

**AUTOVERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS
CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA
ÚNICO DE HABILITACIÓN EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA DE
SOMER COOMEVA IPS LTDA Y BIOSIGNO IPS RIONEGRO**

**KARINA ANDREA MATEUS FLÓREZ MARÍA
FERNANDA ONOFRE SAAVEDRA**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALÚD PÚBLICA
MEDELLÍN
2012**

**AUTOVERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS
CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA
ÚNICO DE HABILITACIÓN EN EL ÁREA DE ODONTOLOGÍA DE
SOMER COOMEVA IPS LTDA Y BIOSIGNO IPS RIONEGRO**

**KARINA ANDREA MATEUS FLÓREZ MARÍA
FERNANDA ONOFRE SAAVEDRA**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

**ASESORA
DRA. ISABEL VÉLEZ ACOSTA**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALÚD PÚBLICA
MEDELLÍN
2012**

Nota de Aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Ciudad y Fecha (día, mes, año)

CONTENIDO

	Pág.
Introducción.....	9
1 Definición y delimitación del problema.....	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema	12
1.3 Justificación del problema	13
1.4 Objetivos.....	14
1.4.1 Objetivo general.....	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
2 Diseño referencial teórico	15
2.1 Bases legales	15
2.1.1 Sistema Único de Habilitación	17
2.1.2 Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	18
2.1.3 Sistema Único de Acreditación	18
2.1.4 Sistema de Información para la calidad	18
2.2 Bases teóricas	20
2.2.1 Componentes del SOGC de la atención en salud.....	20
2.2.2 Descripción de las IPS.....	29
3 Descripción de las variables	35
4 Diseño metodológico	37
4.1 Modelo, enfoque y tipo de investigación.....	37
4.2 Población y muestra	37
4.3 Unidad de análisis	38
4.4 Plan y estrategias de recolección de la información	38
4.5 Consideraciones éticas	40
4.6 Plan de análisis	40
5 Resultados	41
5.1 Somer Coomeva IPS Ltda.....	41
5.1.1 Análisis general.....	41
5.1.2 Análisis específico por estándar	42

5.1.3	Identificación de las posibles causas de los incumplimientos detectados.	47
5.2	Biosigno IPS Rionegro:	49
5.2.1	Análisis general:.....	49
5.2.2	Análisis específico por estándar	52
5.2.3	Identificación de las posibles causas de los incumplimientos detectados.	55
6	CONCLUSIONES	57
7	RECOMENDACIONES.....	59
	Bibliografía.....	61
	Anexos	63

GRÁFICOS, ILUSTRACIONES Y TABLAS

	Pág.
Gráfico 1	Porcentaje cumplimiento de criterios que aplican a los servicios de odontología habilitados por Somer Coomeva IPS Ltda. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02..... 42
Gráfico 2	Porcentaje de cumplimiento de los criterios que aplican a los servicios de odontología habilitados por Somer Coomeca IPS Ltda. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sedes 01 y 02..... 46
Gráfico 3	Porcentaje de cumplimiento de los criterios que aplican a los servicios de odontología habilitados por Biosigno IPS Rionegro. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en Biosigno Rionegro. 51
Gráfico 4	Porcentaje de cumplimiento de los criterios que aplican a los servicios de odontología habilitados por Biosigno Rionegro..... 54
Ilustración 1	Posible Incumplimiento Estándar 1 Recursos Humanos..... 47
Ilustración 2	Posible Incumplimiento Estándar 2 Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento..... 48
Ilustración 3	Posible Incumplimiento Estándar 3 Dotación - Mantenimiento..... 48
Ilustración 4	Posible Incumplimiento Estándar 5 Procesos Prioritarios Asistenciales..... 49
Ilustración 5	Resumen general de resultados. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados Biosigno Rionegro. 50
Ilustración 6	Posible Incumplimiento Estándar 1 Recursos Humanos 55
Ilustración 7	Posible Incumplimiento Estándar 1 Recursos Humanos55

Tabla 1	Estándares incluidos dentro de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en Salud. (6,17).....	35
Tabla 2	Formato para la verificación de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación (13)	38
Tabla 3	Resumen general de resultados. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02.	41
Tabla 4	Incumplimiento Estándar N°1 en Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02.....	43
Tabla 5	Incumplimiento Estándar N°2 en Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02.....	43
Tabla 6	Incumplimiento Estándar N°3 en Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02.....	44
Tabla 7	Incumplimiento Estándar N°5 en Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02.....	45
Tabla 8	Incumplimiento Estándar N°1. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados Biosigno Rionegro.	52

RESUMEN

Fundamentos: el Sistema Único de Habilitación es un componente obligatorio y estatal del Sistema de Garantía de Calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de Salud. Su propósito fundamental es la protección de los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de servicios de salud; controlando el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico-administrativa.

Objetivo: autoverificar en el área de odontología de *Somer Coomeva IPS Ltda.* y *Biosigno IPS Rionegro* el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en Salud definidas en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006 y en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 2680 de 2007.

Materiales y métodos: se seleccionaron dos IPS del Municipio de Rionegro Antioquia para evaluar en los servicios de odontología habilitados por los prestadores el cumplimiento de los estándares incluidos dentro de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación. Se realizó un análisis detallado de lo encontrado en cada uno de los estándares para calcular el porcentaje de cumplimiento en cada IPS.

Resultados: se observó que el porcentaje de cumplimiento en *Somer Coomeva IPS* fue del 92%, comparado con un 96% en *Biosigno IPS Rionegro*.

Conclusión: en estas IPS se presenta un alto nivel de cumplimiento de los estándares de habilitación que le brinda al paciente seguridad durante su atención.

SUMMARY

Basics: The Standards Certification System is a compulsory State component of the quality assurance system and the tool to authorize the entry and permanency of providers of health services in the health system. Its fundamental purpose is the protection of the users of the potential risks of the provision of health services; controlling the compliance with the basic conditions of scientific and technological capacity, property and financial sufficiency and administrative capacity.

Objective: Self verification in the area of dentistry for *Somer Coomeva IPS Ltda.* and *Biosigno IPS Rionegro* of the compliance with the scientific and technological conditions of the Standards Certification System defined in the annex technical No.

1 of the resolution 1043 in 2006 and in the technical annex No. 1 of 2007 resolution 2680.

Materials and methods: two IPS from the municipality of Rionegro Antioquia were selected to evaluate compliance of the dentistry services with standards of scientific and technological conditions covered by the Standards Certification System. A detailed analysis of the findings in each of the standards was conducted to calculate the percentage of compliance in each IPS.

Results: it was noted that the percentage of compliance in *Somer Coomeva IPS* was 92 per cent, compared with 96% in *Biosigno IPS Rionegro*.

Conclusion: these two IPS present a high level of compliance with the Standards Certification System that grants the safety of the patient during his attention.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia, se ha convertido en un tema generador de controversia y polémica, debido a que la gran cantidad de transformaciones que ha experimentado el sistema de salud del país en las últimas décadas, ha repercutido directa o indirectamente sobre la forma en que las instituciones están prestando los servicios, afectando no solamente el desempeño de los profesionales sino también a los usuarios quienes por lo general se muestran inconformes con el sistema de salud, pero al mismo tiempo se preocupan más por conocer del mismo, lo cual los vuelve cada vez más exigentes.

Por esta razón la calidad de la atención se ha vuelto el punto de interés de las entidades prestadoras de servicios de salud quienes han tomado conciencia sobre la necesidad de mejorar continuamente sus procesos y de esta forma minimizar los factores de riesgo que afectan la seguridad del paciente, afianzar la permanencia y fidelización de los usuarios en sus instituciones.

Para integrar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, toda institución prestadora de servicios debe cumplir unas condiciones mínimas indispensables, reglamentadas en la Resolución 1043 de 2006, que propenden por la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

En esta norma se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Adicionalmente, pretende estandarizar o unificar para todo el territorio nacional los criterios básicos de evaluación que garanticen una adecuada prestación de los servicios minimizando los riesgos, mejorando la calidad de vida de los usuarios y aumentando su satisfacción.

1 DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los servicios prestados por las instituciones de salud, una de las áreas a la que menor importancia se le presta es el área de odontología, posiblemente porque la atención que se ofrece en ésta pocas veces puede llegar a comprometer la vida del paciente.

Sin embargo, si se tiene en cuenta que el objetivo de las instituciones prestadoras de servicios de salud es brindar una atención **segura e integral** a los pacientes se le debe dar la misma importancia que al resto de las áreas. Para contrarrestar un poco esta diferencia y mejorar la calidad de la atención, el Ministerio de la Protección Social reglamenta el Sistema Único de Habilitación en Salud, el cual es un *“componente obligatorio y estatal del Sistema de Garantía de Calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud. Su propósito fundamental es la protección de los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de dichos servicios.”*⁽¹⁾ *“Fue definido normativamente como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales 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 -EAPB-.”*⁽²⁾ Tít. III, Cap. I, Art. 6)

En los últimos años el oriente Antioqueño se ha convertido no solamente en un sitio de interés turístico del país, sino también en un punto de gran crecimiento económico, cultural y demográfico en donde convergen diferentes Municipios como lo son La Ceja, El Carmen de Viboral, El retiro, Guarne, Marinilla El Santuario y Rionegro entre otros. Pero tal vez el lugar más apetecido para vivir en la actualidad, por los habitantes de diferentes regiones de Antioquia, es el Municipio de Rionegro; esto se ve reflejado en la masiva migración de población de diferentes zonas del departamento, incluyendo a Medellín, a un área que parecía pasar inadvertida para muchos, tiempo atrás.

