



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Implementación del sistema único de habilitación de acuerdo a la  
resolución 3100 de 2019 en el Centro de salud San Miguel**

**Implementation of the Unique Authorization System According to  
Resolution 3100 of 2019 in the San Miguel Health Center**

**ANDREA PATRICIA VILORIA ALTAMAR**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Héctor Abad Gómez  
Medellín, Colombia  
2021**



**Implementación del sistema único de habilitación de acuerdo a la resolución 3100 de 2019 en el Centro de salud San Miguel**

Implementation of the Unique Authorization System According to Resolution 3100 of 2019 in the San Miguel Health Center

**Andrea Patricia Viloria Altamar**

**Trabajo de grado optar al título de  
Especialista en Auditoría en salud**

**Asesor:  
Fredy Arcos Cerón  
Especialista en Calidad y Auditoría en salud**

**Universidad de Antioquia  
Facultad Nacional de Salud Pública  
“Héctor Abad Gómez”  
Medellín, Colombia  
2021**

*A ti mi persona: Es hermosa la vida cuando se vive para hacer el bien como lo hiciste tú. Un hombre maravilloso, mi apoyo, mi complemento y mi amigo incondicional. Dejaste huellas y grandes enseñanzas en la tierra, Gracias les doy a Dios y a la Santísima Virgen María por permitirme vivir tus mejores días en la tierra.*

*Un amor incomparable solo tú pudiste darme Dios.*

*“Vivirás por siempre en nuestros corazones”*

## Tabla de contenido

Lista de anexos	6
Glosario de siglas	7
Resumen	8
Introducción	10
1. Definición del problema	12
1.1 Justificación	13
1.2 Antecedentes	14
1.3 Antecedentes institucionales	15
1.4 Estructura organizacional	16
1.4.1 Misión	16
1.4.2 Visión	16
1.4.3 Valores	17
2. Objetivos	18
2.1 Objetivo general	18
2.2 Objetivos específicos	18
3. Marcos del trabajo	19
3.1 Marco teórico	19
3.1.1 Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud	19
3.1.1.1 Sistema único de habilitación	20
3.2 Resolución 3100 de 2019	20
3.3 Marco normativo	23
3.3.1 Ley 100 de 1993	24
3.3.2 Resolución 4445 de 1996	24
3.3.3 Resolución 1995 de 1999	24
3.3.4 Decreto 4725 de 2005	24
3.3.5 Decreto 1011 de 2006	25
3.3.6 Resolución 2003 de 2014	25
3.3.7 Decreto 780 de 2016	25
3.3.8 Resolución 3100 de 2019	25

3.4 Conceptos básicos	25
3.4.1 Sistema único de habilitación	25
3.4.2 REPS	25
3.4.3 Acreditación en salud	25
4. Metodología	26
5. Resultados	28
5.1 Servicios verificados, nivel de complejidad y numero de distintivo de servicio	28
5.2 Implementación de lista de chequeo de la resolución 3100 de 2019	30
5.2.1 Todos los servicios	30
5.2.2 Detección temprana	31
5.2.3 Consulta externa	32
5.2.4 Odontología general	32
5.2.5 Toma de muestras de laboratorio clínico	32
5.2.6 Tamización de cáncer de cuello uterino	33
5.2.7 Procesos de esterilización	34
5.3 Programa de seguridad del paciente	35
6. Discusión	36
7. Conclusiones	38
8. Recomendaciones	40
9. Referencias	43
10. Anexos	46

## **Lista de anexos**

Anexo 1. Evidencias inscripción REPS	46
Anexo 2. Evidencias fotográficas	47
Anexo 3. Lista de chequeo	51

## **Glosario de siglas**

**CDS:** Centro de salud

**CYD:** Crecimiento y desarrollo

**EAPB:** Empresas administradoras de planes de beneficios

**ESE:** Empresa social del estado

**IPS:** Institución prestadora de servicios de salud

**SOGCS:** Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

**REPS:** El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

## Resumen

“El sistema único de habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de atención según los estándares y criterios de calidad que tienen como enfoque velar por la seguridad de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud y disminuir los riesgos de atención en salud, los cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB)”. **Objetivo:** Verificar el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación establecidas en la Resolución 3100 de 2019 en el centro de salud San Miguel, zona rural dispersa del municipio de Sonsón - Antioquia, con el propósito de brindar asesoría que permita el mejoramiento continuo de la prestación del servicio. **Metodología:** Se realizó una búsqueda de literatura utilizando como fuente registros referentes de tipo digital, que ayuden a estructurar y definir un marco teórico, referencial y legal con énfasis en atenciones en salud de centros rurales a nivel nacional y en Latinoamérica. **Resultado:** Se identificó el incumplimiento de algunas de las condiciones mínimas de habilitación para el funcionamiento del centro de salud San Miguel en los siguientes estándares: talento humano, historias clínicas, infraestructura, medicamentos e insumos médicos, de procesos prioritarios y el estándar de dotación. Una vez evaluados, se realizó un informe con las recomendaciones necesarias para el mejoramiento de la calidad en la prestación de sus servicios.

**Palabras clave:** habilitación, salud rural, calidad de atención, estándares de habilitación.



## **Abstract**

The unique qualification system is the set of rules, requirements and procedures through which the fulfillment of the basic conditions of care is established, registered, verified and controlled according to the standards and quality criteria whose focus is on ensuring the safety of the users of the general health social security system and reduce health care risks, which are mandatory for health service providers and benefit plan management companies (EAPB). Objective: Verify compliance with the conditions of the Unified System of Qualification established in Resolution 3100 of 2019 in the San Miguel health center, with the purpose of providing advice that allows the continuous improvement of the provision of the service. Methodology: A literature search was carried out using digital reference records as a source, which help to structure and define a theoretical, referential and legal framework with its own visions of rural health at the national level and in Latin America. Result: Non-compliance with some of the minimum qualification conditions for the operation of the San Miguel health center was identified in the following standards: human talent, medical records, infrastructure, medicines and medical supplies, priority processes and the standard of endowment. Once evaluated, a report was made with the necessary recommendations for quality improvement in the provision of their services.

**Keywords:** habilitation, rural health, quality of care, habilitation standards.

## Introducción

En nuestro país, el mecanismo sistemático y continuo de evaluación para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, está orientado al logro de altos estándares de calidad y la consecución de los propósitos institucionales enmarcados en el bienestar y la seguridad de los pacientes., por tanto se establece el cumplimiento a través de modelos normativos con pautas indicativas expedidas por el Ministerio de salud y protección social, este ejercicio demanda una gran responsabilidad en el cumplimiento de las normas establecidas donde se demuestra la calidad y la capacidad que tienen las instituciones de prestar óptimos servicios de salud, haciendo parte del enfoque vanguardista del sector salud en el país.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), define las normas y requisitos que se deben desarrollar para mejorar y mantener las condiciones de calidad de los servicios de salud; la verificación de las condiciones de calidad para la prestación de los servicios de salud es un componente fundamental inscrito en el sistema único de habilitación, componente fundamental del SOGCS, que permite velar por la seguridad de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud y disminuir los riesgos de atención en salud.

La búsqueda de la calidad en salud es el objetivo fundamental, para brindar seguridad frente a los potenciales riesgos en salud y que es de obligatorio cumplimiento por el centro de salud San Miguel del municipio de Sonsón quien brinda los servicios atención para la comunidad.

El proceso de asesoría desarrollado en el Centro de salud San Miguel, zona rural dispersa del municipio de Sonsón – Antioquia, busca a través del ejercicio de la verificación de los estándares de habilitación, evaluados bajo la Resolución 3100 de 2019, generar oportunidades de mejora y mecanismos de seguimiento continuos frente a estándares

que permitan la prestación de servicios basados y orientados hacia la calidad de la atención en salud.

Este trabajo retoma la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad definido para Colombia, dentro de este, el componente del Sistema Único de habilitación, para el cual los entes departamentales de salud llevan a cabo los procesos de verificación del cumplimiento de estándares de calidad en servicios que rige la Resolución 3100 de 2019.

Finalmente, se elaboran recomendaciones las cuales se espera puedan ser de utilidad para el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios fortaleciendo la calidad de la atención.

## 1. Definición del problema

En Colombia a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS), se dictan requisitos, mecanismos y procesos encaminados a mejorar y mantener la calidad de los servicios de salud; lo anterior incluye la verificación de los estándares mínimos de habilitación con los que debe cumplir un servicio para ofrecer una atención de calidad, dado en la vigente resolución 3100 de 2019. Dicha verificación es realizada por personal debidamente entrenado y capacitado.

En Colombia la resolución 2300 de 2014 permaneció vigente hasta el mes de noviembre del año 2020, posterior a lo cual entro en vigencia la resolución 3100 de 2019, en ambas se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Estas son las condiciones básicas en el sistema de salud colombiano, indispensables para la prestación de servicios de salud, garantizando la calidad y minimizando los riesgos asociados con el proceso de atención.

Las condiciones de vida de las personas en las áreas rurales de nuestro país son complejas e inequitativas en comparación con los habitantes de los centros urbanos. La prestación de los servicios de salud en las zonas rurales de nuestro país se ha convertido en un tema de investigación importante, ya que es considerado como uno de los servicios fundamentales para el bienestar de la población que habita en dichas zonas, las cuales son las principales afectadas por la desigualdad y la pobreza. La prestación de los servicios de salud es uno de los retos más importantes que tienen las comunidades rurales, en el cual se identifican momentos claves como la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para dar soluciones a las necesidades de salud.

Surge por tanto la necesidad de plantearnos la siguiente pregunta: ¿Qué necesita una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) para el presente caso el Centro de

Salud San Miguel, a fin de cumplir a cabalidad con su proceso de habilitación? A partir de la información obtenida se pretende realizar recomendaciones que sirvan a la institución para el mejoramiento continuo y sea de utilidad para implementar en sus servicios ofrecidos a la comunidad.

Es importante resaltar que en la actualidad el corregimiento de San Miguel (zona rural dispersa del municipio de Sonsón, Antioquia) posee un centro de salud que establece la oferta y demanda del servicio dentro de su cobertura geográfica y atendiendo a las necesidades requeridas por la comunidad con base en los recursos materiales, infraestructura y humanos que posee; Teniendo en cuenta que el Centro de Salud, es el prestador único público hospitalario en el corregimiento y debido a las condiciones de alta ruralidad y lejanía de otras instituciones, se ofrecen servicios de salud ofertados con el fin de proteger las necesidades básicas de la población y el derecho a la salud.

### **1.1 Justificación:**

La habilitación de servicios de salud abarca los requisitos mínimos de obligatorio cumplimiento para el funcionamiento de los actores del sistema de salud en Colombia, se realiza por medio de un grupo de auditores y verificadores asegurando que los servicios de salud habilitados presten una atención de forma universal, segura y oportuna acorde a la normatividad vigente.

Su obligatoriedad radica en que comprende los requisitos mínimos necesarios para brindar una atención en salud que minimice los riesgos asociados a la misma, siguiendo la premisa de Hipócrates: *“primum non nocere”* (lo primero es no hacer daño).

