden del día, además elaborará el acta, se encargará de analizarla, enviará las recomendaciones pertinentes generadas en el Comité a las dependencias respectivas y remitirá copia de la misma al Director, Subdirector, Coordinador o jefe de ESM.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

- Todo nombramiento o reemplazo de un miembro del Comité de Historias Clínicas será realizado por el Director, Subdirector, Coordinador o jefe de ESM, el cual notificará por escrito.
- Este nombramiento no tiene un período fijo; podrán ser reemplazados cuando un miembro del comité renuncie de la Institución, o al Comité por una justa causa o cuando el Director, Subdirector, Coordinador o jefe decida removerlos.

COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA

A. DEFINICION

El Comités de Ética Hospitalaria conforman por miembros del equipo de salud multidisciplinarios, que desempeñan la función de asesorar, apoyar y formular recomendaciones sobre los aspectos éticos de casos presentados por personal de la salud involucrado en la toma de decisiones clínicas.

B. FUNCIONES

- Divulgar los Derechos de los Pacientes y deberán fijar en lugar visible donde el paciente pueda conocerlos.
- Educar al personal que los prestan servicios de salud, de ver la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes.
- Velar porque se cumplan los derechos de los pacientes en forma estricta y oportuna.

- Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por violación de los derechos de los pacientes.
- Verificar que se ejerzan y cumplan las funciones de atención al usuario.

C. CONFORMACIÓN

- Un representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institución.
- En la DGSM, DISAN Y ESM; cada entidad tiene Dos delegados elegidos por y entre los representantes de asociaciones y veedurías que formen parte de los Comités de participación Comunitaria del área de influencia del organismo prestador de salud.
- Así mismo, en la DGSM, DISAN Y ESM que dentro de su área de influencia, presten atención y tengan usuarios de las comunidades indígenas, se deberá integrar al Comité de Ética Hospitalaria, un representante de dicha comunidad.

D. PERIODICIDAD

- Los Comités de Ética Hospitalaria se reunirán como mínimo una vez al mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.
- De cada una de las sesiones, se levantará un Acta, la cual deberá ser firmada por los miembros asistentes y remitidos bimensualmente a la Director, Subdirector, Coordinador o jefe de ESM.
- Los representantes ante los Comités de Ética Hospitalaria serán elegidos para periodos de tres (3) años y podrán ser reelegidos máximo hasta por dos (2) periodos consecutivamente.

COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA

A. DEFINICION

Es el servicio de atención en salud farmacéutico responsable de las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos utilizados en la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, con el fin de contribuir en forma armónica e integral al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva.

B. FUNCIONES

- Formular las políticas sobre medicamentos para los ESM en relación con la prescripción, dispensación, administración, sistemas de distribución, uso, control y establecer los mecanismos de implementación y vigilancia de las mismas.
- Recomendar la solicitud de inclusión y/o exclusión de medicamentos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud ante el Comité Técnico de Medicamentos y Evaluación de Tecnología del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para tal efecto deberá ceñirse al reglamento de funcionamiento de dicho Comité.
- Conceptuar sobre las guías de manejo para el tratamiento de las patologías más frecuentes en la Institución.
- Coordinar con el Comité de Infecciones ESM, el impacto, seguimiento y evaluación de los perfiles epidemiológicos institucionales y la eficacia de la terapia farmacológica instaurada en los casos especiales.
- Recolectar y analizar los datos enviados por el servicio farmacéutico sobre la sospecha de la existencia de eventos adversos, reacción adversa o cualquier otro problema relacionado con los medicamentos e informar los resultados al médico tratante, al paciente, al personal de salud, administradoras y a las autoridades correspondientes.
- Fomentar la cultura del reporte espontáneo de reacciones adversas a medicamentos y fallo terapéutico ante el personal asistencial de cada uno de los Subsistemas de Salud.
- Organizar la hoja de ruta que deberán seguir los reportes espontáneos.
- Efectuar revisiones de literatura científica y actualizaciones multidisciplinarias concernientes al desarrollo de reacciones adversas a medicamentos y fallo terapéutico.
- Crear base de datos de reacciones presentadas por los usuarios de cada uno de los Subsistema de Salud.