“Rionegro ha sobresalido en la región, porque está ubicado en un sitio estratégico, que le permite estar de cerca del Valle de Aburrá, subregión que aporta el 69,8 % del valor agregado departamental, lo que le ha dado la posibilidad de apalancar varios procesos socioeconómicos, además de permitirle el crecimiento territorial, demográfico y laboral.”⁽³⁾ *“Así mismo, por poseer una excelente dotación a nivel de*

infraestructura física, vial, turística, cultural y educativa, le ha permitido pasar de ser una región con actividad netamente agro-artesanal a ser agroindustrial, lo cual la ha convertido en un territorio supremamente atractivo para gente de todos los estratos sociales del departamento de Antioquia. Por esta razón es también el epicentro de todos los municipios del oriente antioqueño y de la misma manera, en muchos casos el receptor de familias en situación de desplazamiento, lo que ha generado también un factor de riesgo para la salud y las realidades sociales.”(3)

“Como consecuencia de este acelerado desarrollo económico, social, poblacional y cultural de la región, el área de la salud no ha estado exenta a los cambios; El perfil epidemiológico del municipio muestra múltiples problemas persistentes de salud pública que podrían intervenir con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones de vigilancia y control de factores de riesgo, y acciones sobre la situación de aseguramiento de los pobladores y su red de prestación de servicios.”(4)

“En Colombia los problemas de salud bucal continúan siendo una de las primeras causas de consulta en todos los grupos de edad, a pesar de los grandes esfuerzos que ha desarrollado el estado desde el año 1996 al formular el primer Plan Nacional de Salud Bucal y el segundo en el año 2006. El municipio de Rionegro no es ajeno a esta realidad, esto se ve reflejado en el último perfil de morbilidad del municipio donde la patologías de salud bucal como la Caries Dental ocupa el octavo lugar entre las principales diez causas de consulta externa.”(5)

En esta región se encuentran localizadas las principales instituciones prestadoras de servicios de salud donde frecuentemente asisten a consulta odontológica los habitantes de todos los Municipios del oriente antioqueño y a las cuales son remitidos pacientes que requieren atención de mayor complejidad. Es de gran importancia garantizar que estos prestadores de servicios de salud cumplan con las condiciones exigidas en el Sistema Único de Habilitación con el fin de ofrecer una atención segura a los usuarios, previniendo y/o minimizando los riesgos asociados a la prestación del servicio, y responder satisfactoriamente a las necesidades de salud oral identificadas en la población.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Será que los servicios de odontología que se ofrecen en Somer Coomeva IPS Ltda. y Biosigno IPS Rionegro cumplen con las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en Salud, definidas en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006 y en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 2680 de 2007 por el cual se modifica el anterior?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En los últimos años se ha presentado un acelerado desarrollo cultural, económico, social y poblacional en la región del oriente antioqueño lo cual ha generado mayor exigencia en la prestación de servicios por parte de las instituciones y de la misma manera un gran compromiso con el cumplimiento de la normatividad vigente, que rige su funcionamiento, con el fin de dar respuesta satisfactoria a las necesidades de salud de sus habitantes.

Uno de los componentes normativos que regula la calidad de la atención en salud en Colombia es el *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC)* y como se mencionó anteriormente el Sistema Único de Habilitación hace parte integral de éste, definiendo una serie de requisitos mínimos esenciales que los prestadores de servicios de salud tienen la obligación de cumplir, porque así lo exige el legislador. Sin embargo, este incentivo legal no debe ser la única razón que motive la actuación de las instituciones, éstas deben tener plena conciencia y la firme convicción de que el desconocimiento y el incumplimiento de dichos requisitos representa un alto riesgo para la seguridad de paciente, su familia y para los mismos colaboradores.

Desafortunadamente En algunas ocasiones se observa que las instituciones prestadoras de servicios de salud por lograr estabilidad financiera y enfocarse exclusivamente en alcanzar la mayor rentabilidad económica posible, descuidan la calidad de la atención ofrecida a los usuarios, lo cual se ve reflejado en la reducción del tiempo de su atención, la disminución del número de horas laborales del personal asistencial y la deficiente calidad de los insumos entre otras situaciones, que no sólo ponen en riesgo la seguridad del paciente generando repercusiones de tipo ético, legal y económico, sino que también inciden de manera negativa en su satisfacción y fidelización con la institución. Prueba de ello es la creciente cantidad de quejas, demandas y tutelas que se presentan a diario en contra de diferentes instituciones involucrando principalmente el área de medicina, aunque últimamente se ha observado un incremento significativo en el área de odontología.

Teniendo en cuenta que el usuario requiere una atención integral y de calidad en todos los servicios de cualquier institución a la cual decida acudir, no se debe dejar de lado un área que puede llegar a afectar considerablemente su calidad de vida y su salud, sino se previene la ocurrencia de eventos adversos tales como la transmisión de infecciones a través del instrumental odontológico utilizado, debido a fallas en el proceso de esterilización; el deterioro del estado de salud del paciente por la complicación de patologías de base como consecuencia de la falta de pericia del profesional, por la utilización de insumos de mala calidad o medicamentos vencidos entre otros. Todas estas situaciones pueden ser claramente evitadas mediante el cumplimiento de los estándares de habilitación en odontología.

Dado que el Sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no sólo establecer las condiciones mínimas de estructura, sino poder entender cómo éstas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención. Por esta razón, el Anexo Técnico No 2 de la Resolución 1043 de 2006 desarrolla un capítulo donde lista una serie de indicadores de seguimiento a riesgo. Dichos indicadores deben servir de herramienta objetiva de vigilancia y control de las condiciones de seguridad en cada uno de los servicios y deben ser punto de partida para el mejoramiento.(6)

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Autoverificar en el área de odontología de Somer Coomeva IPS Ltda. y Biosigno IPS Rionegro el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en Salud, definidas en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006 y en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 2680 de 2007.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1.4.2.1 Evaluar el grado de cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en el área de odontología de Somer Coomeva IPS Ltda. y Biosigno IPS Rionegro.
- 1.4.2.2 Identificar cuales estándares de capacidad tecnológica y científica no se están cumpliendo en el área de odontología de Somer Coomeva IPS Ltda. y Biosigno IPS Rionegro.
- 1.4.2.3 Determinar las posibles causas de los incumplimientos de los estándares de capacidad tecnológica y científica que pudieran llegar a identificarse en el área de odontología de Somer Coomeva IPS Ltda. y Biosigno IPS Rionegro.

2 DISEÑO REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BASES LEGALES

“En 1991, con la aprobación de la nueva **Constitución Política**, se establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el *Sistema Nacional de Salud*, vigente desde 1975. La **Ley 100 de 1993**, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, establece en su artículo 186 *“El Gobierno Nacional Propiciará la conformación de un Sistema de Acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento.”* Su artículo 227 reza *“Es facultad del gobierno nacional expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.”*(7)

Una vez promulgada la Ley 100, comienza el desarrollo normativo de una serie de contenidos que metodológicamente representan algo para el sistema. Si bien existen algunas referencias legales que tenían que ver con calidad, como el **Decreto 1917 de 1994**(7), formalmente el SOGC solo apareció hasta el año 1996, a través del **Decreto 2174 de 1996** cuyo campo de aplicación cobija a todos los actores que integran el SGSSS. *“Esta norma define la atención en salud, refiriéndose tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de recursos como a los de prestación de servicios de salud. Adicionalmente establece que las características principales de la calidad de la atención en salud, son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica, la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.”*(7)

El *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad*, es definido por este decreto como el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del SGSSS para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Ese SOGC define competencias para el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), las Entidades promotoras de salud (EPS) y las entidades que se le asimilen, los prestadores de servicios de salud y los usuarios. Dentro de estas competencias se plantea que para las EPS y las que se les asimilen, el SOGC debe contener como

mínimo la verificación permanente del cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud del Sistema Único de Habilitación; la evaluación y mejoramiento de la red de servicios y del Sistema de Referencia y Contrareferencia; los procesos de auditoría médica; el desarrollo de un subsistema de información; la definición de mecanismos para garantizar la oportunidad en el pago a los prestadores de servicios de salud. Por su parte, el SOGC en los prestadores de servicios de salud debe incluir el cumplimiento del Sistema Único de Habilitación, de manera periódica(cada dos años) y de carácter obligatorio para la prestación de servicios de salud; el diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad; el desarrollo de un sistema de información; los procesos de auditoría médica y el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.(7)

La **Ley 715 de 2001**(8)en su artículo 42 que hace referencia a las Competencias en salud por parte de la Nación, establece en el numeral 42.10 *“Definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del SGSS.”*

El 15 de octubre de 2002 se expide el **Decreto 2309**por el cual se define el SOGC de la Atención de Salud del SGSSS y se deroga el Decreto 2174 de 1996; en él se establece lo siguiente:

“Las disposiciones del presente Decreto se aplican a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.”