El sistema único de habilitación es el mecanismo a través del cual se faculta a las entidades prestadoras de servicios de salud para dar apertura a los diferentes servicios ofertados, con el fin de obtener niveles altos de calidad en la prestación de dichos servicios y crea una cultura de mejoramiento continuo, dando cumplimiento de los

estándares exigidos, cuyo fin último es la calidad en la atención y la seguridad del paciente.

El Centro de salud San Miguel tiene como misión cumplir con la atención integral, humanizada, oportuna, con calidad y calidez, para lo cual debe contar con el cumplimiento de los requisitos mínimos orientados a brindar un servicio de calidad logrando así una atención más segura para los usuarios del municipio, tareas que para ser cumplidas requieren de un compromiso organizacional, además del conocimiento normativo con lo cual se pretende dar continuidad a los procesos que jalonan el desarrollo institucional.

En este sentido según los lineamientos contenidos en el marco de la Resolución 3100 de 2019 que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, se llevó a cabo la verificación de la situación actual para el cumplimiento de los lineamientos habilitadores según la visión institucional, con acciones que avalen la prestación óptima del servicio en el centro de salud.

## **1.2 Antecedentes**

El Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad en Salud, enmarcado en el Decreto 1011 de 2006, ha permitido que el ámbito de aseguramiento en salud y los prestadores de servicios de salud tengan lineamientos que permitan aproximarse a ofrecer servicios de salud con mayor seguridad y calidad, disminuyendo los riesgos en salud y generando compromisos de mejoramiento continuo en las instituciones de salud.

“El Sistema Único de Habilitación en Salud, es 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, los cuales buscan dar seguridad a los

usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios”, es el primer escalón que deben cumplir los prestadores de servicios de salud, siendo de obligatorio cumplimiento para los prestadores de servicios de salud del País, normado en el Artículo 2.5.1.3.1.1 Decreto 780 de 2016.

Históricamente la habilitación en salud en Colombia tiene su origen en la Constitución Política de 1991, donde se menciona la responsabilidad del Estado en la administración, vigilancia y seguimiento de los servicios de salud. La primera versión del Sistema Único de Habilitación de Colombia corresponde a Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecían las condiciones que debían cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar los estándares de calidad para el mejoramiento de la atención en salud, posteriormente fue modificada por la Resolución 1441 de 2013, seguida por la Resolución 2003 de 2014 donde se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud, así mismo determina el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud; en el año 2019 realizan una nueva modificación, con la Resolución 3100, la cual se encuentra en periodo de transitoriedad y adaptación para que las IPS pueden ajustarse a los nuevos requerimientos que tiene la norma.

A través del tiempo y con las modificaciones realizadas en la normatividad, se encuentra un proceso de ajuste y mejoramiento continuo de los lineamientos para la habilitación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que garanticen mayor calidad, seguimiento y continuidad a las instituciones, producto de un proceso de gestión que permite la generación de estrategias de calidad y mejoramiento continuo en donde los procesos sean auditados, medibles y ajustable, reduciendo los riesgos presentes en la atención en salud.

### *1.3 Antecedentes Institucionales:*

Este trabajo fue realizado en el centro de salud San Miguel sede de la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Sonsón - Antioquia, dicha entidad está habilitada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, se consultó la plataforma estratégica, se estudió detalladamente la página web y demás fuentes de información que nos permitieron realizar un proceso de reconocimiento y caracterización de la institución

#### *1.4 Estructura organizacional:*

##### *1.4.1 Misión de la institución:*

“En el Centro de salud San Miguel, sede de la E.S.E Hospital San Juan de Dios del municipio de Sonsón, estamos comprometidos con la salud de los sonsoneños, a través del mejoramiento continuo de la calidad, la humanización de los servicios, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención a la primera infancia y una amplia oferta de servicios que responda a las necesidades de la población. Para el logro de tal fin, cuentan con un equipo humano idóneo, que, con sus conocimientos, experiencia y los recursos tecnológicos disponibles, contribuya al mejoramiento de la atención en salud de los corregimientos, la cabecera municipal, área rural y la región”

##### *1.4.2 Visión de la institución:*

“En el año 2020 somos una institución prestadora de servicios de salud, ampliamente reconocida a nivel regional, nacional e internacional, por sus procesos exitosos en la atención de la primera infancia, telemedicina, parto respetado, consentido y protegido, población vulnerable y del post conflicto. Contamos con un recurso humano calificado, en proceso constante de crecimiento y motivación y unas instalaciones físicas adecuadas y equipos de alta tecnología, preparados para ofrecer servicios de mayor complejidad, en asocio con instituciones del nivel departamental y nacional, buscando sostenibilidad financiera con gran responsabilidad social”.

##### *1.4.3 Valores*

- Respeto



- Calidad
- Amabilidad
- Compromiso
- Tolerancia
- Humanización
- Espiritualidad
- hospitalidad
- Responsabilidad

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Verificar el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación establecidas en la Resolución 3100 de 2019 en el centro de salud San Miguel, zona rural dispersa del municipio de Sonsón – Antioquia, con el propósito de brindar recomendaciones que permitan el mejoramiento continuo en la prestación del servicio.

### **2.2 Objetivos específicos**

- 2.2.1 Conocer los estándares de calidad exigibles en Colombia para la prestación de los servicios en salud.
- 2.2.2 Verificar el cumplimiento de los estándares en los servicios seleccionados aplicando la metodología establecida por el sistema único de habilitación a través de la utilización de las listas de chequeo establecidas por la resolución 3100 de 2019.
- 2.2.3 Asesorar al centro de salud San Miguel en la adopción de las recomendaciones y conclusiones que permita identificar oportunidades de mejora para el cumplimiento de los estándares de calidad en la institución.
- 2.2.4 Realizar un informe que incluye las conclusiones y recomendaciones a la institución, siendo el insumo para promover acciones de mejoramiento continuo.

### **3. Marcos del trabajo**

#### **3.1 Marco teórico**

El sistema de salud de Colombia se reformó a partir de la Ley 100 de 1993, la cual dictamina que los servicios de salud se deben prestar en condiciones de calidad. En este sentido, la calidad de la atención en el marco del SGSS y la normatividad vigente se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios, involucrando aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención.

A partir de esta Ley, se tiene la necesidad de trabajar la calidad enfocada a los servicios de salud como responsabilidad del Estado. La necesidad creciente de mejorar la prestación de servicios de salud ha llevado a cambios en la normatividad los cuales introducen al sistema nuevos elementos para regular la prestación de los servicios, logrando así impactar de manera positiva en los usuarios.

##### **3.1.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS)**

El decreto 780 en la parte 5, Título 1, Capítulo 1, define el SOGCS como: “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país.” Este se ve establecido en el Decreto 1011 de 2006, el cual presenta también su organización quien tiene como objetivo preservar y proteger los resultados satisfactorios de la prestación de los servicios de la salud de calidad en los pacientes.

Dicho sistema se direcciona a la prestación de servicios con calidad, caracterizada por la accesibilidad, equidad, oportunidad, continuidad, pertinencia y ecuanimidad del profesional prestador del servicio, todo relacionado con los elementos que garantizan la seguridad del paciente. Este último tema transversaliza los 4 componentes del SOGCS:

1. Sistema Único de Habilitación

2. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud
3. Sistema Único de Acreditación
4. Sistema de información para la Calidad

#### *3.1.1.1 Sistema único de habilitación*

Históricamente la habilitación en salud en Colombia tiene su origen en la Constitución Política de Colombia de 1991, donde se menciona la responsabilidad del Estado en la administración, vigilancia y seguimiento de los servicios de salud.

La primera versión del Sistema Único de Habilitación de Colombia corresponde a Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecían las condiciones que debían cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar los estándares de calidad para el mejoramiento de la atención en salud, posteriormente fue modificada por la Resolución 1441 de 2013, seguida por la Resolución 2003 de 2014 donde se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud, así mismo determina el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud; en el año 2019 realizan una nueva modificación, con la Resolución 3100, la cual se encuentra en periodo de transitoriedad y adaptación para que las IPS pueden ajustarse a los nuevos requerimientos que tiene la norma.

A través del tiempo y con las modificaciones realizadas en la normatividad, se encuentra un proceso de ajuste y mejoramiento continuo de los lineamientos para la habilitación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que garanticen mayor calidad y seguimiento y continuidad a las instituciones.

#### *3.1.1.2 Resolución 3100 de 2019*

Tiene como objetivo principal establecer las condiciones y procedimientos de inscripción de los prestadores de servicios de salud y adoptar el Manual de Inscripción de

Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Además de aplicar para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), también lo hace para profesionales independientes de salud, servicios especiales de transporte de pacientes, entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, entes territoriales de salud, entidades responsables de pago y la Superintendencia Nacional de Salud.

Para ingresar al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud dicha resolución expide unos requisitos de calidad mínimos y obligatorios a los prestadores, los cuales no deben generar barreras a estos últimos, pero si a las condiciones necesarias para evitar riesgos en los servicios de salud y prestar una atención segura.

Estas condiciones hacen referencia a:

Capacidad Técnico – Administrativa: Son parámetros administrativos que garantizan el respaldo por un representante legal, sistema contable y financiero en la institución.

Suficiencia Patrimonial y financiera: Posibilita la estabilidad financiera dentro de un área de influencia, liquidez y cumplimiento de obligaciones a corto plazo.

Capacidad Tecnológica y Científica: Garantiza una atención segura a los usuarios estableciendo estándares referentes al talento humano, dotación, infraestructura, medicamentos insumos, historia clínica, entre otros.

También se encuentran modelos que definen los criterios mínimos de un servicio de salud, organizados en 7 estándares:

- **Estándar de talento humano:** Este abarca a todo el personal que conforma el proceso de prestación de servicios en salud, se caracteriza por vigilar la idoneidad y formación de estos. Exige a la institución actividades de capacitación dirigidas al mejoramiento continuo, fortalecimiento de aptitudes y actitudes de su grupo de trabajo

y actualización de conocimientos y destrezas. Para el cumplimiento de este estándar es fundamental realizar un cronograma o plan de capacitaciones, que se dirijan de manera pertinente al talento humano de los servicios habilitados, para esto es fundamental realizar convenios con instituciones expertas en temáticas específicas, presentar certificados y listas de asistencias de capacitaciones o cursos que registren la evidencia de la realización de dichos actos. También este controla la disponibilidad y permanencia para el talento humano en salud haciendo referencia a la capacidad y cantidad de profesionales en relación con la cantidad de población a la cual se le debe prestar el servicio.

- **Estándar de infraestructura:** Es importante tener presente la resolución 4445 de 1996 y los reglamentos específicos de infraestructura para los prestadores de servicios de salud, pues dictan las condiciones mínimas con relación a la planta física de las instituciones para poder prestar un servicio seguro tanto para los pacientes como para el talento humano. Busca disminuir los riesgos estableciendo parámetros en salas, áreas y ambientes presentes en los prestadores de servicios de salud.
  