C. CONFORMACION

- El Subdirector Científico.
- Un médico del área asistencial.
- Un médico del área quirúrgica.
- Un químico farmacéutico.
- Una Secretaría Técnica.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA.

El Comité deberá invitar un representante de los usuarios del servicio farmacéutico de la Institución, el que deberá tener la condición de profesional titulado del área de la salud, cuando el tema a tratar tenga relación directa con los intereses de los mismos, y podrá invitar a expertos en los temas que vayan a ser tratados en la respectiva sesión.

Así mismo, seguir los parámetros establecidos en el Acuerdo N° 052 del 1 de Abril del 2013, "Por el cual se establece el Manual de medicamentos y terapéutica para el SSMP".

D. PERIODICIDAD

- El Comité se reunirá en forma ordinaria mensualmente y de manera extraordinaria cuando así se requiera.
- Elaborar las actas de cada reunión que se realice convocadas del Comité.

COMITÉ TÉCNICO-CIENTIFICO

A. DEFINICION.

Es una instancia de decisión en la cual se evalúan solicitudes de medicamentos, procedimientos y elementos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) esto se realiza en la Dirección General de Sanidad Militar.

B. FUNCIONES.

- Evaluar, aprobar o desaprobar las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera del Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud manual listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
- Realizar y remitir al Ministerio, informes trimestrales de los casos autorizados y negados.
- Revisar el manual de medicamentos y terapéutica del SSMP, para lo cual tendrá en cuenta entre otros, normatividad vigente estudios fármacos-económicos existentes, perfil de seguridad, pertinencia de los medicamentos propuestos, medicina basada en la evidencia y ventajas frente a las alternativas existentes en el Manual vigente y presentar propuestas de modificación para consideración y aprobación del CSSMP.
- Evaluar desde el punto de vista técnico y fármaco-económico, la concurrencia de las inclusiones o exclusiones de las moléculas del Manual Único de Medicamentos y Terapéutica del SSMP.

C. CONFORMACION.

Los comités están divididos en tres:

- ✓ Insumos
- ✓ Odontológicos
- ✓ Medicamentos

Se encuentra constituido para Insumos y Odontológicos así:

- Representantes de cada fuerza
- Subdirector Médico HOMIC
- Subdirector Salud DGSM

Comité Técnico Científico de Autorización de medicamentos se encuentra constituido

En las Direcciones de Sanidad del Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea Colombiana:

- El Subdirector Científico.
- Un médico del área asistencial.
- Un médico del área quirúrgica.
- Un químico farmacéutico.
- Una Secretaría Técnica.

En la Dirección General de Sanidad Militar y el Hospital Naval de Cartagena:

- El Subdirector Científico y/o el Subdirector de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico (Hospital Naval de Cartagena, Hospital Central de la Policía Nacional) o quién haga sus veces.
- El jefe de la unidad o departamento médico hospitalario o quién haga sus veces.
- El jefe de la unidad clínica o departamento Quirúrgico o quién haga sus veces.
- Un químico farmacéutico.
- Para el caso específico de la Dirección General de Sanidad Militar, deberá asistir un delegado del Hospital Militar Central, y un delegado por cada una de las Fuerzas y en el Comité Técnico Científico de la Policía un delegado del Área de Gestión de Servicios en Salud.
- Una Secretaria Técnica

Evalúan la pertinencia médico científica de los diferentes casos, teniendo en cuenta la normatividad existente en los acuerdos, protocolos, y adherencia a las Guías de manejo en Salud oral.

D. PERIODICIDAD.

- Insumos cada miércoles (semanal)
- Odontología (una vez al mes. Primer día lunes hábil de cada mes)
- Medicamentos cada miércoles (una vez por semana)

A TENER EN CUENTA.