“El SOGC de la Atención de Salud del SGSSS es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.”

“La Calidad de la Atención en Salud se entiende como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.”

“Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGC de la Atención de Salud del SGSSS, debe tener las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, y continuidad.”

“El SOGC de la Atención de Salud del SGSSS tiene como componentes: El Sistema Único de Habilitación, La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.”(9 Art. 4)

El 3 de abril de 2006 se promulga el **Decreto 1011 de 2006** el cual deroga al Decreto 2309 de 2001 sin cambiar radicalmente la estructura del SOGC, ya que mantiene intactos sus componentes y la gran mayoría de sus herramientas y métodos, sin embargo cambia la estructura de redacción para mejorar su comprensión y se aumenta el nivel de exigencia, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

Cada uno de sus componentes cuenta con su propia reglamentación la cual ha sufrido transformaciones desde la fecha de su expedición, así:

2.1.1 Sistema Único de Habilitación

En la **Resolución 1043 de 2006**(9)se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Se adoptan como estándares de habilitación los contenidos en el *Manual Único de Estándares y Verificación* el cual se encuentra en el Anexo Técnico No.1 de la presente Resolución; y como guía de procedimientos de habilitación el *Manual Único de Procedimientos de Habilitación* que se encuentra en el Anexo Técnico No.2º de la presente Resolución.

Posteriormente la **Resolución 2680 de 2007**modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006, incluyendo sus dos Anexos Técnicos, y se dictan otras disposiciones.

El 18 de octubre de 2007 a través de la **Resolución 3763** se modifican parcialmente las resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

El 31 de mayo de 2010 a través de la **Resolución 1998** se definen lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud. Se fija un plazo de sesenta (60) días hábiles a partir de su vencimiento para renovarla y ésta tendrá vigencia de un (1) año.

El 06 de Agosto de 2010 a través de la **Resolución 3061** se modifica el artículo 1 de la Resolución 1998 de 2010, estableciendo que los prestadores de servicios de salud deben renovar la habilitación dentro de los ciento ochenta (180) días hábiles siguientes al vencimiento de la misma.

Finalmente, el 20 de junio de 2011 a través de la **Resolución 2242** se amplía la vigencia de la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud a dos (2) años.

2.1.2 Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

En el año 2007 el Ministerio de la Protección Social expide las **Pautas de Auditoria** para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y las **Guías Básicas para la Implementación de las Pautas** de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

2.1.3 Sistema Único de Acreditación

El 8 de mayo de 2006 a través de la **Resolución 1445 de 2006**⁽¹⁰⁾ se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Su Anexo Técnico No.1 hace referencia al *Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación* y en su Anexo Técnico No.2 se encuentran descritos los *Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la Acreditación en Salud*.

El 17 de octubre de 2008 a través de la **Resolución 3960**⁽¹¹⁾ se modifica parcialmente la resolución 1445 de 2006 y los Anexos Técnicos. Se adiciona el *Manual de Estándares de Acreditación* dirigido a las Direcciones Territoriales de Salud.

2.1.4 Sistema de Información para la calidad

El 08 de mayo de 2006 a través de la **Resolución 1446** se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Estos indicadores de monitoreo, deben ser reportados en forma semestral a la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a las especificaciones establecidas en la Circular Única 047 de 2007⁽¹²⁾, y sus modificaciones, expedida por dicha entidad.

El 19 de enero de 2011 a través de la ley 1438 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones; se implementa un plan nacional de mejoramiento de la calidad, con miras hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Contiene como mínimo:

1. La consolidación del componente de habilitación exigible a Direcciones Territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a Entidades Promotoras de Salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo

- el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud.
2. El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, Entidades Promotoras de Salud y direcciones territoriales de salud.
 3. El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores de desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. El Ministerio de la Protección Social debe establecer indicadores de salud con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores.

Algunas de las disposiciones que se dictan, en esta materia, son:

- Las IPS públicas deben realizar audiencias públicas mínimo una vez al año para involucrar a los ciudadanos en la formulación, ejecución, control y evaluación de su gestión.
- Las IPS privadas deben publicar anualmente por internet sus indicadores de calidad y gestión.
- La Superintendencia Nacional de Salud debe presentar un informe del estado actual de las EPS para conocer el cumplimiento de giros a prestadores, recaudo y cumplimiento del plan de beneficios.
- El Ministerio de la Protección Social (MPS) debe desarrollar un Sistema de evaluación y calificación de las instituciones de salud que permita conocer: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera y administración y flujo de recursos.
- El MPS es el responsable de la articulación y administración de la información.
- Las EPS e IPS anualmente deben informar a la Superintendencia Nacional de Salud el estado de salud de los menores de edad afiliados.
- Quienes no cumplan con el reporte oportuno y con la calidad mínima de la información para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la suspensión de giros, la revocatoria de la certificación de habilitación.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Componentes del SOGC de la atención en salud

2.2.1.1 Sistema Único de Habilitación

Tiene como objetivo definir unas condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa que son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las EAPB para la entrada y permanencia al sistema.

Para el caso de los prestadores de servicios de salud se definen las tres condiciones mencionadas en el párrafo anterior:

1. Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera.

“Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.”(9 Art. 1)

El Ministerio de la Protección Social establece los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estos requisitos se encuentran definidos en el Anexo Técnico No 2 de la Resolución 1043 de 2006.(6)

2. Condiciones de Capacidad Técnico Administrativa.

“Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:”(9 Art. 1)

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

3. Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica:

“Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud son los estándares de

habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, pueden someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias debe contar con la aprobación previa de este Ministerio. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo están obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.”(13)

“Los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica son estándares principalmente de estructura. Éstos permiten la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud. Abarcan la organización que preste directamente uno o más servicios de salud; ello implica, que los estándares de habilitación no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud, independientemente de que lo haga de manera propia o contratada. Los estándares están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud, en los cuales el riesgo potencial supere los beneficios esperados.”(6)

“Los estándares son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios que ofrece en las siguientes áreas temáticas:”(6)

1. **Recursos humanos:** Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención”.
2. **Infraestructura-Instalaciones Físicas y su mantenimiento:** Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
3. **Dotación y su mantenimiento:** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.
4. **Medicamentos:** Dispositivos médicos y su gestión. Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos (nombre del producto, número de lote o serie, fecha de vencimiento cuando sea el caso, número de registro sanitario, fabricante y/o importador con domicilio, leyendas especiales tales como estéril usar solo una vez).

5. **Procesos prioritarios asistenciales:** Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbilidad del país.
6. **Historia Clínica y registros clínicos:** Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo.
7. **Interdependencia de servicios:** Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
8. **Referencia de pacientes:** Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbilidad.
9. **Seguimiento a riesgos:** Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan.

Con el fin de garantizar la aplicación uniforme y la confiabilidad de la verificación de las condiciones de habilitación en todo el país, se estandariza el macroproceso para su implementación (6), el cual se compone a su vez de otros procesos.

4. Macroproceso de habilitación

La implementación del sistema de habilitación, es el macroproceso en el cual, interactúan las Entidades Territoriales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, con el propósito de que se cumplan los estándares en todo el país. Se inicia con la expedición de la norma por parte del Ministerio de la Protección Social y termina cuando se haya verificado el cumplimiento de los estándares, o cuando se modifiquen. Los principales procesos que lo constituyen son:

- **Proceso de autoevaluación y declaración**

“Orientado a autorizar el ingreso de los prestadores de servicios de salud en el sistema, y crear y mantener una base de datos actualizada de la oferta de servicios de salud en el país. Implica la evaluación por parte del prestador de servicios de salud en el interior de su institución, de todos los estándares que le sean aplicables según los servicios que preste, y en caso de incumplimiento de alguna de las condiciones, la realización de las acciones necesarias para cumplirlos, o en caso contrario, la autorestricción en la prestación de servicios.”(1 pg. 4)

- **Proceso de registro**

Cuando se cumplen todas las condiciones, el proceso continúa con el diligenciamiento del respectivo formulario de inscripción en el registro de prestadores, sea un profesional independiente o una IPS, y su presentación y radicación en la Dirección Departamental o Distrital de Salud del departamento o distrito en el cual tenga sede la institución”.