- **Estándar de dotación:** Hace referencia a los equipos biomédicos y dispositivos médicos necesarios para prestar el servicio habilitado, estos deben presentar evaluación constante que permita evidenciar su tiempo y frecuencia de uso con relación a las especificaciones de la ficha técnica y del prestador, procesos de limpieza, desinfección y esterilización, además de su suficiencia, calidad y registros de mantenimiento y calibración. También es importante demostrar la debida capacitación y formación del personal que se encarga del mantenimiento de los equipos con su hoja de vida, documentar la política de gestión tecnológica, el programa de gestión y renovación tecnológica.
  
- **Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e Insumos:** Se refieren los medicamentos e insumos que se custodian o almacenan en las instalaciones del prestador de servicios de salud y que son necesarios para la prestación del servicio. Implica el desarrollo de un programa de fármaco vigilancia.

- **Estándar de procesos prioritarios:** Incluye acciones administrativas y asistenciales que abarcan una condición de salud y permite registrar una acción o tarea en un tiempo y con un objetivo determinado. Es importante contar con guías de manejo clínico y protocolos basados en evidencia científica que den soporte a los procesos montados, procesos y protocolos de atención que describan de manera detallada como se ejecutarán estos y que evidencien su planeación y preparación.
- **Estándar de historia clínica:** “Es 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 clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios”.
- **Estándar de interdependencia:** “Es 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”.

### 3.2 Marco normativo

Este trabajo retoma la normatividad del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad definido para Colombia, dentro de este, el componente del Sistema Único de Habilitación, el cual es llevado a cabo por los entes departamentales de salud a través de un proceso de verificación de los respectivos estándares de calidad de los servicios de salud, regidos por la Resolución 3100 de 2019.

La normatividad en que se basa la realización de este trabajo son:

*3.2.1 Ley 100 de 1993:* crea el Sistema General de la Seguridad Social Integral que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y de la comunidad para obtener la calidad de vida, acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que le afecten. Este sistema está formado por el conjunto de las entidades

públicas y privadas, normas y procedimientos, y por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios.

*3.2.2 Resolución 4445 de 1996:* Por la cual se dictan normas en lo referente a las condiciones que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, para garantizar que se proteja la salud de sus 18 trabajadores, de los usuarios y de la población en general

*3.2.3 Resolución 1995 de 1999:* Normas para el manejo de la Historia Clínica, que describe ésta como un “Documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención”.

*3.2.4 Decreto 4725 de 2005:* Regular el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria en lo relacionado con la producción, procesamiento, envase, empaque, almacenamiento, expendio, uso, importación, exportación, comercialización y mantenimiento de los dispositivos médicos para uso humano, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de todas las personas naturales o jurídicas que se dediquen a dichas actividades en el territorio nacional.

*3.2.5 Decreto 1011 de 2006:* Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

*3.2.6 Resolución 2003 de 2014:* Definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.



*3.2.7 Decreto 780 de 2016:* por el medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social.

*3.2.8 Resolución 3100 de 2019:* Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Considerando algunos de los criterios definidos en la resolución 2003 de 2014

### *3.3 Conceptos básicos:*

*3.3.1 Sistema Único de Habilitación:* Es 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, los cual busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

*3.3.2 Reps:* El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) es el sistema donde los prestadores de servicios de salud registran las capacidades y servicios habilitados para atender a la población en el sistema de salud colombiano.

*3.3.3 Acreditación en salud:* es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.

#### 4. Metodología

El presente trabajo se realizó en el centro de salud San Miguel, institución que presta los servicios de atención en salud al corregimiento San Miguel perteneciente al municipio de Sonsón – Antioquia, ubicado en el Magdalena Medio, zona caracterizada por ser población víctima del conflicto armado quienes actualmente hacen parte de población rural vulnerable para el país. Este trabajo tiene como principal motivación contribuir al conocimiento normativo acerca de los estándares actuales de habilitación, así como el cumplimiento y aplicación de los mismos para las instituciones prestadoras de salud, en este caso para el centro de salud San Miguel, con lo cual se pretende aportar al mejoramiento de las condiciones de calidad en cuanto a la atención en salud se refiere, de la población Sonsoneña.

La ejecución del proyecto tuvo una duración de 7 meses, comprendidos entre agosto del año 2020 y febrero de 2021. En un principio se efectuó la fase de planeación, la cual comprendió entre otras las siguientes actividades:

1. Planeación de la visita.

1.1 Consulta de información básica y antecedentes del centro de salud San Miguel

1.2 Consulta en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS: sedes, servicios, capacidad, medidas de seguridad y sanciones.

2. Notificación al médico líder del centro de salud sobre la visita de consultoría.

3. Revisión de las listas de chequeo establecida en la Resolución 3100 de 2019, y demás normatividad aplicable vigente.

5. Se evaluaron los criterios de las listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de las condiciones de los estándares del Sistema Único de Habilitación, según la Resolución 3100 de 2019. Tomando evidencias fotográficas para soportar los hallazgos positivos y negativos.

8. Al finalizar la revisión de las listas de chequeo, se organizó la información, se realizan conclusiones y recomendaciones para ayudar a formular planes y mejoras de las condiciones de la entidad visitada.

## 5. Resultados

A través de una visita de verificación de las condiciones de habilitación de los servicios de salud se realizó el diagnóstico de estas en el centro de salud San Miguel sede rural del Hospital San Juan de Dios de Sonsón, el objetivo de dicha visita consistió en verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación en los estándares de talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica y registros , en el servicio de Consulta Externa , farmacia , detección temprana, esterilización y toma de muestras del laboratorio con el fin de formular recomendaciones para el mejoramiento continuo de las condiciones de calidad de los servicios ofertados, a través de Sistema Único de habilitación de acuerdo a la resolución 3100 de 2019, los cuales serán descritos a continuación:

### **5.1 Servicios verificados, nivel de complejidad y número del distintivo de cada servicio:**

#### **5.1.1 Verificación en REPS:**

**Institución:** Centro de salud San Miguel.

**Código de la sede:** 0575602394-02

**Fecha de apertura:** 2006-11-17

**Zona:** rural

**Naturaleza jurídica:** publica

#### **5.1.2 Verificación de servicios:**

**Servicio:** *Medicina general*

Código de servicio: 328

Distintivo de habilitación: DHS0112224

Nivel de complejidad: baja

***Servicio: Odontología General***

Código de servicio: 334

Distintivo de habilitación: DHS0112225

Nivel de complejidad: baja

***Servicio: Toma de muestras laboratorio clínico***

Código de servicio: 712

Distintivo de habilitación: DHS0112226

Nivel de complejidad: baja

***Servicio: Servicios Farmacéuticos***

Código de servicio: 714

Distintivo de habilitación: DHS0112227

Nivel de complejidad: baja

***Servicio: Tamización de cáncer de cuello uterino***

Código de servicio: 741

Distintivo de habilitación: DHS0112228

Nivel de complejidad: baja

***Servicio: Detección temprana***

Código de servicio: 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918.

Distintivo de habilitación: DHS0112228, DHS0112229, DHS0112230, DHS0112231, DHS0112232, DHS0112233, DHS0112234, DHS0112235, DHS0112236, DHS0112237, DHS0112238

Nivel de complejidad: baja

***Servicio: Proceso de esterilización***

Código de servicio: 950

Distintivo de habilitación: DHS910641

Nivel de complejidad: baja

**5.2 Implementación de lista de chequeo de la resolución 3100 de 2019**

Se presentan los hallazgos negativos encontrados en los servicios evaluados: Consulta externa, toma de muestras Laboratorio Clínico, Promoción y prevención, Toma de muestras citología, Vacunación, Odontología, Esterilización y Servicio Farmacéutico, que fueron verificados con cada estándar de habilitación.

**5.2.1 Todos los servicios**

*5.2.1.1 Estándar de talento humano*

- No se logró evidenciar la suficiencia del talento humano de acuerdo con los servicios ofertados, cuenta con personal insuficiente para la prestación de los servicios, se evidencio un médico con disponibilidad de 24 horas por 2 meses, 2 auxiliares de enfermería con turnos rotatorios.

*5.2.1.2 Infraestructura:*

- Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios no están en buenas condiciones de presentación y mantenimiento, se evidencian tomas en mal estado, lámparas con bombillos sin funcionamiento, interruptores expuestos sin protección.

- No cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.

- La institución no cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.
- Los pisos, paredes y techos de todos los servicios no están en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.
- En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: odontológicos, laboratorios, áreas de esterilización, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, no están recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.
- No cuentan con mesones y superficies de trabajo que tengan acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.
- Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, no cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

#### *5.2.1.3 Procesos prioritarios*

- No cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan protocolo de venopunción o protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales.
- El prestador no cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.
- El prestador no cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos

#### *5.2.1.4 Historia clínica*

- Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica

### **5.2.2 Detección Temprana**

#### *5.2.2.1 Dotación*

- No cuenta con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas, conforme a lo previsto en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012

### **5.2.3 Consulta externa**

#### *5.2.3.1 Infraestructura*

- No cuenta con áreas delimitadas y señalizadas, ni ventilación e iluminación natural en la sala de espera ni en consultorios
- No tiene disponibilidad de unidad sanitaria.
- Consultorios en los que se realicen procedimientos, no cuentan con área con las siguientes características: Barrera física fija entre el área de entrevista y el área de procedimientos, ventilación natural y/o artificial y mesón de trabajo.

#### *5.2.3.2 Procesos prioritarios*

- En el consultorio de procedimientos menores o sala de procedimientos no cuenta con: la relación de procedimientos que se realizan, criterios explícitos y documentados sobre el tipo de procedimientos que se pueden realizar y de los que no se pueden realizar, protocolos de los procedimientos que se realizan, que incluyan consentimiento informado y procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones.
- No cuenta con manual de buenas prácticas de esterilización o desinfección, de acuerdo con los procedimientos que allí se realicen.

### **5.2.4 Odontología**

#### *5.2.4.1 Talento humano*

- No cuenta con odontólogo general de acuerdo con la oferta de servicios.
- No tiene disponibilidad de Odontólogo o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral o auxiliar de higiene oral.

### **5.2.5 Toma de muestras de laboratorio clínico**

#### *5.2.5.1 Talento humano*

- No Cuenta con Bacteriólogo y/o auxiliares de laboratorio clínico.



- No cuenta con supervisión por parte del bacteriólogo si la toma es realizada por los auxiliares de enfermería.

#### *5.2.5.2 Infraestructura*

- No Cuenta con: Área o cubículo para toma de muestras con superficie de trabajo para este fin, mesón de trabajo que incluye poceta para lavado de material, mesón sólido para la centrifuga, lavamanos ni Disponibilidad de unidad sanitaria.

#### *5.2.5.3 Dotación*

- No cuenta con los equipos necesarios, según las muestras que se tomen.

#### *5.2.5.4 Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos*

- No tiene los registros y soportes de la selección, adquisición, recepción técnica y administrativa, almacenamiento, manipulación, distribución, transporte y uso de los dispositivos médicos utilizados para la toma de muestras, además de tener el control de existencias a entradas, salidas y máximos y mínimos de todos los productos y fechas de vencimiento.

#### *5.2.5.5 Procesos prioritarios*

- No cuenta con: Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras, manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico, manual de gestión integral de residuos generados en la atención de salud y otras actividades, ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico, protocolo de manejo de eventos adversos o reacciones que pueden presentar los pacientes antes, durante o después de la toma de muestra.