Teniendo en cuenta la normatividad existente en los acuerdos para Insumos y Odontológicos, protocolos puede emitir tres (3) conceptos así:

- **Favorable:** Son todos aquellos que cumplen con los criterios establecidos en los protocolos de CTC y se evidencia aplicabilidad y pertinencia médica.
- **Pendiente Concepto:** Son todos aquellos que no cumplen la totalidad de los requisitos establecidos y/o presentan dudas sobre manejo clínico, en este concepto se registran las observaciones a completar para posteriormente ser evaluados por el comité con la documentación solicitada. Este concepto significa que las solicitudes serán evaluadas nuevamente cuando se adjunten los soportes completos para definir favorabilidad.
- **No favorable:** Son todas aquellas solicitudes que no cumplen con los requerimientos necesarios para solicitar el Comité, o no cumple con la periodicidad establecida para realización del mismo en los casos que se traten de la entrega de insumos.
- Los representantes que conforman los Comités Técnico-Científicos deberán presentar una carta de compromiso en la cual manifiesten que a partir del momento de la aceptación del cargo y hasta su retiro, no recibirán ningún tipo de beneficios de compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos.
- Igualmente, los representantes del Comité no podrán ser representantes legales, miembros de Junta Directiva, administradores y/o socios o tener vínculo laboral o contractual con compañías productoras y/o distribuidoras de medicamentos, insumos y/o dispositivos. El representante de los usuarios no podrá ser empleado de la entidad.
- **Elección de los representantes.** La Dirección General de Sanidad Militar deberá realizar una convocatoria abierta entre sus funcionarios, asociación de usuarios, que permita la selección objetiva de los representantes para que integren el Comité, garantizando la participación democrática en las entidades y la de los usuarios.
- Los miembros del Comité serán escogidos con sus respectivos suplentes para un período de dos (2) años, pudiendo ser seleccionados nuevamente para los períodos subsiguientes. En caso de ausencia definitiva de alguno de los miembros, La Dirección

General de Sanidad Militar, la Direcciones de Sanidad y sus ESM deberán designar su reemplazo en un término no mayor a un (1) mes calendario, contado a partir de la fecha en que se produzca la ausencia definitiva, el cual se dejara escrito en un acta la justificación y la representación de nuevos miembros.

- **Criterios para la evaluación, aprobación o desaprobación.** El Comité Técnico-Científico deberá tener en cuenta para la evaluación, aprobación o desaprobación de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos tanto en el Manual de Medicamentos, como en el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, los siguientes criterios:
- La prescripción de medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud, no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud solo podrá realizarse por el personal autorizado de la entidad. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas.
- Solo podrán prescribirse medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud que se encuentren debidamente autorizados para su uso y ejecución o realización por las respectivas normas vigente en el país como las expedidas por el INVIMA y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad de los servicios de salud.
- La prescripción de los medicamentos y/o servicios médicos y prestaciones de salud, será consecuencia de haber utilizado, agotado o descartado las posibilidades técnicas y científicas para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad contenidas tanto en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin obtener resultado clínico o paraclínico satisfactorio en el término previsto de sus indicaciones o de prever u observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente o porque existan indicaciones o contraindicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.
- Debe existir un riesgo inminente para la vida o salud del paciente, lo cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.
- En ningún caso el Comité Técnico-Científico podrá aprobar tratamientos experimentales ni aquellos medicamentos que se prescriban para la atención de las actividades, procedimientos e intervenciones que se encuentren expresamente excluidos de los Planes de Beneficios conforme al artículo 13 y 18 de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que la adicionen, modifiquen o deroguen
- **Procedimiento para la evaluación, aprobación y desaprobación.** Las prescripciones u órdenes médicas deberán ser presentadas al Comité por el médico tratante y se tramitarán conforme al siguiente procedimiento:
- La o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un medicamento no incluido en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, será presentada y debidamente sustentadas por escrito por el médico tratante

adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente, el nombre del medicamento en su denominación común internacional, identificar su grupo terapéutico, principio(s) activo(s) individuales o combinados, concentración, forma farmacéutica, número de días/tratamiento, número de dosis/día y cantidad autorizada del medicamento solicitado y el nombre del medicamento en su denominación común internacional del medicamento o de los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del mismo grupo terapéutico que se remplazan o sustituyen, con la descripción de su principio(s) activo(s), concentración y forma farmacéutica, y el número de días/tratamiento y dosis equivalentes al medicamento autorizado, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística.