“Con base en la inscripción de las instituciones, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, conforman las bases de datos de la oferta oficial de servicios de salud de su jurisdicción y la remiten al Ministerio de la Protección Social, donde se consolida la oferta nacional.”(1 pg. 4)

- **Proceso de Verificación**

“Se inicia con la identificación, por diferentes medios, de los prestadores de su jurisdicción, para realizar un censo inicial y el cruce de este listado con las bases de datos del registro especial, para identificar los prestadores que ofrezcan los servicios sin la debida autorización.”(1 págs. 4-5)

“Las Entidades Departamentales y Distritales conforman los equipos de verificación, de acuerdo con la oferta de prestadores identificada y diseñan un plan de visitas orientado a la verificación del total de prestadores de su jurisdicción, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación. La ejecución del plan obliga a la verificación de todas las condiciones de habilitación en la sede de los prestadores de servicios de salud.”(1 pg. 5)

- **Proceso de Conductas**

“La verificación implica el concepto de ratificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación por la autoridad de salud, o por el contrario, la identificación de estándares no cumplidos y la adopción de sanciones, que incluyen el cierre de servicios y, o, instituciones, y sanciones pecuniarias.”(1 pg. 5)

2.2.1.2 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se define como el “mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.”(2 Tít. I, Art. 2)

Los procesos de auditoría son obligatorios para las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)(2 Tít. IV, Art. 32)

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:(2 Tít. IV Art. 32)

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

“En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique opera en los siguientes niveles:”(2 Tít. IV, Art 33)

- **Autocontrol:** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- **Auditoría Interna:** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.
- **Auditoría Externa:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Todo este modelo se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:(2 Tít. IV, Art. 35)

- **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

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

Las IPS deben establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:(2 Tít. IV, Art. 37)

- **Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establece prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3 del Decreto 1011 de 2006.
- **Atención al Usuario.** La entidad evalúa sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Por otro lado, las EAPB y las DTS, estas últimas en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, deben establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que incluya como mínimo, los siguientes procesos:(2 Tít. IV, Art. 36)

- **Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.** La entidad debe evaluar sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contra referencia, debe garantizar que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3° del Decreto 1011 de 2006 (accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad).
- **Atención al Usuario.** La entidad debe evaluar sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Para establecer y desarrollar el modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, las instituciones pueden utilizar como guía la

“Ruta Crítica” propuesta por el MPS, la cual se compone de nueve (9) etapas, así:(14)

- **Autoevaluación:** Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización, o los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento. Debe ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación.
- **Selección de procesos a mejorar:** Es la generación de un listado de procesos, como resultado de la autoevaluación y que son factibles de intervenir por parte de la organización. Debe contener como mínimo los procesos establecidos en el Decreto 1011 de 2006 según el tipo de entidad. (2 Arts. 36 - 38)
- **Priorización de Procesos.** Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución: impacto en el usuario, en el cliente interno y/o en la imagen de la organización.
- **Definición de la calidad esperada.** Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr para cada uno de los procesos priorizados.

Medición inicial del desempeño de los procesos. En este paso de la ruta crítica, se debe establecer un mecanismo que permita a la institución la medición del desempeño actual de los procesos de la institución, de tal manera que se pueda identificar la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada; para ello se aplican procedimientos de Auditoría para evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado.

Formulación del Plan de acción para procesos seleccionados: para la formulación del plan de mejoramiento se debe identificar y definir las causas de las fallas evidenciadas definiendo las acciones que hay que realizar como parte de la intervención para el mejoramiento: Qué, cómo, cuándo, dónde y quien va a desarrollarlas, además describir por que deben realizarse estas actividades y como ejecutarlas para garantizar su cumplimiento. Se deben plantear indicadores para evaluar posteriormente los resultados y realizar seguimiento regular.

Ejecución del plan de acción: Una vez elaborado el plan de acción se debe iniciar la ejecución de actividades contenidas en éste.

Evaluación del mejoramiento: Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas por parte del líder o del equipo de auditoría y el seguimiento con comités (cuando aplique) a la implementación de las mejoras.

Aprendizaje organizacional: Comprende la retroalimentación al interior de la organización de la experiencia, la socialización de los avances, la capacitación orientada a contribuir en la cimentación e interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto, la estandarización de los procesos. Lo que se pretende entonces es, garantizar la atención en salud de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a través del mejoramiento continuo y fortalecimiento institucional.

En cuanto a las recomendaciones de conductas a seguir en caso de que una institución no cumpla con PAMEC según el Anexo Técnico No 2 de la Resolución 10 43 de 2006 se cita lo siguiente: *“El incumplimiento del PAMEC no será motivo único para el cierre total o parcial de la institución o servicios pero si genera sanción”*. (6)

2.2.1.3 Sistema Único de Acreditación en salud

Se define como “el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y las DTS que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. Todo Prestador de Servicios y EAPB debe contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.” (2 Tít. V, Art. 41)

“La Entidad Acreditadora debe aplicar los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deben revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años”. (2 Tít. V, Art. 44)

Estos manuales se encuentran reglamentados en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1445 de 2006, y son:(10)

- Manual de estándares de acreditación para las EAPB
- Manual de estándares de acreditación para las IPS Hospitalarias y Ambulatorias.
- Manual de estándares de acreditación para las IPS Ambulatorias.
- Manual de estándares de acreditación para los laboratorios clínicos
- Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de imagenología.

- Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación.

Adicional, se encuentra el Manual de Estándares de Acreditación para las Direcciones Territoriales de Reglamentado en la Resolución 3960 de 2008

Dentro del proceso de acreditación confluyen los siguientes ciclos operacionales:

- **Ciclo de preparación para la Acreditación (o ciclo de autoevaluación y mejoramiento)**

El ciclo de preparación se inicia con la decisión de la alta dirección de la institución de desarrollar el proceso de análisis de los diferentes grupos de estándares e incluye la comparación de la realidad institucional con dichos estándares, la definición de brechas de cumplimiento, el desarrollo de acciones de mejoramiento y la realización de autoevaluaciones formales. El ciclo de preparación también incluye la autoevaluación del cumplimiento de los requisitos de presentación.

Este ciclo termina con la generación de un informe de autoevaluación que contenga la calificación de los estándares de acreditación y de la gestión del mejoramiento, la cual incluye el análisis comparativo cuando se haya desarrollado más de una autoevaluación.”(11 Art. 2)

De acuerdo con la Resolución 2181 de 2008(15 Art. 2), este ciclo es obligatorio para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público, y su implementación exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados.

- **Ruta Crítica (o ciclo de aplicación):**

Inicia con la solicitud formal ante el ente acreditador una vez su autoevaluación indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permite estimar una probabilidad razonable de *“pasar la evaluación por parte del ente acreditador y que cumple con los prerrequisitos para aplicar formalmente. Tiene una vigencia de cuatro (4) años contados a partir de la notificación de la decisión de acreditación a la institución.”*(11 Art. 2)

2.2.1.4 Sistema de información para la Calidad

Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social. El Sistema de Información para la Calidad pretende estimular la competencia por calidad entre

los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.”(2 Tít. VI, Art. 45)

El Sistema de Información para la Calidad opera en los siguientes niveles:(16 Art. 2)

- **Nivel de Monitoria del Sistema.** Los indicadores trazadores y sus fichas técnicas están contenidas en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1446 de 2006, los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 1º del Decreto 1011 de 2006 y sirven para la monitoria de la calidad de la atención en salud en todo el territorio nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del SOGC de la Atención en Salud
- **Nivel de Monitoria Externa.** Entre los diversos actores del SOGC de la Atención en Salud, se pueden proponer y utilizar indicadores de calidad adicionales a los que hace referencia la Resolución 1446 de 2006, con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la calidad contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 del 2006
- **Nivel de Monitoria Interna.** Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del SOGC de la Atención en Salud.

Es obligatorio hacer la monitoria de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos los cuales serán definidos voluntariamente por la institución.

2.2.2 Descripción de las IPS

2.2.2.1 Somer IPS Ltda.

Es una institución prestadora de servicios de salud ubicada en Rionegro-Antioquia, que cuenta con tres sedes en este Municipio, dos de ellas ubicadas en la *Clínica Somer*, así la sede 01 ofrece servicios de Odontología y Medicina General para tratamiento POS y la sede 02, *Odontosomer*, se presta servicios no POS de Odontología. La sede 03 está localizada en el Centro Comercial Córdoba y en ella se prestan servicios de Medicina Especializada, Psicología entre otros, y adicionalmente se ubica el área administrativa.

La plataforma estratégica planteada por la institución es:

Misión: *“Somos una institución prestadora de servicios de salud, de nivel básico de atención, que con calidad humana, científica y tecnológica, busca mantener poblaciones saludables, agregando valor a sus usuarios, colaboradores y socios.”*

Visión: *“SOMER COOMEVA IPS será una institución auto sostenible líder en la prestación de servicios de salud con calidad y atención humanizada que busca satisfacer las necesidades e impactar el estado de salud de sus usuarios.”*

Política de calidad: *“Garantizarle a nuestros usuarios servicios oportunos, seguros y pertinentes para obtener la satisfacción de sus necesidades y expectativas; cumplir con los requisitos legales y las directrices de los socios y con un grupo humano, competente y motivado, promover la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad.”*

Los servicios que se encuentran habilitados en cada una de las sedes son:

- **Sede 01: Clínica Somer: Consulta externa:**

- 311 Endodoncia
- 313 Estomatología
- 328 Medicina General
- 334 Odontología General
- 356 Otras Consultas de Especialidad (Cirugía Maxilofacial)
- 359 Consulta Prioritaria
- 396 Odontopediatría

- **Promoción y Prevención:**

- 902 Atención preventiva en salud oral Higiene Oral.

- **Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica:**

- 724 Toma e interpretación Radiología Odontológica.