#### *5.2.5.6 Historia clínica y registros*

No cuenta con: registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico, registro de entrega de las muestras al laboratorio clínico: debe especificar tanto la temperatura y hora de toma como de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que la entrega y quien la recibe, registro o copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó.

### **5.2.6 Tamización de cáncer de cuello uterino**

#### *5.2.6.1 Procesos prioritarios*

- No cuenta con: Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras. Control de calidad de las muestras tomadas. Procedimiento de control y entrega de resultados.

## **5.2.7 Esterilización**

### *5.2.7.1 Infraestructura*

- En centrales de esterilización no cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida: ambiente contaminado; donde se reciben y lavan los equipos. No cuenta con pocetas, mesones y suministro de agua, aire comprimido y desagües. No tiene ambiente limpio para las siguientes áreas de empaque, de esterilizadores y de almacenamiento. No cuenta con ambiente de almacenamiento de equipos donde se almacena el material estéril. No tiene ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos. No cuenta con baño para el personal asistencial con lavamanos. Durante la visita no se encontraba el sitio limpio, con poca iluminación, con ventanas abiertas en material de madera y dañadas.

### *5.2.7.2 Dotación*

- No cuenta con esterilizadores que garanticen el proceso a los elementos que se utilizan en los servicios de la Institución, auxiliar de enfermería refiere que el equipo se encuentra en la sede de la cabecera municipal desde el año 2018, refieren esterilizar en una olla.

- No cuenta con mesa de transporte de equipos dentro de la central de esterilización, ni carros de transporte de equipos estériles y contaminados, debidamente marcados para el traslado seguro de los equipos fuera de la central de esterilización.

### *5.2.7.3 Medicamentos*

- No cuentan con detergentes diseñados específicamente para ser utilizados en el lavado de instrumental quirúrgico y equipos médicos, agentes esterilizantes almacenados de acuerdo a las instrucciones del fabricante, indicadores químicos y biológicos.

### *5.2.7.4 Procesos prioritarios*

- No cuenta con protocolos que contienen cada una de las etapas del proceso de esterilización.

### *5.2.7.5 Historia clínica*

- No cuentan con registro de reúsos por cada uno de los dispositivos médicos esterilizados, registros correspondientes a los procesos prioritarios asistenciales definidos en ése estándar, registro de las validaciones y mantenimientos de los equipos, listas del contenido de los paquetes que se esterilizan en la institución.

### **5.3 Programa de seguridad del paciente**

La institución no cuenta con un programa, política, ni buenas prácticas de seguridad del paciente documentadas de acuerdo con el estándar de procesos prioritarios, según la resolución 3100 de 2019

## 6. Discusión

Propender por una mejora en la prestación de los servicios de salud de las poblaciones, en este caso de habitantes de una zona rural conlleva una serie de cambios que van desde fortalecer la oferta de servicios en las poblaciones más alejadas hasta capacitar al talento humano en salud comunitaria y familiar. Este no es un tema menor teniendo en cuenta que se pretende promover una vida sana, y garantizar servicios oportunos a la población rural. En donde las condiciones de salud de la población rural van más allá de mejorar la asistencia en salud y la atención de la enfermedad, implica importantes transformaciones de orden económico, político y social que permitan superar las desigualdades existentes entre lo urbano y lo rural. En el presente trabajo se evidencia que al ser un territorio con alto componente de ruralidad es necesario realizar un proceso de análisis de sus necesidades, condiciones y demandas para la prestación de los servicios, contribuyendo a la optimización estos, mediante lo cual se pretende dignificar el derecho a la salud y contribuir con el logro de equidad social y desarrollo rural del Magdalena medio creando así la oportunidad de mejoras en cuanto al acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, personalizada, humanizada, integral, continua y con calidad para las personas que habitan en el corregimiento San Miguel y sus veredas. Durante la visita se verificó el cumplimiento de las condiciones mínimas de calidad del prestador de servicios de salud en los servicios de; consulta externa, laboratorio, farmacia, odontología, programas de promoción, prevención y esterilización, teniendo en cuenta el sistema único de habilitación vigente basado en el marco normativo de la resolución 3100 de 2019.

La visita de verificación se ejecutó según lo planeado y de acuerdo con el alcance esperado, se contó durante el tiempo de ejecución de la visita con compañía del personal de la institución facilitando así el acceso y recorrido por cada servicio, de igual modo se permitió por parte de la institución facilidad en el acceso a los datos y disponibilidad para las entrevistas con los funcionarios. Lo que facilitó la recopilación de los datos y conocimiento del funcionamiento de cada uno de los servicios.

La Institución se prestó muy receptiva a la actividad elaborada, especialmente en el interés por conocer cómo mejorar cada uno de sus servicios en las falencias que ellos mismos lograban identificar y con las recomendaciones que esperaban obtener por parte del equipo verificador.

Se encuentra una institución con bastante interés en la mejora de los servicios, teniendo en cuenta su nueva infraestructura se capta este interés y la motivación de los funcionarios, la actividad les permite conocerse como institución y trabajar en la mejora continua de cada uno de los servicios según de los procesos establecidos para cada uno.

## 7. Conclusiones

Las instituciones de salud de todo el país deben prestar sus servicios de acuerdo con los estándares de habilitación, las visitas de verificación les permiten la evaluación de su cumplimiento y a partir del informe la institución visitada tiene la posibilidad de proyectar acciones de mejora para brindar un servicio en concordancia con las normas del SOGCS.

El CDS San Miguel sede de la E.S.E hospital San Juan de Dios del Municipio de Sonsón en Antioquia, carece de buena parte de las condiciones mínimas de habilitación en los servicios auditados teniendo en cuenta lo estipulado en la Resolución 3100 del 25 noviembre de 2019.

El personal del Hospital se ve comprometido con la institución, pero tienen desconocimiento del funcionamiento administrativo que se requiere para la adecuada prestación de los servicios, por ende, son indispensables las auditorías internas permanentes, que garanticen un control real; Además con la visita a la institución prestadora de salud se pudo lograr los objetivos que se tenían trazados desde un inicio, la verificación de los estándares con aplicación sistema único de habilitación como uno de los componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud.

La E.S.E debe enfocar en esta sede del Magdalena Medio el programa de seguridad del paciente con el fin de identificar y disminuir los riesgos en la prestación de servicios y fortalecer la calidad de la atención.

Durante la visita se evidencio que la infraestructura del hospital se encuentra deteriorada, siendo vulnerable a que ocurran accidentes tanto del personal como de los usuarios.

Por lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 el servicio farmacéutico de baja complejidad cumple con todos los criterios de los estándares evaluados.

Con los hallazgos encontrados se desarrollan las recomendaciones que pretenden dar a la institución la información pertinente para realizar las mejoras necesarias en cada uno de los servicios, a fin de que se ejecute en cada servicio los criterios de habilitación

necesarios para el cumplimiento del sistema único de habilitación y se brinde un servicio de calidad.

Al finalizar la visita se le hizo entrega a la institución de los diferentes aspectos a mejorar en los cuales se encuentre en no cumplimiento de la norma.

## 8. Recomendaciones

- Se debe crear una estrategia de formación continua al personal, que les permita estar actualizados y capacitados de manera constante.
- Facilitar el acceso a las guías rápidas de los equipos y disponerlas en lugares visibles que permitan visualizarlos rápidamente por el personal que los manipula.
- Diseñar, implementar y hacer seguimiento al cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos, que permita el fortalecimiento de la seguridad con el uso adecuado de la tecnología
- En la medida de lo posible realizar la renovación de equipos tecnológicos obsoletos.
- Destinar los equipos dañados que deban ser descartados y los que requieren arreglo en una zona específica y evitar mezclarlos con los demás equipos en funcionamiento.
- Se recomienda seguir haciendo la identificación del riesgo de alergias a medicamentos en la historia clínica.
- Evitar hacer uso de los espacios destinados a la limpieza y desinfección de los insumos y materiales con equipos dañados que requieran ser descartados.
- En la medida de lo posible se debe priorizar la mejoría del equipamiento de la sala de toma de muestras de laboratorio clínico y esterilización para mejorar la seguridad de la atención.
- Es pertinente darle continuidad a los procesos que fortalezcan el cumplimiento de los requisitos de los diferentes estándares evaluados, de forma periódica y así poder corregir



las falencias evidenciadas en el proceso ya que esto puede implicar consecuencias negativas y directas sobre el usuario.

- Se debe documentar, implementar y socializar el programa de seguridad del paciente en la institución teniendo en cuenta que es un factor fundamental y transversal a la prestación del servicio, así mismo los protocolos y procedimientos establecidos en el estándar de procesos prioritarios en la resolución 3100 de 2019, con el fin de estandarizar los procesos al interior de la institución.

- De igual forma la institución deberá implementar la medición de adherencia a las guías, protocolos y procedimientos con el fin de identificar y evaluar el cumplimiento a las mismas e implementar indicadores que permitan visualizar la tendencia de los resultados obtenidos en esta, y de acuerdo a esto definir los planes de mejora correspondientes que contribuyan a realizar el cierre de brechas y así disminuir el riesgo de que se presente un incidente o evento adverso durante el proceso de atención. Esto ayudara a que la institución intervenga, gestione y fortalezca la seguridad del paciente y así avanzar al cumplimiento de los objetivos institucionales.

- Se recomienda disponer en todos los servicios, los distintivos de habilitación en un área visible.

- Se sugiere estandarizar un proceso que permita garantizar la custodia de las hojas de vida de los funcionarios de la institución, haciendo una implementación y seguimiento adecuado, ya que estas reposan en la cabecera municipal.

- En cuanto al estándar de infraestructura se evidencia ventana sin vidrio de protección en el pasillo de los consultorios de consulta externa, lo que permite el ingreso de roedores y hace más vulnerable la seguridad del servicio, por lo cual, se recomienda continuidad del vidrio en esta área.

- Se evidencia área de alimentación y cocina cercana a nevera de residuos. Se realiza recomendación de la no manipulación de alimentos en esta área ya que puede generar contaminación.
- Se sugiere la instalación de baño para personas discapacitadas.
- En el servicio de esterilización se recomienda identificar las áreas como lavado, empaque y recibo de material.
- Las zonas consideradas de asepsia profunda, que no tienen terminación paredes y pisos, se recomienda su instalación para una adecuada desinfección de dichas áreas.
- Se recomienda La institución reforzar y estandarizar en cada punto de lavado e higiene de manos, la señalización e información, basados en las recomendaciones de la OMS para este aspecto.
- En los servicios de esterilización y de toma de muestras del laboratorio, se sugiere intervenir con prioridad, ya que se ven afectadas la bioseguridad de los pacientes por falencias en sus estándares.
- Se recomienda mejorar el almacenamiento de insumos de aseo.
- Se debe diligenciar correctamente los registros de las historias clínicas de los pacientes consultantes a los servicios ofertados.
- Revisar los hallazgos encontrados en la evaluación de cada estándar según lo establecido en la resolución 3100 de 2019 que permita garantizar la prestación de servicios en salud con calidad a la población Sanmigueleña.