- b) La o las prescripciones u órdenes médicas y justificación en caso de ser un servicio médico o prestación de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, será presentada y debidamente sustentada por escrito por el médico tratante adjuntando la epicrisis o resumen de historia clínica del paciente y la identificación del o los servicios médicos y prestaciones de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, que se remplazan o sustituyen, equivalentes al o los servicios médicos y prestaciones de salud autorizados, y si es necesario, la información sobre resultados de ayudas diagnósticas, información bibliográfica, situaciones clínicas particulares y casuística.
- c) El Comité, dentro de la siguiente sesión a la presentación de la o las prescripciones u órdenes médicas y justificación por parte del médico tratante, deberá establecer su pertinencia y decidir sobre la petición presentada mediante la elaboración de la respectiva acta.
- d) Si se requiere allegar información o documentación adicional, en la misma sesión, el Comité la solicitará al médico tratante, quien debe suministrarla dentro de los dos (2) días siguientes. Así mismo, si se requiere conceptos adicionales al emitido por el médico tratante, se solicitarán entre profesionales de la salud de la misma especialidad en el término anteriormente establecido. El Comité, dentro de la semana siguiente.
- El Comité podrá autorizar tratamientos ambulatorios hasta por un máximo de tres (3) meses, tiempo que se considera pertinente para que el Comité Técnico- Científico nuevamente analice el caso y si la respuesta al tratamiento es favorable, determine la periodicidad con la que se continuará autorizando y suministrando el medicamento, el que en ningún caso podrá ser por tiempo indefinido.
- Para el caso de pacientes con tratamientos crónicos a los cuales y después de haber realizado el proceso antes mencionado se les determine un tiempo de tratamiento definitivo para el manejo de su patología, los períodos de autorización podrán ser superiores a tres (3) meses y hasta por un (1) año, en cuyo caso el Comité Técnico-Científico deberá hacer la evaluación por lo menos una (1) vez al año y determinar la continuidad o suspensión del tratamiento.
- **Excepciones.** En situaciones de urgencia manifiesta, es decir, cuando esté en riesgo la vida del paciente, no aplicará el procedimiento para la autorización previsto, teniendo el médico tratante la posibilidad de decidir sobre el medicamento, servicio médico o prestación de salud a utilizar, previa verificación del cumplimiento de los criterios de autorización. Sin perjuicio de lo anterior, el médico tratante deberá presentar el caso



15

ante el Comité Técnico-Científico en cualquiera de las dos (2) sesiones siguientes a la ocurrencia del hecho, quien, mediante un análisis del caso, confirmará o no la decisión adoptada y autorizará la continuidad en el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud si es del caso.

COMITÉ DE URGENCIAS

A. DEFINICION.

Comité de Urgencias revisará periódicamente los programas de educación orientados a la prevención y atención primaria de los casos de urgencias. Así mismo, sugerirá pautas para el diseño de los programas relacionados con los problemas de urgencias dirigidos a profesionales de la salud.

B. FUNCIONES.

- A nivel de la Dirección General de Sanidad militar es asesorar mediante la elaboración de lineamientos para el manejo de las urgencias médicas y colaborar el mantenimiento y análisis de un diagnóstico actualizado de la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de ese tipo de patología.
- Coordinar y asesorar que se deberán brindar a los ESM que tengan como objetivo la prevención y manejo de las urgencias.
- Revisar periódicamente los programas de educación orientados a la prevención y atención primaria de las urgencias, y los programas relacionados con la problemática de las mismas dirigidos a los profesionales de la salud, con el fin de sugerir pautas para el diseño de los mismos.
- Promover la consecución de recursos para el desarrollo de los programas de prevención y manejo de las urgencias.
- Elaborar los ESM, su propio reglamento y las demás que se le asigne desde la Dirección General de Sanidad Militar y Direcciones de Sanidad de cada Fuerza.

C. CONFORMACION.

Estará integrado por el siguiente personal:

- Director del ESM
- Coordinación de Red (médicos, o enfermera jefe)
- Coordinación de Calidad (auditor de Calidad)

D. PERIODICIDAD

- Se reunirán de manera semestral o cuando lo convoque dos miembros del comité.
- realizará actas de reuniones.

A TENER EN CUENTA.