Sede 02: Clínica Somer:

- **Consulta externa:**

- 311 Endodoncia
- 313 Estomatología
- 338 Ortodoncia
- 343 Periodoncia
- 356 Otras Consultas de Especialidad (Cirugía Maxilofacial)
- 396 Odontopediatría
- 724 Toma e interpretación Radiología Odontológica

Sede 03 Centro Comercial Córdoba:

- **Consulta Externa.**

320 Ginecobstetricia
329 Medicina Interna
333 Nutrición y Dietética
342 Pediatría
344 Psicología.

- **Promoción y Prevención:**

901 Vacunación,
902 Atención preventiva salud oral Higiene oral
904 Planificación familiar
905 Promoción en salud

- **Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica:**

716 Toma de muestras citologías Cervico-uterinas.

El área de odontología cuenta con un total de ocho (8) unidades en la Sede Somer, dividida en dos zonas, una específica para tratamientos POS, Sede 01 (5 unidades) y otra para tratamientos particulares, Sede 02 (3 unidades).

En la IPS laboran ocho (8) odontólogos generales, tres (3) higienistas, cinco (5) auxiliares, vinculados a la institución con contrato laboral a término indefinido. Dos endodoncistas, dos cirujanos maxilofaciales, un estomatólogo oral, dos odontopediatras, dos ortodoncistas y un periodoncista, para un total de diez (10) especialistas, los cuales se encuentran con contrato por prestación de servicios.

La población objeto son usuarios afiliados a la EPS Coomeva, pacientes particulares y se tiene actualmente un convenio con la Base Aérea Arturo Lema Posada de la FAC para atender usuarios suyos en las diferentes especialidades.

2.2.2.2 Biosigno IPS

Es una institución prestadora de servicios de salud perteneciente a la EPS Comfenalco Antioquia.

La plataforma estratégica planteada por la institución es:

Misión: “Creamos oportunidades de bienestar y desarrollo para los trabajadores, sus familias, las empresas y la comunidad, a través de servicios de valor, diferenciados e integrales, en los Sistemas de Compensación Familiar, Seguridad y Protección Social, proporcionados con calidez, cercanía y sencillez”.

Visión: “En el 2015 seremos reconocidos como el aliado más competente para acompañar la realización de los proyectos de vida de las personas, el desarrollo familiar, empresarial y comunitario”.

Política de calidad: “Nuestra Política de Calidad se fundamenta en satisfacer oportunamente a los usuarios con servicios integrales de alto impacto social que permiten mejorar su calidad de vida, apoyados en un talento humano motivado, competente y comprometido con el cumplimiento de los requisitos y el mejoramiento continuo de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad, lo que garantiza presencia e imagen institucional en la región”.

Los servicios que se encuentran habilitados son:

- **Consulta Externa.**

- 320 Ginecobstetricia
- 329 Medicina Interna
- 333 Nutrición y Dietética
- 334 Odontología general
- 396 Odontopediatría
- 311 Endodoncia
- 335 Oftalmología
- 337 Optometría
- 339 Ortopedia y Traumatología
- 342 Pediatría
- 344 Psicología
- 345 Urología
- 359 Consulta prioritaria

- **Promoción y Prevención:**

- 901 Vacunación
 - 902 Atención preventiva salud oral Higiene oral
 - 904 Planificación familiar
 - 905 Promoción en salud

- **Urgencias**

- 501 Servicio de Urgencias

- **Apoyo Diagnóstico y complementación terapéutica:**

- 705 Hemodinamia
 - 706 Laboratorio Clínico
 - 712 Toma de muestras laboratorio clínico
 - 714 Servicio Farmacéutico
 - 716 Toma de muestras citologías Cervico uterinas
 - 721 Esterilización
 - 724 Toma e interpretación de radiología odontológica

Entre las metas a corto plazo del servicio de odontología se encuentra la implementación de servicios particulares no cubiertos por el POS como son procedimientos estéticos y de rehabilitación oral entre otros, actualmente sólo se realizan restauraciones posteriores en resina particularmente o cambio de restauraciones en amalgama por resina por solicitud del paciente y se otorgan unos incentivos económicos a los profesionales que cumplan con la meta propuesta en las ventas.

El servicio de odontología cuenta con amplias instalaciones con tres (3) unidades odontológicas ubicadas en cubículos independientes y el personal que allí labora está conformado por tres (3) odontólogos generales, tres (3) odontólogos especialistas que asisten una vez al mes a la IPS, tres (3) auxiliares de odontología y dos (2) higienistas orales.

El tipo de contrato para todo el personal de la IPS es un contrato laboral a término indefinido

En la actualidad la IPS atiende a usuarios de EPS Comfenalco incluyendo a los usuarios PAC (Plan de Atención Complementaria) y atiende usuarios de Nueva EPS de Rionegro principalmente pero también de Municipios aledaños como lo son La Ceja, Guarne, San Vicente, El Santuario, Marinilla, Carmen de Viboral y El Retiro entre otros.

3 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables que se evalúan son variables de tipo cualitativo nominal, debido a que su valoración se realiza con la medición de determinados atributos que no pueden ser sometidos a un criterio de orden.

Las variables a evaluar en la IPS Somer Coomeva, Sede 01 y 02 y Biosigno IPS Rionegro son los 9 estándares incluidos dentro de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en Salud, definidos en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006 y el Anexo Técnico No 1 de la Resolución 2680 de 2007.

A continuación se presentan en la Tabla No 1

Estándar	Definición Resolución 1043 Anexo Técnico N° 1
1. Recursos humanos	El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio
2. Infraestructura – instalaciones físicas – mantenimiento	Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.
3. Dotación – mantenimiento	Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador
4. Medicamentos y dispositivos médicos – gestión de medicamentos y dispositivos	Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
5. Procesos prioritarios asistenciales	Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Tabla 1 Estándares incluidos dentro de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en Salud. (6,17)

Estándar	Definición Resolución 1043 Anexo Técnico N° 1
6. Historia clínica y registros asistenciales	Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).
7. Interdependencia de servicios - NO APLICA	Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.
8. Referencia y Contrareferencia de pacientes	Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.
9. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios	Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 MODELO, ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional descriptivo debido a que no se manipula ninguna variable y se limita únicamente a realizar una verificación de estándares de habilitación de Capacidad Tecnológica y Científica definidos en la Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico No 1 y en la Resolución 2680 de 2007 Anexo Técnico No 1.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se toma como universo a las dieciséis (16) IPS, clínicas y Hospitales ubicadas en el Municipio de Rionegro Antioquia que se encuentran incluidas en el último censo de la secretaría de salud del municipio de Rionegro realizado en el año 2010 y que tienen habilitado como mínimo un servicio de odontología. Ellas son:

Públicas:

ESE Hospital San Juan de Dios de Rionegro

ESE Hospital Gilberto Mejía Mejía

Privadas:

Centro de terapias alternativas José Celestino mutis

Odontovida

Saludcoop Rionegro

Comando aéreo de combate número 5

Clínica odontológica MG Salud SA

Somer Coomeva IPS

IPS Sura Rionegro

Clínica médico odontológica PROMTA sede Rionegro

Biosigno IPS Rionegro

Inversiones Dama Salud sede Rionegro

Dentiplan de Colombia Rionegro

Unidad estomatológica Las Vegas

Patrocla S.A. Oral Center

Odontólogos especialistas

A partir de las IPS anteriormente citadas se seleccionan dos (2) de ellas para ser objeto de estudio, teniendo en cuenta la facilidad para acceder a realizar la auto verificación de los estándares de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación. En virtud de lo anteriormente descrito se puede concluir que el cálculo de la muestra, así como la selección de las IPS obedece a una metodología no probabilística por conveniencia.

4.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis en cada una de las dos (2) IPS seleccionadas corresponde a los servicios de odontología habilitados en Somer Coomeva IPS Ltda. -Sede 01, 02- y en Biosigno IPS Rionegro, enunciados anteriormente en los numerales 2.2.2.1 y 2.2.2.2 respectivamente.

4.4 PLAN Y ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se diseña un plan de visitas orientado a la verificación de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación en el área de odontología, de las dos IPS seleccionadas para el estudio.

La información se obtiene a partir de la observación, inspección, revisión documental, muestreo y entrevista a colaboradores.

La verificación de los estándares de Condiciones Tecnológicas y Científicas se realiza tal y como lo define la Resolución 1043 de 2006, es decir utilizando el Manual Único de Estándares y de Verificación contemplado en el Anexo Técnico No 1 de la Resolución en mención y de la Resolución 2680 de 2007. Dicho manual se encuentra parametrizado y permite realizar una evaluación objetiva y homogénea; por lo tanto no es necesario realizar una prueba piloto.

A continuación se presenta el Formato para la verificación de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación.

Estándar							
Cód.	Servicio	Criterio	C	NC	NA	Observación	Modo Verificación

Tabla 2 Formato para la verificación de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación (13)

- **Estándar:** Formula el estándar de obligatorio cumplimiento. Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios que ofrece en diferentes áreas temáticas.

- **Cod:** corresponde a la numeración o código que identifica cada uno de los estándares.
- **Servicios:** Especifica la aplicación del estándar en los diferentes servicios de salud.

Servicio de odontología. 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.

- **Criterio:** Establece el detalle del estándar para su interpretación. **.C** = Cumple; **NC** = No Cumple y **NA** = No Aplica.

Además de la evaluación de los criterios específicos del servicio de odontología se tomaran aquellos que son aplicables a todos los servicios.