## 9. Referencias

Cuevas Maldonado LC, Rojas Gutiérrez YP. Resoluciones 2003 de 2014 y 3100 de 2019, Análisis Comparativo (Trabajo de especialización Auditoría de salud) Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2020.

Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Abr. 3, 2006.

Ministerio de la Protección Social. ABC en habilitación. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://studylib.es/doc/5115037/abc-habilitacion-prestadores---ministerio-desalud-y-prot>.

Restrepo-Zea JH, Silva-Maya Constanza, Andrade-Rivas Federico, & VHDover, Robert, et al. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2008 {En línea}. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>

Acosta O L, Botiva León M A, Ramírez J, Uribe L. La protección social de la población rural en Colombia: una propuesta desde la perspectiva de las familias y sus necesidades. 2015. Disponible en: [http://repositorio.cepal.org/itstream/handle/11362/39659/S1501025\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/itstream/handle/11362/39659/S1501025_es.pdf?sequence=1)

Ander-egg Ezequiel, Valle Pablo. Guía para preparar monografías: y otros textos expositivos. 2ª ed. Buenos aires: Editorial lumen; 2008.

CEPAL. Bienes y servicios públicos sociales en la zona rural de Colombia y políticas para el cierre de brechas. 2015 {En línea}. Disponible en [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/bienes\\_y\\_servicios\\_publicos\\_sociales\\_en\\_las\\_zonas\\_rurales.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/bienes_y_servicios_publicos_sociales_en_las_zonas_rurales.pdf)

Congreso de Colombia. Ley estatutaria 1752 de 2015. [Internet]. [Consultado 06 de octubre 2020]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

Consultorsalud. PLAN NACIONAL DE SALUD RURAL. Borrador [Consultado 22 de septiembre 2020]. Disponible en:  
<https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2020/02/Implementaci%C3%B3n-del-PlanNacional-de-Salud-Rural-%E2%80%93-PNSR-y-Anexo-T%C3%A9cnico-Proyecto-deresolucion.pdf>

Congreso de la república de Colombia. Ley 100 de 1993. [Internet]. [Consultado 26 septiembre 2020]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de1993.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. [Internet]. [Consultado 26 septiembre 2020]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública México. 1985; 438-53

Galeano Marín María. Capítulo 4. Investigación documental: una estrategia no reactiva de investigación social del libro Estrategia de investigación social cualitativa. La carreta editores. 2004. 113-144.

Ministerio de protección social. Decreto 4747 del 2007. [Internet]. [Consultado 04 de octubre 2020]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>

Parra-Peña Rafael, Ordóñez Liliana, Acosta Camilo. Pobreza, brechas y ruralidad en Colombia Coyuntura económica. 2013; Vol. XLIII: 15-36. Disponible en: [https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/260/Co\\_Eco\\_Sem1\\_2013\\_Parra-Pena\\_Ordenez\\_y\\_Acosta.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/260/Co_Eco_Sem1_2013_Parra-Pena_Ordenez_y_Acosta.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Pineda BC. Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 97-102 Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

Rodríguez-Triana, Benavides-Piracón JA. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2016; 359-371. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00359.pdf>

Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3100 de 2019. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Nov. 25, 2019. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. [Internet] [Consultado 2021 07 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos>

## 10. Anexos

### Anexo 1. Evidencias Inscripción REPS

En las siguientes imágenes se evidencia los criterios de verificación en la prestadora de salud.

#### REGISTRO ACTUAL - SEDES DE PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCCIONES
NIT/CC	890980003 - 5				
Naturaleza Jurídica	Pública				
<b>DATOS GENERALES DEL PRESTADOR</b>					
Departamento	Antioquia	Municipio	SONSON		
Código de Prestador	0575602394 - 01				
Nombre del Prestador	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SAN JUAN DE DIOS				
Clase de Prestador	Instituciones - IPS	Carácter Territorial	MUNICIPAL		
Empresa Social del Estado	SI	Nivel Atención Prestador	1		
<b>DATOS DE LA SEDE</b>					
Departamento	Antioquia	Municipio	SONSON		
Código de la Sede	0575602394 - 02	Sede principal	NO		
Nombre de la Sede	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL				
Gerente	LEIDY JOHANA SALAZAR MORALES	Zona	RURAL		
Dirección	SAN MGUEL	Barrio	SAN MIGUEL		
Centro poblado		Fax	8694560		
Teléfono(s)	8691438	Correo Electrónico			
Fecha de Apertura	20061117				
<p><b>Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: domingo 12 de septiembre de 2021 (8:44 p. m.)</b></p>					

**Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: domingo 12 de septiembre de 2021 (8:46 p. m.)**

(16) registros encontrados.

Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	328 -MEDICINA GENERAL	DHS012224
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	334 -ODONTOLOGÍA GENERAL	DHS012225
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHS012226
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	714 -SERVICIO FARMACÉUTICO	DHS012227
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	741 -TAMIZACIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS012228
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	909 -DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ( Menor a 10 años)	DHS012229
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	910 -DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN ( De 10 a 29 años)	DHS012230
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	911 -DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DEL EMBARAZO	DHS012231
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	912 -DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES EN EL ADULTO ( Mayor a 45 años)	DHS012232
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	913 -DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER DE CUELLO UTERINO	DHS012233
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	914 -DETECCIÓN TEMPRANA - CÁNCER SENO	DHS012234
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	915 -DETECCIÓN TEMPRANA - ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL	DHS012235
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	916 -PROTECCIÓN ESPECÍFICA - VACUNACIÓN	DHS012236
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	917 -PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL	DHS012237
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	918 -PROTECCIÓN ESPECÍFICA - ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES	DHS012238
Antioquia	SONSON	0575602394	02	CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL	950 -PROCESO ESTERILIZACIÓN	DHS910641

## Anexo 2. Evidencias fotográficas

El registro fotográfico presentado a continuación corresponde a los Servicios de ofertados en el CDS San Miguel sede de la ESE Hospital San Juan de Dios de Sonsón, tomadas el día 12 de diciembre de 2020, en la actividad de Verificación de Estándares de Calidad, sirven como referente para propiciar el mejoramiento de los servicios.



Fotografía 1. Sala de espera



Fotografía 2. Toma de muestras citología



Fotografía 3. Toma de muestras laboratorio



Fotografía 4. Servicios Farmacéuticos





Fotografía 5. Odontología



Fotografía 6. Esterilización



Fotografía 7. Consultorio medicina general

### Anexo 3. Lista de chequeo

#### Estándares y criterios de acuerdo con la resolución vigencia 3100/2019

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
Talento Humano	El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.	X		
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.		X	
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	X		
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.			X
	Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.			X
	Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural, cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.			X
	Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.			X
	La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en:			X

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	1. Soporte vital avanzado. 2. Monitoria de EKG. 3. Métodos avanzados en manejo de vía aérea. 4. Sedación. 5. Lectura e interpretación electrocardiográfica.			
	Si realiza sedación grado IV, cuenta con anestesiólogo.			X
	Una vez termine el procedimiento los pacientes deberán ser vigilados por enfermera o auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el responsable del mismo.			X
	Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas.			X
	El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación			X
	Cuenta con anestesiólogo cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.			X
Infraestructura	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.	X		
	Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.			X
	Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial.			X
	Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.		X	
	En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores.			X

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.	X		
	Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.	X		
	Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra.			X
	En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.	X		
	En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.		X	
	La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.		X	
	Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos o los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin.			X
	Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.	X		
	La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.	X		
	En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de frío y las áreas de depósito y almacén de la institución; éstos cuentan con: fuente de energía de emergencia y tanques de almacenamiento de agua para consumo humano.			X

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.		X	
	En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, ginecoobstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.		X	
	Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.	X		
	Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.		X	
	Si la institución presta servicios de hospitalización, urgencias, UCI, servicios quirúrgicos, obstétricos; los ascensores son de tipo camilleros y los servicios cuentan con un ambiente exclusivo para el manejo de la ropa sucia.			X
	El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.			X
	El prestador que utilice para su funcionamiento, fuentes radiactivas, cuenta en forma previa a la habilitación, con Licencia de Manejo de Material Radiactivo vigente, expedida por la autoridad reguladora nuclear (Ministerios de Salud y Protección Social y Minas y Energía o la entidad por éste designada para tal fin).			X
	En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.	X		
	Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.		X	
	La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.	X		
	En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de hospitalización, urgencias y zonas de esterilización, en		X	

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	todas las complejidades, los ambientes de aseo son exclusivos para el servicio.			
	La institución donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo a los componentes a transfundir.			X
Dotación	Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.			X
	En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.	X		
	Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.	X		
	En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de succión.		X	
	Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.	X		
	Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.	X		
	Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.	X		
	Para los servicios donde se realicen procedimientos con sedación, cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor de signos vitales.</li> <li>2. Succión con sondas para adultos y pediátrica según el paciente a atender.</li> <li>3. Oxígeno y oxígeno portátil.</li> </ol>			X

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	4. Oxímetro de pulso y tensiómetro, cuando no se encuentren incluidos en el monitor de signos vitales.			
	Para las Instituciones donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes, contar con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes.</li> <li>2. Sistema de registro y control de temperatura entre 1°C y 6°C.</li> <li>3. Alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre pueda deteriorarse.</li> <li>4. Equipo para descongelar plasma, cuando aplique.</li> <li>5. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando aplique.</li> <li>6. Agitador o rotador de plaquetas, cuando aplique.</li> </ol>			X
<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos</b>	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.	X		
	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.	X		
	Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los			X



TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	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.	X		
	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.			X
	Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos 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.			X
	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones. 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,			X

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	reesterilización 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 reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.			X
	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.			X
	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.	X		
<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.			X
	Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.	X		
	b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.	X		
	c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.	X		

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cum ple	No Cum ple	No Aplica
	<p>d. Procesos Seguros:</p> <p>Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.</p> <p>Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.</p> <p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.</p> <p>Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.</p> <p>Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.</p> <p>Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.</p> <p>Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.</p> <p>Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del</p>	X		

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.</p> <p>Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p>			
	<p>Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.</li> <li>2. En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</li> </ol> <p>Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.</p> <p>La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.</p> <p>Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.</p> <p>Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.</p>		X	
	<p>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antes del contacto directo con el paciente.</li> <li>2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.</li> <li>3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.</li> <li>4. Después de contacto con el paciente.</li> <li>5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).</li> </ol> <p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las</li> </ol>	X		

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales.</li> <li>3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.</li> <li>4. Uso y reúso de dispositivos médicos.</li> <li>5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.</li> <li>6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.</li> </ol> <p>Cuenta con protocolo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Limpieza y desinfección de áreas.</li> <li>2. Superficies.</li> <li>3. Manejo de ropa hospitalaria.</li> <li>4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.</li> </ol> <p>Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>			
	<p>Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos, cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usuario correcto.</li> <li>2. Medicamento correcto.</li> <li>3. Dosis correcta.</li> <li>4. Hora correcta.</li> <li>5. Vía correcta.</li> </ol> <p>Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.</p>	X		
	<p>El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.</p> <p>El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.</p>		X	

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.			X
	El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.		X	
	Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estabilización del paciente antes del traslado.</li> <li>2. Medidas para el traslado.</li> <li>3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.</li> <li>b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.</li> <li>c) Resumen de historia clínica.</li> </ol> </li> <li>4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).</li> <li>5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.</li> </ol>			X
	Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolo de sedación.</li> <li>2. Protocolo de manejo de emergencias.</li> <li>3. Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.</li> <li>4. Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Evaluación de la vía aérea.</li> <li>b) La determinación del tiempo de ayuno adecuado.</li> <li>c) Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.</li> </ol> </li> </ol>			X

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>d) Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares.</p> <p>Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.</p> <p>5. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.</p> <p>6. Protocolo que defina atención por anestesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.</p>			
	<p>Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:</p> <p>1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.</li> <li>• Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.</li> </ul> <p>2. Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.</p>	X		
	<p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</p> <p>1. Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice.</p> <p>2. Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en</p>			X

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea.</p> <p>3. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.</p> <p>4. Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.</p> <p>5. Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye:</p> <p>a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.</p> <p>b) Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío.</p> <p>c) Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.</p> <p>d) Establece controles formales para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La entrega de los componentes sanguíneos: en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra, marcaje y entrega final al servicio que realice la transfusión.</li> <li>• La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor.</li> <li>• La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería.</li> </ul>			
<b>Historia Clínica y Registros</b>	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X		
	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.		X	
	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la	X		



TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.			
	El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.	X		
	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.	X		
	Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.	X		
	Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.	X		
	Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.	X		
	Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con: 1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente. 2. Registro de la información post-transfusional. 3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos. 4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma. 5. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas.			X

TODOS LOS SERVICIOS				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	6. Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.			