- Desde la Dirección General de Sanidad Militar se establecen protocolos para la atención de urgencias médicas, encaminado a fijar prioridades así como a exigir efectividad, calidad y rapidez en la atención de sus usuarios en especial a los niños, niñas y adolescentes. Para estos efectos deberán instruir a todo su personal administrativo y médico.
- El ESM que haya prestado la atención inicial de urgencia tiene responsabilidad sobre el paciente hasta el momento en que el mismo haya sido dado de alta, si no ha sido objeto de una remisión. Si el paciente ha sido remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que el mismo ingrese a la entidad receptora.
- A partir del mes de Diciembre del 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social estipuló cinco categorías de TRIAGE:
 - TRIAGE I: requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.
 - TRIAGE II: la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría.
 - TRIAGE III: la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico aunque su situación puede empeorar si no se actúa.
 - TRIAGE IV: el paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente.

- TRIAGE V: el paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano.

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

A. DEFINICION.

Es un Sistema de Vigilancia en Salud Publica para la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, esto se realiza con el fin de orientar las políticas y planificación en salud pública; en tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en la salud. Optimizando los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.

B. FUNCIONES.

- A nivel de la Dirección General de Sanidad Militar es asesorar mediante la elaboración de lineamientos para el manejo de Eventos de interés en Salud Publica, notificados en el SIVIGILA con el fin de realizar análisis de la incidencia y de los problemas originados en la prevalencia de estos Eventos.
- Estimar la magnitud de los eventos de interés en salud pública;
- Detectar cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación de los eventos objeto de vigilancia en salud pública;
- Detectar brotes y epidemias y orientar las acciones específicas de control;
- Identificar los factores de riesgo o factores protectores relacionados con los eventos de interés en salud y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores.
- Identificar necesidades de investigación epidemiológica;
- Facilitar la planificación en salud y la definición de medidas de prevención y control
- Facilitar el seguimiento y la evaluación de las intervenciones en salud;
- Orientar las acciones para mejorar la calidad de los servicios de salud;
- Orientar la formulación de políticas en salud pública.
- Realizar las unidades de análisis de los eventos en salud públicas, notificado en el SIVIGILA que sean requeridos por entes de control.

C. CONFORMACION.

Estará integrado por el siguiente personal:

- Subdirectores de Salud
- Coordinación de Red (médicos, o enfermera jefe)
- SALUD PUBLICA
- GADV
- Calidad
- Jurídica
- Atención al usuario

- Y los que el comité estime pertinente.
- Coordinación de Calidad

D. PERIODICIDAD

ESM: Desde el momento en que se notifica el evento el establecimiento tiene un mes para realizar el análisis, exceptuando los casos de mortalidad materna los cuales tendrán tres (03) días a partir del evento para reunir el insumo para el análisis.

DISAN: realizar el seguimiento de los análisis realizados por el ESM y las acciones de mejora evaluando su pertinencia, así mismo notificará a la DGSM con los respectivos soportes.

DGSM: convocará el análisis de los casos los cuales tengan mayor peso epidemiológico contando con los insumos necesarios (historia clínica, atenciones brindadas, Comité realizado por el ESM, acciones de mejora implementadas de los hallazgos encontrados).

A TENER EN CUENTA.

De acuerdo a la norma vigente 3815, analizará el 10% de los casos de los eventos notificados.

Desde la DGSM se analizará los casos que la líder del programa considere pertinente y de mayor prevalencia.

Los contratos de red externa deben incluir que las instituciones están obligadas a entregar los insumos (historias clínicas e intervenciones realizadas al paciente) y de asistir a los Comités convocados por esta Dirección, con el fin de tener una trazabilidad y calidad en el análisis de la atención prestada en todos los niveles.

COMITÉ DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

A. DEFINICIÓN

El Comité de Infección Intrahospitalaria es la instancia responsable de sensibilizar al equipo de salud en la importancia del cumplimiento de las normas de bioseguridad y asepsia en la atención en salud para prevenir las infecciones intrahospitalarias, orientar la búsqueda activa de casos de infección intrahospitalaria en el servicio ambulatorio y gestionar los recursos necesarios para detectar y controlar oportunamente las fuentes, factores de riesgo y brotes de infección en el ESM.