- La columna de **Observaciones** se puede utilizar para anotar los posibles detalles que se deseen agregar en relación con los criterios evaluados.
- **Modo de Verificación:** Explica de manera explícita como se debe llevar a cabo la verificación de acuerdo a lo especificado en cada criterio.

Para la autoverificación de todos los servicios de odontología se utiliza un único formato. Al momento de la auto verificación en cada IPS se procede a evaluar en cada estándar la totalidad de los criterios genéricos que aplican a todos los servicios y los específicos para los servicios de odontología que se tienen habilitados. Siempre se realiza en compañía del personal seleccionado por la institución y se entrevista a la persona involucrada en el proceso.

Una vez obtenida toda la información se procede a realizar el procesamiento y análisis de los datos para obtener resultados, conclusiones y dar recomendaciones.

Para evitar cualquier error y sesgo durante la realización de la auto verificación de estándares de capacidad tecnológica y científica del sistema único de habilitación, como se dijo anteriormente, primero se procede a consultar todas las normas que rigen este proceso (Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución 1446, y demás normatividad específica por estándar); posteriormente se procede a realizar la auto verificación en cada una de las IPS con el formato único definido por el Ministerio de la Protección Social y una vez obtenidos los datos se realiza su procesamiento.

4.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación cualitativa reconoce la subjetividad de los sujetos como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades, los juicios y prejuicios, y todos los elementos de la cultura impregnan los propósitos, el problema, el objeto de estudio, los métodos e instrumentos. Forman parte incluso de la selección de los recursos y los mecanismos empleados para hacer la presentación y divulgación de los resultados e interpretaciones del estudio. Las implicaciones de esta condición tienen grandes consecuencias.

A partir de un enfoque cualitativo, se acepta que el objeto de la investigación es un sujeto interactivo, motivado e intencional, quien asume una posición frente a las tareas que enfrenta. Por esa razón, la investigación no puede ignorar que es un proceso de comunicación entre investigador e investigado, un diálogo que toma diferentes formas. (17)

4.6 PLAN DE ANÁLISIS

Una vez concluida la Auto verificación de estándares de capacidad tecnológica y científica del sistema único de habilitación en cada IPS, se procede a realizar un análisis detallado de lo encontrado en cada una de ellas.

Inicialmente se hace un análisis general, discriminado por IPS, identificando cuántos criterios del total de la lista de verificación aplican para los servicios objeto de estudio y estimando su porcentaje. Posteriormente, teniendo en cuenta el total de criterios que aplican se define el porcentaje de cumplimiento e incumplimiento en la institución.

Acto seguido, para cada una de las IPS, se efectúa un análisis específico por cada uno de los estándares, cuantificando los criterios que aplican según los servicios objeto de estudio y estimando su porcentaje de cumplimiento e incumplimiento. Finalmente Se determinan las posibles causas de los incumplimientos identificados y se analiza si existe alguna relación entre los criterios que no cumplen independiente del estándar en que se encuentre. Una vez analizadas y priorizadas las causas se procede a emitir conclusiones y registrar posibles recomendaciones para que cada institución pueda adoptarlas dentro de sus planes de mejora.

5 RESULTADOS

5.1 SOMER COOMEVA IPS LTDA.

Al realizar la autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02, estos son los resultados:

5.1.1 Análisis general

Estándar	TOTAL CRITERIOS	NA	C	NC
1	12	2	9	1
2	16	6	9	1
3	6	3	2	1
4	5	1	4	0
5	22	9	12	1
6	8	0	8	0
7	NO APLICA			
8	1	0	1	0
9	2	0	2	0
TOTAL	72	21	47	4

Tabla 3 Resumen general de resultados. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02, Noviembre 2011.

Del total de criterios registrados en la lista de verificación (72) 51 aplican a los servicios de odontología, lo que corresponde a un 71%

Del total de criterios que aplican al servicio de odontología (51) se cumplen 47 de ellos, lo que corresponde a un 92%.

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS QUE APLICAN
A LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA HABILITADOS POR
SOMER COOMEVA IPS LTDA.**

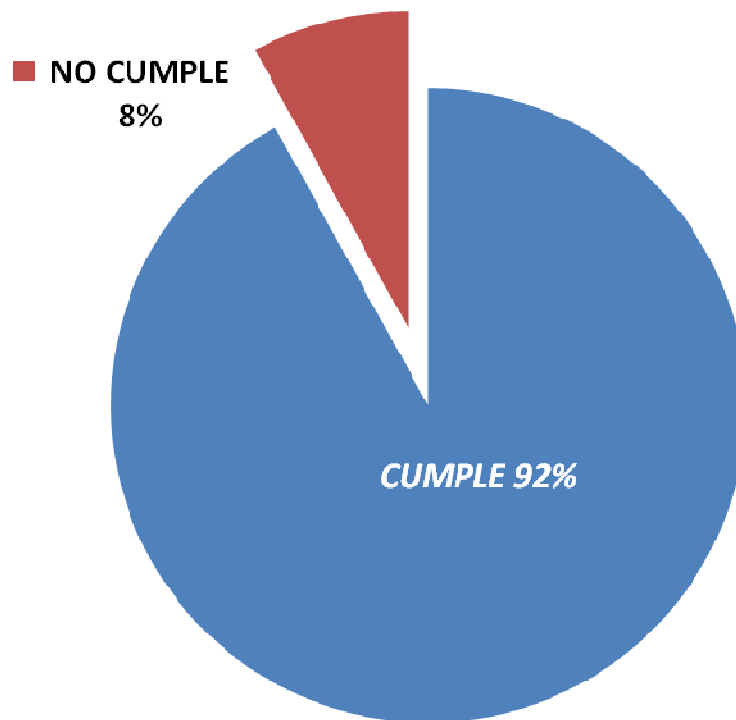


Gráfico 1 Porcentaje cumplimiento de criterios que aplican a los servicios de odontología habilitados por Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02, Noviembre 2011.

5.1.2 Análisis específico por estándar

5.1.2.1 Estándar No 1 Recursos Humanos:

De doce (12) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución diez (10), de los cuales uno (1) presenta incumplimiento, así:

Código	Criterio	Cumplimiento	Estado actual
1.7	TODOS LOS SERVICIOS: Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.	No cumple	No cumple para odontología especializada: endodoncista y odontopediatra que toman radiografías no tienen dosímetro.

Tabla 4 Incumplimiento estándar N°1 en Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02, Noviembre 2011.

Se evidencia un cumplimiento del 90% de los criterios.

5.1.2.2 Estándar No 2. Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento:

De dieciséis (16) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución diez (10), de los cuales uno (1) presenta incumplimiento, así:

Código	Criterio	Cumplimiento	Estado actual
2.5	TODOS LOS SERVICIOS. Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales	No cumple	Separadores entre unidades y puerta del cubículo son de madera, lo que dificulta la limpieza.

Tabla 5 Incumplimiento estándar N°2 en Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02, Noviembre 2011.

Se evidencia un cumplimiento del 90% de los criterios.

5.1.2.3 Estándar No 3. Dotación - Mantenimiento:

De 6 criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución tres (3), de los cuales uno (1) presenta incumplimiento, así:

Código	Criterio	Cumplimiento	Estado actual
3.49	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA: Si toma rayos x el que realiza el procedimiento dispone de Delantal de plomo, al igual que el paciente.	No cumple	Solo hay delantal para el paciente

Tabla 6 Incumplimiento estándar N°3 en Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02, Noviembre 2011.

Se evidencia un cumplimiento del 67% de los criterios.

5.1.2.4 Estándar No 4. Medicamentos y Dispositivos Médicos - Gestión de Medicamentos y Dispositivos:

De cinco (5) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución cuatro (4), de los cuales ninguno presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios.

5.1.2.5 Estándar No 5. Procesos Prioritarios Asistenciales:

De veintidós (22) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución trece (13), de los cuales uno (1) presenta incumplimiento, así:

Código	Criterio	Cumplimiento	Estado actual
5.2	TODOS LOS SERVICIOS: Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.	No cumple	No todas las guías tienen Bibliografía, contenido pobre

Tabla 7 Incumplimiento estándar N°5 en Somer Coomeva IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sede 01 y 02, Noviembre 2011.

Se evidencia un cumplimiento del 92% de los criterios.

5.1.2.6 Estándar No 6. Historia Clínica y Registros Asistenciales:

De ocho (8) criterios registrados en la lista de verificación, todos aplican a la institución, y ninguno de éstos presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios.

5.1.2.7 Estándar No 8. Referencia y Contrareferencia de Pacientes:

El único criterio registrado en la lista de verificación y que por supuesto aplica a la institución, se cumple

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios, en este caso sólo es uno.

5.1.2.8 Estándar No 9 Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios:

De dos (2) criterios registrados en la lista de verificación, todos aplican a la institución, y ninguno de éstos presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios.