### Protección específica y detección temprana

Grupo	Servicio
Protección específica y detección temprana	Protección específica y detección temprana

Grupo: Protección específica y detección temprana	Servicio: Protección específica y detección temprana
<p><b>Descripción del Servicio:</b></p> <p><b>Protección Específica:</b> De acuerdo con lo establecido en el artículo 6 de la Resolución 412 de 2000, se denomina Protección Específica al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la mitigación o control de un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.</p> <p><b>Detección Temprana:</b> De acuerdo con lo establecido en el artículo 7 de la Resolución 412 de 2000, se establece como Detección Temprana al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que buscan identificar posibles casos de una enfermedad o alteraciones del estado de salud dentro de la población a riesgo.</p> <p>Se rige por la normatividad vigente sobre la materia, Resoluciones 412 de 2000, 3280 de 2016, 4505 de 2012 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</p> <p>Puede ser ofertado como servicio de prestación de servicios de salud y tendrá que cumplir con los criterios aquí definidos; si no oferta servicios de Protección específica y Detección Temprana, el prestador deberá conocer las guías de Protección Específica y Detección Temprana vigentes y remitir al usuario a los prestadores de la red de su EAPB, que cuenten con la oferta de Protección específica y Detección Temprana que le corresponda al usuario.</p>	

Protección específica y detección temprana				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Talento Humano	De acuerdo con la oferta en salud: Contar con las profesiones u ocupaciones que se requieran para la prestación del servicio. De acuerdo con el programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		
	Según lo ofertado, el talento humano cuenta con certificado de formación de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, para la prestación de	X		

<b>Protección específica y detección temprana</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>No aplica</b>
	servicios de protección específica y detección temprana.			
	Si oferta el servicio de vacunación, los auxiliares de enfermería y de salud pública, cuentan con certificado de formación para administrar inmunobiológicos, según delegación y normativa vigente, o con certificado de formación en administración de inmunobiológicos según lineamientos y normativa vigente.	X		
<b>Infraestructura</b>	Aplica lo exigido para consulta externa, de acuerdo al programa ofertado y lo definido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		
	Adicional a lo exigido en consulta externa, contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas, conforme a lo previsto en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.		X	
<b>Dotación</b>	Si ofrece atención de bajo peso al nacer y programa canguro: 1. Para atención intrahospitalaria: cuenta con oxímetro de pulso, balanza electrónica con una precisión de 10gr., infantómetro, resucitador pulmonar manual, cinta métrica, disponibilidad de monitor de signos vitales, sillas con espaldar y brazos por cada paciente canguro, faja de soporte para mantenimiento de la posición canguro por cada paciente. 2. Para atención ambulatoria: para la consulta colectiva cuenta con oxímetro de pulso, balanza electrónica con una precisión de 10gr., infantómetro, cinta métrica, termómetro, equipo de órganos, resucitador pulmonar manual, sillas de sala de espera lavables, mesa de examen médico, lavamanos o dispensadores de soluciones asépticas.			X
<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos</b>	Aplica lo de todos los servicios.	X		
<b>Procesos Prioritarios</b>	Si la institución ofrece actividades de Protección Específica y Detección Temprana, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional y cuenta con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las	X		

Protección específica y detección temprana				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	enfermedades de interés en salud pública, definidas en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.			
	En todos los grados de complejidad, donde se ofrezca atención al recién nacido, cuenta con el Programa Madre Canguro con el fin de iniciar el manejo según protocolo. Si no se oferta este programa, se remitirá el paciente al lugar donde se cuente con esta oferta y se pueda continuar con el manejo. El proceso de remisión del menor, se realizará observando las recomendaciones de dicho programa.	X		
	Cuenta con un protocolo para valoración antropométrica, de conformidad con las directrices nacionales dadas en la materia.	X		
<b>Historia Clínica y Registros</b>	Aplica lo de todos los servicios. Adicionalmente cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas que se ofrecen según lo establecido en las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		
	Si ofrece atención de bajo peso al nacer y programa canguro en la atención intrahospitalaria cuenta con historia clínica específica para los recién nacidos pretérmino y de bajo peso al nacer.			X
	Cuenta con los instrumentos de registros establecidos para los programas de Protección Específica y Detección Temprana que se ofrecen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carné materno en el control prenatal.</li> <li>2. Para la valoración integral del recién nacido, historia del servicio y la historia clínica perinatal simplificada.</li> <li>3. Si ofrece atención de bajo peso al nacer y programa canguro en la atención intrahospitalaria, cuenta con historia clínica específica para los recién nacidos pretérmino y bajo peso al nacer.</li> <li>4. Si ofrece asesoría de prueba voluntaria de VIH (APV), cuenta con formato de consentimiento de realización de prueba voluntaria.</li> </ol> En el Programa de crecimiento y desarrollo: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Carné de salud infantil nacional unificado.</li> <li>2. Curvas de crecimiento: curvas de peso talla e índice de masa corporal, adoptados oficialmente.</li> <li>3. Instrumentos de registro de valoración del desarrollo, de conformidad con la normatividad vigente.</li> </ol> Si ofrece programas de planificación familiar, cuenta con consentimiento informado para los métodos anticonceptivos que lo requieran.	X		

Protección específica y detección temprana				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Interdependencia	No aplica.			

### Consulta Externa

Grupo	Servicio
Consulta externa	Consulta externa general
	Consulta externa especialidades médicas
	Consulta odontológica general y especializada
	Medicinas alternativas

Grupo: Consulta externa	Servicio: Consulta Externa General
<p><b>Descripción del Servicio:</b></p> <p>Atención en salud en la cual toda actividad, procedimiento e intervención, se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud del paciente. En ocasiones se realizan tratamientos que son de tipo ambulatorio.</p> <p><b>Consulta prioritaria:</b> Servicio de consulta externa, orientado a atender condiciones de salud de baja complejidad que requieren ser atendidos con libre acceso para los usuarios. No abarca atención 24 horas e incluye una o varias de las siguientes actividades de consulta por un profesional de la salud y procedimientos menores. Se restringen en este servicio las actividades de observación para definición de conductas y las que requieran internación.</p>	

Consulta Externa General				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Talento Humano	Cuenta con profesional de la salud, de acuerdo con los servicios que se oferten.	X		
	Si oferta consulta prioritaria, cuenta con el profesional de acuerdo con el servicio ofertado.			X
Infraestructura	Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios y características exclusivos, delimitados y señalizados: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sala de espera con ventilación e iluminación natural y/o artificial.</li> <li>2. Consultorios.</li> </ol>		X	
	Disponibilidad de unidad sanitaria.		X	
	El consultorio cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Área para entrevista.</li> <li>2. Área para examen cuando aplique.</li> </ol>	X		

Consulta Externa General				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	3. Lavamanos por consultorio. No se exige adicional si el consultorio cuenta con unidad sanitaria.			
	Consultorios en los que se realicen procedimientos, cuentan con área con las siguientes características: 1. Barrera física fija entre el área de entrevista y el área de procedimientos. 2. Ventilación natural y/o artificial. 3. Iluminación natural y/o artificial. 4. Lavamanos. 5. Mesón de trabajo.		X	
	Ambientes o áreas donde se realicen procedimientos, cuentan con las siguientes áreas, espacios y características, exclusivos, delimitados, señalizados y de circulación restringida: 1. Lavamanos. 2. Mesón de trabajo. 3. Ventilación natural y/o artificial. 4. Los pisos, las paredes y los techos están recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección. 5. El área alrededor de la mesa de procedimientos permite la instalación y movilización de equipos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia. 6. En los ambientes de procedimientos dependientes de consulta externa o prioritaria no se podrán manejar pacientes que requieran observación. Las áreas de observación serán exclusivas de los servicios de urgencias.	X		
<b>Dotación</b>	Los consultorios de los profesionales cuentan con la dotación y los equipos para realizar los procedimientos y valoraciones ofertadas.	X		
	Dotación básica para consultorio médico: camilla, tensiómetro, fonendoscopio y equipo de órganos de los sentidos, martillo de reflejos, tallímetro o infantómetro según el caso, cinta métrica y báscula para pacientes y/o báscula para infantes, según el caso.	X		
	Si ofrece servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia respiratoria			X

Consulta Externa General				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	y terapia del lenguaje, cuenta con los equipos necesarios de acuerdo con los procedimientos a realizar, definidos por el prestador en su manual de procedimientos.			
	Si realiza procedimientos menores, cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Camillas rodantes con freno y con barandas.</li> <li>2. Instrumental o equipo necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realiza.</li> </ol>	X		
	Los consultorios de otros profesionales de la salud contarán con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa, de acuerdo con los servicios que preste.			X
	Si realiza consulta de optometría: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Optotipos para determinación de la agudeza visual en visión lejana, con sistema adecuado de iluminación.</li> <li>2. Optotipos para determinación de agudeza visual en visión próxima. Equipo básico de refracción que cuente con los siguientes elementos: Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio directo y retinoscopio, cajas de pruebas o foropter, montura de pruebas, reglilla milimetrada, set de prismas sueltos, queratómetro, lensómetro, lámpara de hendidura y tonómetro.</li> <li>3. Si ofrece lentes de contacto: caja de pruebas de lentes de contacto, reglilla diamétrica, disponibilidad de medidor de curvas de bases de lentes rígidos, transiluminador o linterna.</li> <li>4. Test o pruebas de valoración cromática y de estereopsis.</li> </ol>			X
<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos</b>	Cuando realice manejo de medicamentos, aplica lo de todos los servicios.	X		
<b>Procesos Prioritarios</b>	La institución cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Guías internas y procesos educativos de los eventos de interés en salud pública, según la oferta de servicios de salud.</li> <li>2. Los procesos de implementación o remisión dentro de la red del usuario al programa que requiera, según lo definan las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.</li> </ol>	X		