B. FUNCIONES



17

- Implementar las directrices y procedimientos determinados por el Ministerio de la Protección Social en relación con los procesos básicos de la vigilancia en salud pública en los aspectos relacionados con la Infecciones Intrahospitalaria en sus procesos de atención.
- Establecer directrices sobre educación continua a todos los niveles en los temas de prevención y control de infecciones y el uso prudente de antibióticos. Dictar normas generales sobre prevención de infecciones.
- Identificar factores que condicionan la aparición de Infecciones Intrahospitalarias en el ESM, contactos, cambios de la flora bacteriana, resistencia a antibióticos, condiciones medio ambientales, como la disposición de basuras.
- Fijar directrices sobre adquisición, almacenamiento, suministro y mantenimiento de instrumental y equipos.
- Fijar normas sobre lavado y esterilización de ropas, instrumental y equipos. Establecer requisitos mínimos de asepsia, desinfección y esterilización para procedimientos médicos y quirúrgicos.
- Establecer directrices sobre limpieza, desinfección de instalaciones y velar porque se garantice en el ESM, agua en condiciones para el consumo humano.
- Determinar requisitos sobre manejo de residuos y desechos hospitalarios. Establecer normas sobre circulación de pacientes y visitantes.
- Fijar políticas para manejo de pacientes infectados, especialmente para casos de HIV, hepatitis B, enfermedades producidas por Clostridium, entre otras.
- Determinar los mecanismos de evaluación de todos los programas relacionados con prevención y control de la infección.
- Fijar las políticas de investigación sobre infección.
- Coordinar en forma permanente el Comité de Infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario
- Trabajar en equipo interdisciplinario para garantizar la calidad de la atención prestada a los pacientes y disminuir los riesgos de infección a familiares, visitantes y a trabajadores de la salud.
- Elaborar y cumplir los protocolos de pacientes infectados y todos los procedimientos que

estén involucrados en la prevención y control de infecciones intrahospitalarias y sus factores de riesgo.

- Evaluar el sistema de vigilancia y control de infecciones intrahospitalarias y el impacto de las medidas adaptadas.
- Establecer indicadores de calidad para medir los avances de la Institución en el aspecto de las infecciones nosocomiales.
- Realizar reunión mensual del comité y dejar constancia en un acta.
- Presentar de forma trimestral un informe donde se determine los logros obtenidos sobre las funciones realizadas y el impacto de los indicadores de calidad.

C. CONFORMACIÓN

El Comité de Infección Intrahospitalaria estará conformado por:

- Un (1) coordinador de los servicios asistenciales o Director(a) del ESM.
- Un (1) médico (a)
- Un (1) odontólogo(a)
- Un (1) enfermero (a)
- Un (1) bacteriólogo (a) como apoyo para la confirmación de los eventos sujetos a vigilancia.
- Un (1) secretario (a) quien será el (la) que elabore las actas, convoque a las reuniones, especificando claramente el orden del día en cada convocatoria.
- Los miembros del Comité serán nombrados por el Director del ESM.

D. PERIODICIDAD DE LA REUNIÓN

El Comité de Infección Intrahospitalaria se reunirá de manera ordinaria cada mes y extraordinariamente cuando las circunstancias así lo requieran.

ASPECTO A TENER EN CUENTA

- El Comité de Infección Intrahospitalaria será presidido por el Coordinador de Servicios Asistenciales o Director del ESM, quien propondrá el orden del día y dará las recomendaciones pertinentes generadas en el Comité, a las dependencias respectivas.
- Habrá Quórum para deliberar con la asistencia de la mitad más uno de sus miembros. Todas las decisiones serán tomadas con el voto de afirmativo de la mayoría de sus asistentes.



4

COMITÉ DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA

A. DEFINICION

Unidad transfusional: en el que se efectúa cualquiera de las actividades relacionadas con la extracción y verificación de la sangre humana o sus componentes, sea cual sea su destino, y de su tratamiento, almacenamiento y distribución cuando el destino sea la transfusión.

B. FUNCIONES

- Propender por el uso racional de la sangre y sus componentes.
- Velar y verificar por que se cumpla los estándares mínimos técnico-científicos para una unidad transfusional.
- Verificar el control de la calidad de las transfusiones sanguíneas.
- Adoptar protocolos para toma de decisiones en medicina transfusional.
- Identificar las causas de mala práctica transfusional y establecer o sugerir, según el caso, los correctivos pertinentes.
- Elaborar el Plan de Emergencia de Sangre Institucional.
- En cumplimiento de política de seguridad propia del SSFM, realizar la gestión de eventos adversos e incidentes en caso de requerirse.