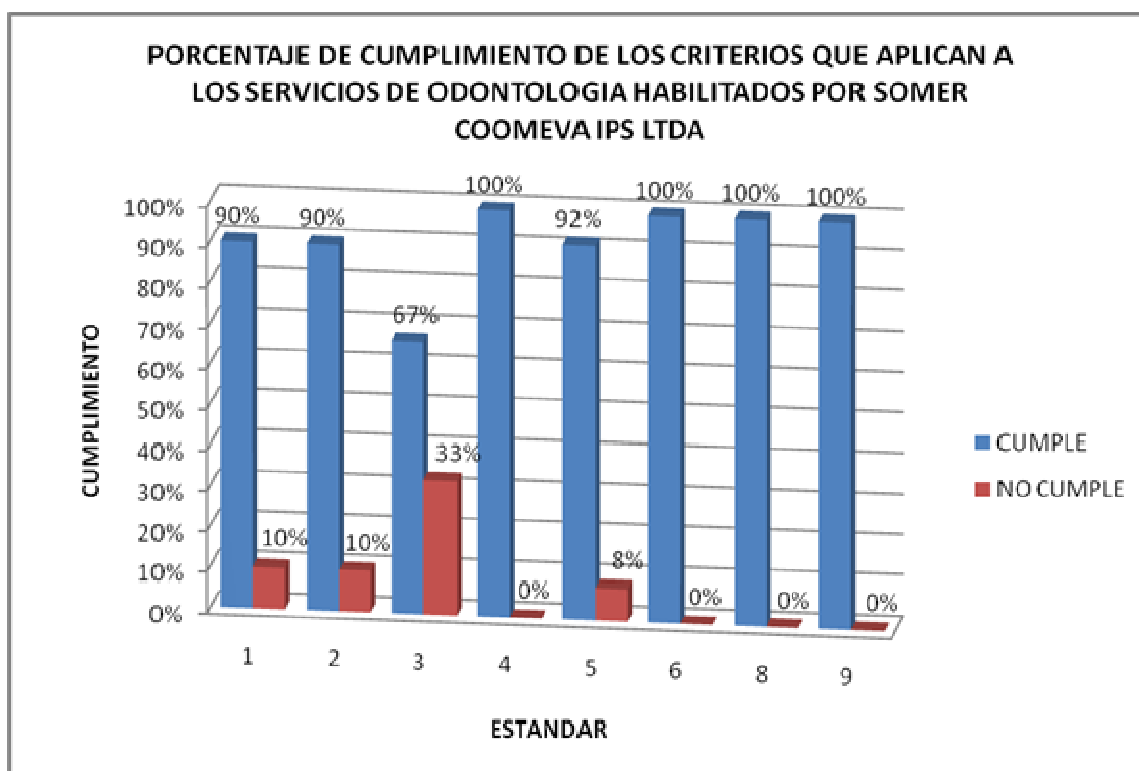


Gráfico 2 Porcentaje de cumplimiento de los criterios que aplican a los servicios de odontología habilitados por Somer Coomeca IPS LTDA. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en las Sedes 01 y 02, Noviembre 2011.

En el gráfico se puede evidenciar que los estándares que presentan el incumplimiento son los que corresponden a (1) Recursos humanos, (2) Infraestructura-Instalaciones físicas-Mantenimiento, (3) Dotación - Mantenimiento y (5) Procesos Prioritarios asistenciales.

El estándar donde se presentó el mayor incumplimiento fue el (3) Dotación-Mantenimiento con un 33%. En los estándares 4, 6, 8 y 9 se cumplieron en un 100%.

5.1.3 Identificación de las posibles causas de los incumplimientos detectados.

5.1.3.1 Estándar No 1. Recursos Humanos: Incumplimiento en el criterio 1.7

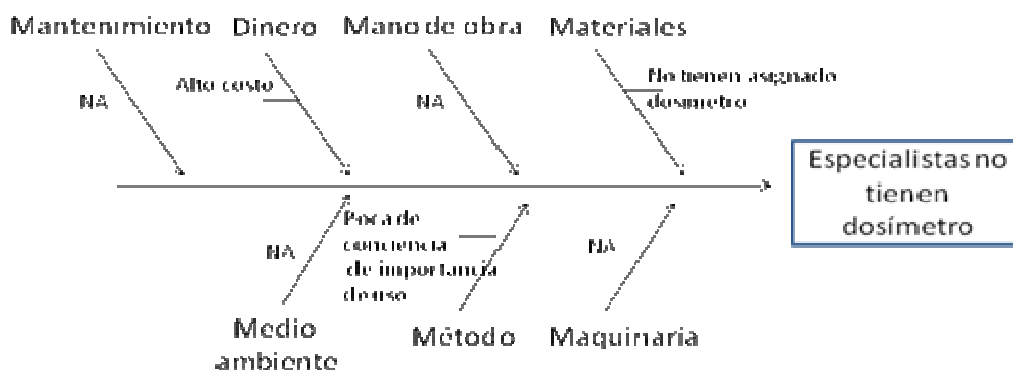


Ilustración 1 Posible Incumplimiento Estándar 1 Recursos Humanos

Al evaluar este criterio se observa que los endodoncistas y odontopediatras que toman radiografías en sus tratamientos no tienen dosímetro, debido a que no tienen asignado uno para su uso.

Estos especialistas asisten solo algunos días a la institución y no tiempo completo, por lo que asignarle un dosímetro a cada uno aumentaría los costos.

Otra de las principales causas para la no asignación de los dosímetros a estos especialistas es la poca conciencia que se tiene de la importancia para el profesional de portarlo.

5.1.3.1 Estándar No 2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento: incumplimiento en el criterio 2.5

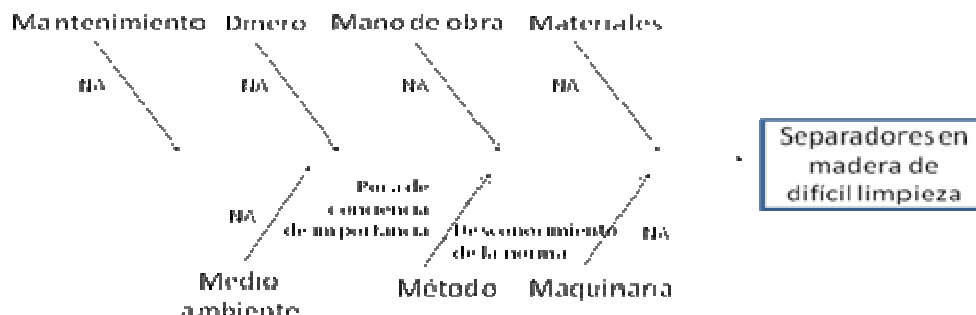


Ilustración 2 Posible Incumplimiento Estándar 2 Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento.

Al momento de remodelar la IPS se usaron como separadores de las unidades odontológicas, madera, lo que muestra que no se tuvo en cuenta la normatividad, pues ésta determina que las superficies deben ser de fácil limpieza.

Otra posible causa puede ser la poca conciencia por parte de las altas directivas de la importancia de las superficies de fácil limpieza en los consultorios odontológicos.

5.1.3.2 Estándar No 3. Dotación - Mantenimiento: Incumplimiento del criterio 3.49

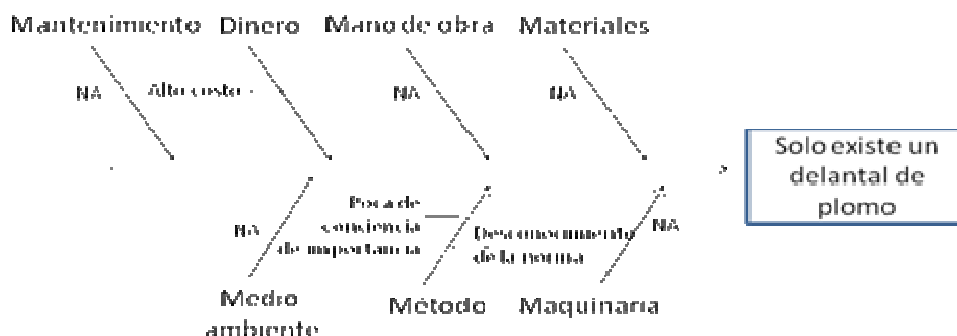


Ilustración 3 Posible Incumplimiento Estándar 3 Dotación - Mantenimiento.

Al igual que en el estándar de recurso humano una de las principales causas de no tener dos delantales de plomo, uno para el paciente y el otro para el encargado de la toma de radiografías, es el alto costo de éste. Aunque puede que la causa principal sea el desconocimiento de la norma o por el contrario, aunque se tiene pleno conocimiento, se tiene poca conciencia de la importancia que tiene este

método de protección para el profesional, pues el delantal que se tiene se usa en el paciente.

5.1.3.3 Estándar No 5. Procesos Prioritarios Asistenciales: Incumplimiento en el criterio 5.2



Ilustración 4 Posible Incumplimiento Estándar 5 Procesos Prioritarios Asistenciales.

Al revisar las guías del servicio de odontología se observa que aunque existen, no todas tienen bibliografía y se encuentran poco documentadas, su contenido es pobre, en relación con lo exigido en el Anexo Técnico N°2 de la Resolución 1043 de 2006, lo que hace que no sirva de referente para la toma de decisiones rutinarias, por ello se debe tomar conciencia de la importancia y el gran aporte que hacen éstas al servicio.

Durante la visita se puede comprobar que se le han hecho modificaciones a estas guías, por lo que se puede concluir que una de las causas puede ser falta de gestión o desconocimiento de la normas de la persona encargada de realizar las modificaciones.