Consulta Externa General				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	Si ofrece fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje tiene definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice. Este manual incluye el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento cuenta con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.			X
	Si realiza procedimientos menores en el consultorio o sala de procedimientos cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La relación de procedimientos que se realizan.</li> <li>2. 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 teniendo en cuenta que: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo se realizarán procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos que como criterios generales, si requieren anestesia, no conllevan a una complejidad mayor a la anestesia local.</li> <li>• Nunca implican anestesia regional ni general y son ambulatorios.</li> <li>• No requieren hospitalización ni áreas de recuperación.</li> </ul> </li> <li>3. Protocolos de los procedimientos que se realizan, que incluyan consentimiento informado.</li> <li>4. Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización.</li> <li>5. Guías de manejo de patologías de urgencia.</li> </ol>		X	
	Si dispone de salas para el manejo de la enfermedad respiratoria aguda (ERA), y es dependiente de consulta externa, cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Señalización clara y visible para los usuarios y los horarios de atención.</li> <li>2. Protocolo de manejo de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja que incluya los seguimientos del estado clínico.</li> </ol>			X



Consulta Externa General				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	3. Criterios explícitos y documentados de tiempos máximos de manejo ambulatorio de pacientes con enfermedad respiratoria alta y baja y de remisión a hospitalización.  4. Criterios explícitos y documentados sobre las condiciones de los pacientes que pueden ser manejados en las sala y de los que no. Los criterios deben enmarcarse en las características generales de procedimientos establecidas en la definición de procedimientos.			
	Si realiza procedimientos, cuenta con manual de buenas prácticas de esterilización o desinfección, de acuerdo con los procedimientos que allí se realicen. Disponibilidad del proceso de esterilización de acuerdo con el instrumental o dispositivos que utilice.		X	
<b>Historia Clínica y Registros</b>	Aplica lo de todos los servicios.	X		
<b>Interdependencia</b>	Si realiza procedimientos, disponibilidad del proceso esterilización de acuerdo con el instrumental, dispositivos que utilicen y procedimientos que realicen.		X	

Grupo: Consulta externa	Servicio: Consulta Odontológica General y especializada
<b>Descripción del Servicio:</b>  Es el servicio que utiliza medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.  En caso de prestarse los servicios en el grupo de quirúrgicos, aplica los estándares de habilitación para cirugía en la modalidad correspondiente.	

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
<b>Talento Humano</b>	Cuenta con odontólogo general u odontólogo especialista, de acuerdo con la oferta de servicios.		X	
	Si realiza actividades de Protección específica y Detección Temprana, disponibilidad de Odontólogo o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral o auxiliar de higiene oral.		X	
	Disponibilidad de:	X		

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
Infraestructura	1. Sala de espera con unidad sanitaria.			
	El consultorio odontológico cuenta con: 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos por consultorio, en caso de contar el consultorio con unidad sanitaria no se exige lavamanos adicional. 3. Área para esterilización con mesón de trabajo que incluye poceta para el lavado de instrumental. 4. Área independiente para disposición de residuos.	X		
	El ambiente para consulta odontológica con más de dos unidades cuenta con: 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos (mínimo uno por cada tres unidades odontológicas). 3. Barrera física fija o móvil entre las unidades. 4. Ambiente independiente del área de procedimiento para realizar el proceso de esterilización. No se exigirá cuando la Institución cuente con central de esterilización que garantice el servicio. 5. Área independiente para disposición de residuos.			X
Dotación	Cuenta con: 1. Unidad Odontológica: - Sillón con cabecera anatómica. - Escupidera. - Lámpara odontológica de luz fría. - Bandeja para instrumental. - Eyector. - Jeringa Triple. - Módulo con acople para piezas de mano, micromotor y contra-ángulo. 2. Negatoscopio. 3. Compresor de aire. El negatoscopio, eyector, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, piezas de mano, u otros, podrán estar o no incorporados en la unidad.	X		
	Dotación de equipos, según el método de esterilización definido.	X		
	Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, de acuerdo con la capacidad instalada, frecuencia de la atención de la consulta, demanda, número de ciclos de esterilización al día, los cuales se componen de:	X		

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	1. Espejos bucales. 2. Exploradores. 3. Pinzas algodonerías. 4. Jeringas, cámpulas.			
	Disponibilidad de: 1. Sondas periodontales. 2. Cucharillas y/o excavadores.	X		
	Se cuenta mínimo con el siguiente instrumental para operatoria: 1. Aplicador de dycal. 2. Condensador FP3 o empacadores. 3. Porta amalgama. 4. Opcional bruñidor y/o cleoide-discoide. 5. Opcional espátulas inter-proximales. 6. Fresas para apertura de cavidad y fresas para pulir resinas de diferentes calibres para baja y alta velocidad.	X		
	Instrumental para endodoncia: 1. Explorador de conductos, espaciadores, condensadores y limas.	X		
	Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: 1. Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras y mango para bisturí	X		
	Instrumental para periodoncia: 1. Curetas. 2. Sondas Periodontales.			X
	El instrumental se requerirá conforme a las actividades y técnicas aplicadas por el profesional.	X		
	En los consultorios de especialistas además del instrumental básico, se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.			X
	Cuenta con mueble para el almacenamiento de instrumental y material estéril.	X		
<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos</b>	Aplica lo de todos los servicios.	X		
<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con: 1. Guías clínicas sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral y manejo de complicaciones anestésicas. 2. Criterios explícitos y documentados sobre las guías, procesos, procedimientos, instructivos, etc., conforme al servicio ofertado. 3. Procedimientos para la información al paciente y la familia sobre	X		

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	<p>recomendaciones y preparación pre procedimiento y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de las posibles complicaciones que se podrían presentar durante los procedimientos realizados.</p> <p>4. Protocolo de esterilización y suficiencia de instrumental, de acuerdo con la rotación de pacientes.</p>			
<b>Historia Clínica y Registros</b>	Aplica lo de todos los servicios.	X		
<b>Interdependencia</b>	<p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imagenología.</li> <li>2. Proceso de esterilización.</li> <li>3. Transporte asistencial cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II.</li> </ol>			X

**Grupo: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica**

**Servicio: Servicio farmacéutico baja complejidad**

**Descripción del Servicio:**

Es el servicio de atención en salud que apoya las actividades, procedimientos e intervenciones de carácter técnico, científico y administrativo, relacionados con los medicamentos y los dispositivos médicos 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.

En éste servicio se incluyen como mínimo los siguientes procedimientos generales: selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución; participación en grupos interdisciplinarios; información y educación al paciente y la comunidad sobre uso adecuado y destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.

Servicio farmacéutico baja complejidad				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
<b>Talento Humano</b>	Aplica lo definido en el Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 de 2007, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X		

<b>Servicio farmacéutico baja complejidad</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>No aplica</b>
<b>Infraestructura</b>	Las condiciones de temperatura y humedad relativa, son acordes a las recomendaciones dadas por los fabricantes de medicamentos y dispositivos médicos.	X		
	En caso que se realice reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación de soluciones inyectables en dosis unitarias, nutrición parenteral o medicamentos citostáticos; las áreas y/o ambientes cuentan con lo exigido para las buenas prácticas de elaboración, previstas en la normatividad vigente.			X
	Cuenta con área de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad exigidas en las normas vigentes.	X		
	Dispone de ambientes necesarios para los procedimientos que se realicen, de conformidad con la normatividad aplicable a cada uno de ellos.	X		
	Si se trata de servicios ambulatorios pueden ser independientes o pertenecer a una IPS.	X		
<b>Dotación</b>	Cuenta con la dotación y muebles exclusivos y necesarios para la selección, adquisición, recepción, almacenamiento, conservación (como manejo de cadena de frío, medicamentos fotosensibles, higroscópicos entre otros) y dispensación de los medicamentos y dispositivos médicos para la realización de los procesos que ofrezcan, de acuerdo con las recomendaciones dadas por los fabricantes.	X		
	Cuenta con los equipos necesarios para cumplir con el plan de contingencia, en caso de falla eléctrica para mantener la cadena de frío.	X		
	Cuenta con termómetros y termohigrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado y gestionado.	X		

<b>Servicio farmacéutico baja complejidad</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>No aplica</b>
<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos</b>	Aplica lo de todos los servicios.	X		
<b>Procesos Prioritarios</b>	<p>El servicio farmacéutico ambulatorio cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada selección, adquisición recepción, almacenamiento, conservación, distribución, dispensación, transporte, control y manejo de residuos de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el fabricante, diseñados por químico farmacéutico según los requerimientos establecidos para tal fin.</li> <li>2. Normas explícitas sobre restricciones, a personal diferente al químico farmacéutico, para formulación, realización de actividades de asesoría farmacológica y de farmacovigilancia.</li> <li>3. Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica, por parte de personal diferente al químico farmacéutico.</li> <li>4. Procedimiento para el manejo de medicamentos de control especial.</li> <li>5. Procedimientos para el control de fechas de vencimiento y mecanismos para la disposición final y destrucción de medicamentos y dispositivos médicos.</li> </ol>	X		
<b>Historia Clínica y Registros</b>	Aplica lo de todos los servicios.	X		
<b>Interdependencia</b>	No aplica.			

<b>Grupo: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica</b>	<b>Servicio: Toma de muestras de laboratorio clínico</b>
---	--

**Descripción del Servicio:**

Recursos técnicos y humanos destinados a la toma de muestras de origen humano, que serán remitidos a los laboratorios clínicos de diferentes grados de complejidad, cumpliendo con las normas y procedimientos establecidos para la remisión y traslado de muestras y/o pacientes.

Estos servicios de toma de muestra deben estar claramente identificados con el nombre del laboratorio del cual dependan o identificar el laboratorio con el que mantengan convenio o contrato.

Cuando sean prestados en lugares diferentes a la localización del laboratorio clínico, serán registrados como sedes del laboratorio clínico del cual dependen.

Si el prestador que habilite el servicio tiene convenio o contrato con un laboratorio que funcione en otro país, deberá tener copia del documento que autorice el funcionamiento de dicho laboratorio, en el país donde funcione.