C. CONFORMACIÓN

- Subdirector asistencial o su delegado
- Bacteriólogo (a)
- Médico (a)
- Auditor de Calidad en salud
- Coordinador del servicio de transfusiones

D. PERIODICIDAD

El Comité de transfusión sanguínea, se reunirá semestral y extraordinariamente cuando sea citado.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

El Comité será presidido por el subdirector asistencial o su delegado; en cada reunión se nombrará un secretario(a) quien será el encargado(a) de realizar la convocatoria a la siguiente reunión, verificación del quórum; lectura de la orden del día, además elaborará el acta, se encargará de analizarla, enviará las recomendaciones pertinentes generadas en el Comité y remitirá la copia de la misma al Subdirector.

GLOSARIO

- **URGENCIA.** Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
- **ATENCION INICIAL DE URGENCIA.** Denominase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
- **ATENCION DE URGENCIAS.** Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
- **SERVICIO DE URGENCIA.** Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.
- **Red de Urgencias.** Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.
- **Estándares de Calidad en Salud Pública.** Son los requisitos básicos e indispensables que deben cumplir los actores que desempeñan funciones esenciales en salud pública, definidos por el Ministerio de la Protección Social.
- **Estrategias de Vigilancia en Salud Pública.** Conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia.
- **Eventos.** Sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de un individuo o una comunidad y que para efectos del presente decreto, se clasifican en condiciones fisiológicas, enfermedades, discapacidades y muertes; factores protectores y factores de riesgo relacionados con condiciones del medio ambiente, consumo y comportamiento; acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades y demás factores determinantes asociados.
- **Eventos de Interés en Salud Pública.** Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública.
- **Factores de Riesgo / Factores Protectores.** Aquellos atributos, variables o circunstancias inherentes o no a los individuos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.

- **Medidas Sanitarias.** Conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.
- **Modelo de Vigilancia en Salud Pública.** Es la construcción conceptual que ordena los aspectos con que se aborda un problema específico que requiere ser vigilado por el sistema y que permite obtener información integral sobre un grupo de eventos de interés en salud pública.
- **Protocolo de Vigilancia en Salud Pública.** Es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.
- **Red de Vigilancia en Salud Pública.** Conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector, cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.
- **Sistema de Vigilancia en Salud Pública, SIVIGILA,** Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.
- **Unidad Notificadora.** Es la entidad pública responsable de la investigación, confirmación y configuración de los eventos de interés en salud pública, con base en la información suministrada por las Unidades Primarias Generadoras de Datos y cualquier otra información obtenida a través de procedimientos epidemiológicos.
- **Unidad Primaria Generadora de Datos – UPGD.** Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones
- **Usuarios del Sistema.** Toda entidad e institución, persona natural o jurídica que provea y/o demande información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.
- **Vigilancia en Salud Pública.** Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.
- **Vigilancia y Control Sanitario.** Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

3. EJECUCIÓN

a. Misión General

La Dirección General de Sanidad Militar, a partir de la presente Directiva emite Directrices y unifica políticas en relación con el funcionamiento de los Comités de Calidad en la prestación de servicios de salud en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así como el seguimiento de los mismos.

b. Misiones Particulares

Dirección General de Sanidad Militar

1. Socializar a las Direcciones de Sanidad de cada Fuerza la Directiva Permanente *"Directrices para la Implementación de los Comités de Calidad, de Historia Clínica, Ética Hospitalaria, Farmacia y Terapéutica, Farmacovigilancia, Técnico-científica, calidad, urgencias, infecciones, y vigilancia Epidemiológica y Transfusión Sanguínea"*, para el seguimiento de la Calidad en la Prestación del Servicios de Salud en Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
2. Asesoría técnica acerca del funcionamiento de cada uno de los comités, a las DISAN.
3. Aprobar (verificar el cierre) de la gestión de los comités a cada una de las DISAN.
4. Emitir recomendaciones a la Alta Dirección para toma de decisiones, de acuerdo a los resultados de las gestiones aprobadas.

Dirección de Sanidad Ejército, Armada y Fuerza Aérea

1. Ejecutar lo establecido en la presente Directiva.
2. Socializar la Directiva permanente a todos los ESM y enviar a la DGSM.
3. Enviar a la DGSM, la conformación de los comités por la orden del día.
4. Verificar que los comités de obligatorio cumplimiento ejecute el cronograma anual en los ESM y lo cumplan.
5. Analizar y evaluar las necesidades presentadas por los diferentes comités realizados en los ESM y así mismo, apoyar aquellos que requieran gestión e intervención por parte de la Dirección de Sanidad.
6. Realizar seguimiento a las actividades establecidas y acciones propuestas en el cada comité de los ESM, mediante Formato MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53.
7. Solicitar los soportes de las acciones cerradas y avances de las actividades establecidas en las actas, las cuales tendrán que ser consolidadas en el Formato MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53.

8. Custodiar los soportes de las acciones cerradas de los Comités de Calidad realizados en cada ESM, los cuales, pueden ser objeto de verificación cuando se requiera por la Dirección General de Sanidad Militar.
9. Enviar a la Dirección General de Sanidad Militar, el formato de seguimiento comités de obligatorio cumplimiento DGSM Código: MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53.
10. La fecha de entrega debe ser a más tardar el día veinticinco (25) de cada semestre vencido, si es festivo, la información se enviara el día hábil siguiente.

Establecimientos de Sanidad Militar.

1. Socializar Ejecutar y cumplir lo dispuesto en la presente Directiva.
2. Tener un personal responsable en cada comité, descrito en la presente Directiva Permanente. Así mismo, realizar el seguimiento a las actividades que queden establecidas en el acta y consolidadas en el Formato MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53.
3. Realizar cada ESM el levantamiento de actas en cada comité ejecutado, con las actividades establecidas como acciones de mejora.
4. Consolidar las actividades de cada comité en el formato código MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53.
5. Enviar a las direcciones de sanidad el consolidado de las actividades en el formato con código MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53 junto con los soportes en medio magnético, que evidencien el cumplimiento de las mismas.
6. Reportar los quince (15) primeros días después de cada semestre vencido a las Direcciones de Sanidad de cada Fuerza, las actas escaneadas y el diligenciamiento del Formato MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53 con los respectivos soportes de las acciones cerradas y/o avance de las mismas. Todo reporte debe ser enviado en medio magnético.
7. Asegurar que los soportes del cumplimiento de las actividades planteadas en cada comité al interior de cada ESM, estén protegidas en cumplimiento a la Ley General de Archivo 594 del 2000.

DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS

Las disposiciones descrita en esta Directiva Permanente, será aplicada en la Red Interna del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Los gastos que genere el cumplimiento de la Directiva, se realizarán con cargo a los recursos del Subsistema de Salud, que sean asignados para la vigencia a cada Dirección de sanidad y sus ESM.

INSTRUCCIONES GENERALES DE COORDINACIÓN

Para efectos del cumplimiento de la presente Directiva, la Direcciones General de Sanidad brindará Asesoría y Apoyo a las Direcciones de Sanidad y Establecimientos de Sanidad Militar a través del Grupo Sistema de Gestión.

Vicealmirante. CÉSAR AGUSTO GÓMEZ PINILLOS
Director General de Sanidad Militar

DISTRIBUCIÓN

Original Director General de Sanidad Militar
Copia N° 1 Dirección de Sanidad Ejército
Copia N° 2 Dirección de Sanidad Armada
Copia N° 3 Dirección de Sanidad Fuerza Aérea

AUTENTICA:

Coronel. NELSON ROBERTO CARVAJAL REYES
Subdirector Técnica y de Gestión DGSM

Anexo: Formato seguimiento comités de obligatorio cumplimiento con código DGSM, MDN-CGFM-PROGACAS-DGSM-FU.95.1-53

Revisó: PD. Germán Sandoval Pinzon
Coordinador Grupo sistema de gestión

PD. Alexandra Martínez Vargas
~~Coordinadora Grupo Planeación y Desarrollo Institucional DGSM.~~

PD. Jarreth Borda Duran
Coordinadora Grupo Asuntos Legales DGSM.

Elaboró: SMSM. Ana María Curvelo Gascón



p

11-22

11-22