<b>Toma de muestras de laboratorio clínico</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cum ple</b>	<b>No cum ple</b>	<b>No aplica</b>
<b>Talento Humano</b>	Cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bacteriólogo y/o auxiliares de laboratorio clínico o de enfermería.</li> <li>- Los auxiliares de laboratorio clínico o de enfermería cuentan con certificado de formación en toma de muestras.</li> </ul> Si la toma es realizada por los auxiliares, cuenta con supervisión por parte del bacteriólogo, esta no implica la supervisión directa de cada procedimiento, ni la presencia permanente del bacteriólogo.		X	
<b>Infraestructura</b>	Cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sala de espera (puede ser compartida con otros servicios).</li> <li>2. Área o cubículo para toma de muestras con superficie de trabajo para este fin.</li> <li>3. Mesón de trabajo que incluye poceta para lavado de material, cuando aplique. En éste no debe haber tela o madera expuesta, debe estar cubierto con materiales lavables.</li> <li>4. Mesón sólido para la centrifuga.</li> <li>5. Lavamanos.</li> <li>6. Disponibilidad de unidad sanitaria.</li> </ol>		X	
<b>Dotación.</b>	Cuenta con los equipos necesarios, según las muestras que se tomen.		X	

<b>Toma de muestras de laboratorio clínico</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cum ple</b>	<b>No cum ple</b>	<b>No aplica</b>
<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos</b>	Adicional a lo exigido en todos los servicios, cuenta con: Los registros y soportes de la selección, adquisición, recepción técnica y administrativa, almacenamiento, manipulación, distribución, transporte y uso de los dispositivos médicos y/o reactivos de diagnóstico in-vitro, utilizados para la toma de muestras, además de tener el control de existencias a entradas, salidas y máximos y mínimos de todos los productos y fechas de vencimiento, cuando aplique.		X	
<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con: 1. Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras. 2. Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. 3. Manual de gestión integral de residuos generados en la atención de salud y otras actividades, ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. 4. Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. 5. Protocolo de manejo de eventos adversos o reacciones que pueden presentar los pacientes antes, durante o después de la toma de muestra.		X	



Toma de muestras de laboratorio clínico				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
<b>Historia Clínica y Registros</b>	Cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse que no se puedan modificar los datos.</li> <li>2. Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico, si aplica.</li> <li>3. Registro de entrega de las muestras al laboratorio clínico: debe especificar tanto la temperatura y hora de toma como de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que la entrega y quien la recibe.</li> <li>4. Registro o copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó.</li> <li>5. Los resultados de los exámenes remitidos deben ser entregados al paciente con el nombre del laboratorio clínico y la persona que lo realizó.</li> <li>6. Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia.</li> </ol>		X	
	Si es profesional independiente de salud, además de lo anterior, cuenta con registro diario de pacientes y exámenes solicitados, con el nombre del laboratorio clínico que los realizará.			

<b>Grupo: Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica</b>	<b>Servicio: Tamización de cáncer de cuello uterino</b>
<p><b>Descripción del Servicio:</b></p> <p>Es aquél servicio que cuenta con los recursos técnicos, humanos y de infraestructura, destinados a pruebas de tamización como: toma de muestra de tejido del cuello del útero, con el fin de detectar la presencia de células anormales o cancerosas, pruebas ADN/VPH y/o técnicas de inspección visual.</p> <p>Estos servicios deben estar claramente identificados con el nombre del laboratorio del cual dependan o identificar el laboratorio con el que mantengan convenio o contrato.</p>	

<b>Tamización de cáncer de cuello uterino</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>No aplica</b>
<b>Talento Humano</b>	Cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>Médico o enfermera o bacteriólogo o citohistotecnólogo o histocitotecnólogo.</li> <li>En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano, podrán realizarlo auxiliares de enfermería.</li> </ol> Todo el personal involucrado en la toma de citología cuenta con certificado de formación en toma de citologías. Para la técnica VIA VILI solo podrá ser realizada por médico o enfermera.	X		
<b>Infraestructura</b>	Toma de muestras ginecológicas o citologías, cuenta con las siguientes características: <ol style="list-style-type: none"> <li>Ambiente físico Independiente y delimitado.</li> <li>Unidad sanitaria.</li> <li>Ventilación e iluminación natural y/o artificial.</li> </ol>	X		
<b>Dotación</b>	Cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>Camilla con estribos.</li> <li>Lámpara de cuello de cisne o su equivalente.</li> <li>Escalerillas.</li> <li>Mesa para dispositivos.</li> <li>Bata para el paciente.</li> </ol>	X		
<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos</b>	Adicional a lo exigido en todos los servicios, cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> <li>Espéculo puede ser desechable o reutilizable siempre y cuando se garantice el proceso de esterilización y posibilidad de contar con opciones de tamaños.</li> </ol>	X		

<b>Tamización de cáncer de cuello uterino</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>No aplica</b>
	2. Citofijador especial para células. La laca no es un citofijador. 3. Cepillo endocervical, espátula, asépticos y desechables. 4. Lámina portaobjetos. 5. Lápiz de grafito o de punta de diamante para rotular el extremo de la lámina. 6. Kits de toma de pruebas de ADN – VPH cuando se oferten. 7. Gradillas que garanticen el almacenamiento de las muestras. 8. De acuerdo con la oferta, se cuenta con la dotación definida en el protocolo de atención.			
<b>Procesos Prioritarios</b>	Cuenta con: 1. Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras. 2. Control de calidad de las muestras tomadas. 3. Procedimiento de control y entrega de resultados.		X	
<b>Historia Clínica y Registros</b>	Cuenta con: 1. Registro diario de muestras tomadas. 2. Registro de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio de procesamiento o lectura de la muestra y de la persona que los realizó. 3. Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia. 4. Registro de control de calidad de la toma de muestras y medidas correctivas.	X		
<b>Interdependencia</b>	Disponibilidad del proceso de esterilización, cuando se reutilicen los espéculos.			X

## Esterilización

Proceso: Esterilización
<p><b>Descripción del proceso:</b></p> <p>Esterilización es el proceso mediante el cual se provee material estéril a los servicios que dependen de éste para realizar sus procedimientos, con productos que garanticen la seguridad en la atención.</p> <p>El proceso de esterilización incluye los siguientes pasos: recibo, lavado, armado, empacado, esterilizado, almacenaje, entrega de materiales estériles y el proceso finalizará solo cuando el producto se utilice en la atención de un paciente.</p>

Esterilización				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
<b>Talento Humano</b>	<p>En centrales de esterilización cuenta con: Enfermera o instrumentadora.</p> <p>En baja complejidad cuenta con: Auxiliar de enfermería.</p> <p>Cuando la esterilización sea contratada, es responsabilidad del prestador garantizar el producto final.</p>	X		
<b>Infraestructura</b>	<p>En centrales de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambiente contaminado: donde se reciben y lavan los equipos. Cuenta con pocetas, mesones y suministro de agua, aire comprimido y desagües.</li> <li>2. Ambiente limpio con las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Área de empaque donde se arman y empacan los equipos.</li> <li>- Área de esterilizadores acondicionada para el método de esterilización que se emplee.</li> <li>- Área de almacenamiento de insumos.</li> </ul> </li> <li>3. Ambiente de almacenamiento de equipos donde se almacena el material estéril.</li> <li>4. Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos.</li> <li>5. Si se utiliza esterilización con óxido de etileno: ambiente independiente y con una instalación que siga las recomendaciones del fabricante del esterilizador.</li> <li>6. Baño para el personal asistencial con lavamanos.</li> <li>7. Cuenta con tomas eléctricas en todas las áreas.</li> </ol>		X	

<b>Esterilización</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>No aplica</b>
	<p>8. Todo el servicio debe estar limpio, bien iluminado, con ventanas cerradas y no uso de ventiladores.</p> <p>9. Los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.</p> <p>10. Todos los muebles serán lavables y no serán de material poroso. La madera no está indicada en éstas áreas.</p>			
	<p>Cuando el proceso de esterilización sea desarrollado por un prestador, fuera de una central de esterilización, cuenta con área independiente del área de procedimientos para realizar el proceso de esterilización, con mesón de trabajo que incluye poceta para el lavado de instrumental, diferente al lavado de manos.</p>			X
<b>Dotación</b>	<p>Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los esterilizadores que garanticen el proceso a los elementos que se utilizan en los servicios de la Institución o el profesional independiente o según la oferta de servicios cuando se trate de centrales independientes.</li> <li>2. Los esterilizadores cuentan con programa de mantenimiento preventivo, validación a la instalación y recalificación anual.</li> <li>3. Si se utiliza esterilización con óxido de etileno, éste cuenta con aireador.</li> <li>4. Cubetas plásticas profundas, de acuerdo a la cantidad de instrumental a lavar y cepillos para lavado.</li> <li>5. Selladoras, si el empaque lo requiere.</li> <li>6. Estanterías para almacenaje de superficies lavables y con estantes arriba del piso al menos 25 cm. y a 6 cm. de la pared.</li> </ol>		X	
	<p>Para centrales de esterilización, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mesa de transporte de equipos dentro de la central de esterilización.</li> <li>2. Carros de transporte de equipos estériles y contaminados, debidamente marcados para el traslado seguro de los equipos fuera de la central de esterilización.</li> </ol>		X	
	<p>Disponibilidad de Incubadora para manejo de controles biológicos, según método utilizado.</p>			
<b>Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos</b>	<p>Para centrales de esterilización y para prestadores quienes que realicen el proceso de esterilización fuera de centrales de esterilización, cuentan con:</p>		X	

Esterilización				
Estándar	Criterio	Cumple	No cumple	No aplica
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detergentes diseñados específicamente para ser utilizados en el lavado de instrumental quirúrgico y equipos médicos.</li> <li>2. Empaque grado médico permeable al agente esterilizante a utilizar.</li> <li>3. Agentes esterilizantes almacenados de acuerdo a las instrucciones del fabricante.</li> <li>4. Indicadores químicos y biológicos.</li> </ol>			
<b>Procesos Prioritarios</b>	<p>Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolos que contienen cada una de las etapas del proceso de esterilización: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transporte de material antes del ingreso al servicio de esterilización.</li> <li>- Recibo de material.</li> <li>- Lavado, secado y lubricación.</li> <li>- Empaque.</li> <li>- Esterilizado.</li> <li>- Almacenaje y entrega.</li> </ul> </li> <li>2. Sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril, identificando cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad.</li> <li>3. Cuando se realicen procesos de esterilización con óxido de etileno, cuenta con manual de procedimientos seguros por parte de los operarios y de los dispositivos médicos.</li> <li>4. Socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de parto, salas de cirugía, hospitalización, etc.</li> <li>5. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el 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.</li> </ol>		X	

<b>Esterilización</b>				
<b>Estándar</b>	<b>Criterio</b>	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>No aplica</b>
	<p>6. Documento del procedimiento Institucional para el reúso limitado de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades y su correspondiente validación.</p> <p>7. Para aquellos dispositivos médicos que el fabricante recomienda un número limitado de reusos, cuenta con la documentación necesaria que soporte el proceso, de acuerdo a lo que el fabricante recomienda.</p> <p>8. Participación en el comité de infecciones. Para prestadores que contraten el proceso de esterilización con una central de esterilización externa cuentan con un protocolo que incluya las condiciones de transporte que garanticen mantener las condiciones de esterilización del producto.</p>			
<b>Historia Clínica y Registros</b>	<p>Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso fuera de una central de esterilización, cuentan con:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Registro de reusos por cada uno de los dispositivos médicos esterilizados.</li> <li>2. Registros correspondientes a los procesos prioritarios asistenciales definidos en ése estándar.</li> <li>3. Registro de las cargas.</li> <li>4. Registro de los reportes de todos los controles.</li> <li>5. Registro de las validaciones y mantenimientos de los equipos.</li> <li>6. Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan en la institución.</li> <li>7. Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.</li> </ol>		X	
<b>Interdependencia</b>	No aplica.			