5.2 BIOSIGNO IPS RIONEGRO:

Al realizar la autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados por la institución, estos son los resultados:

5.2.1 Análisis general:

Estándar	TOTAL CRITERIOS	NA	C	NC
1	12	2	8	2

2	16	7	9	0
3	6	3	2	0
4	5	1	4	0
5	22	10	12	0
6	8	0	8	0
7	NO APLICA			
8	1	0	1	0
9	2	0	2	0
TOTAL	72	23	47	2

Ilustración 5 Resumen general de resultados. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados Biosigno Rionegro, Noviembre 2011.

Del total de criterios registrados en la lista de verificación (72) 49 aplican a los servicios de odontología, lo que corresponde a un 68%

Del total de criterios que aplican al servicio de odontología (49) se cumplen 47, lo que corresponde a un 96%.

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS QUE APLICAN A
LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGIA HABILITADOS POR BIOSIGNO
RIONEGRO**

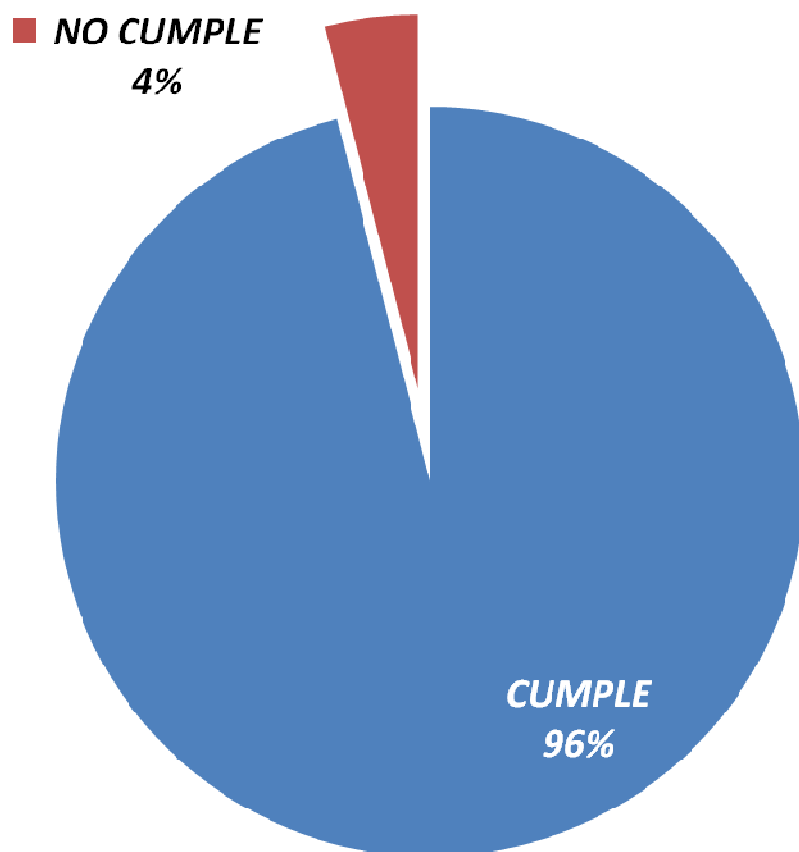


Gráfico 3 Porcentaje de cumplimiento de los criterios que aplican a los servicios de odontología habilitados por Biosigno IPS Rionegro. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados en Biosigno Rionegro, Noviembre 2011.

Del total de criterios que se incumplen en el servicio de odontología dos (2) pertenecen al estándar de recursos humanos.

5.2.2 Análisis específico por estándar

5.2.2.1 Estándar No 1. Recursos Humanos:

De doce (12) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución 10, de los cuales dos (2) presentan incumplimiento, así:

Código	Criterio	Cumplimiento	Estado actual
1.7	TODOS LOS SERVICIOS: Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.	No cumple	Los especialistas no cuentan con dosímetro en el momento de la verificación. Ellos dicen que se encuentra en la institución donde laboran la mayor parte del tiempo que es Biosigno Villanueva en Medellín.
1.8	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.	No cumple	Se encuentran en la IPS las hojas de vida tanto de odontólogos generales como de auxiliares e higienistas pero no de los especialistas porque sólo asisten una vez al mes a la institución y su sede de base es la IPS Biosigno Villanueva en Medellín.

Tabla 8 Incumplimiento estándar N°1. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de Odontología prestados Biosigno Rionegro, Noviembre 2011.

Se evidencia un cumplimiento del 80% de los criterios

5.2.2.2 Estándar No 2. Infraestructura - Instalaciones Físicas - Mantenimiento:

De dieciséis (16) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución nueve (9) y ninguno de éstos presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios

5.2.2.3 Estándar No 3. Dotación – Mantenimiento:

De seis (6) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución tres (3), y ninguno de éstos presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios

5.2.2.4 Estándar No 4. Medicamentos y Dispositivos Médicos - Gestión De Medicamentos y Dispositivos:

De cinco (5) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución cuatro (4), y ninguno de éstos presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios.

5.2.2.5 Estándar No 5. Procesos Prioritarios Asistenciales:

De veintidós (22) criterios registrados en la lista de verificación, aplican a la institución doce (12), y ninguno de éstos presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100%

5.2.2.6 Estándar No 6. Historia Clínica y Registros Asistenciales:

De ocho (8) criterios registrados en la lista de verificación, todos aplican a la institución y ninguno de éstos presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios.

5.2.2.7 Estándar No 8. Referencia y Contrareferencia de Pacientes:

El único criterio registrado en la lista de verificación y que por supuesto aplica a la institución, se cumple.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios, en este caso sólo es uno.

5.2.2.8 Estándar No 9 Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios:

De dos (2) criterios registrados en la lista de verificación, todos aplican a la institución, y ninguno de éstos presenta incumplimiento.

Se evidencia un cumplimiento del 100% de los criterios.

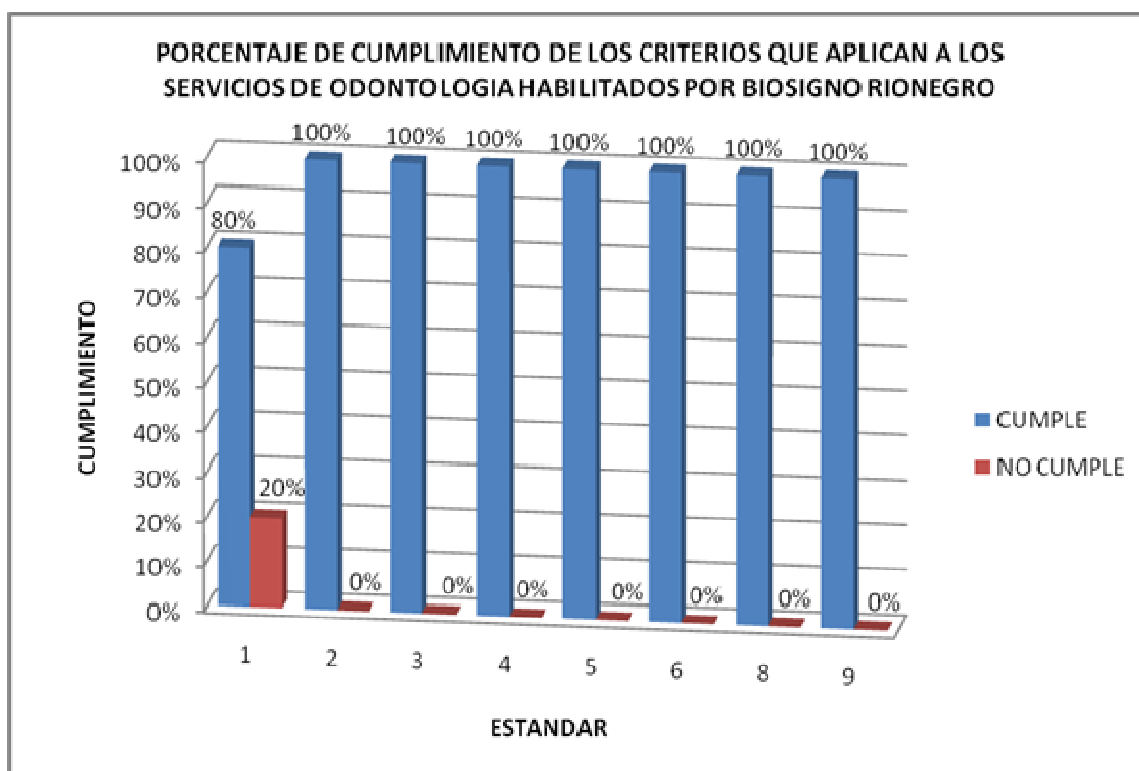


Gráfico 4 Porcentaje de cumplimiento de los criterios que aplican a los servicios de odontología habilitados por Biosigno Rionegro. Fuente: resultados autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de odontología prestados por Biosigno IPS Rionegro.

En el gráfico se puede evidenciar que el único estándar donde se presentan incumplimientos es el de (1) Recursos Humanos. En los demás el porcentaje de cumplimiento de los criterios es del 100%.

5.2.3 Identificación de las posibles causas de los incumplimientos detectados.

5.2.3.1 Estándar No 1. Recursos Humanos:

5.2.3.1.1 Para el incumplimiento 1.7

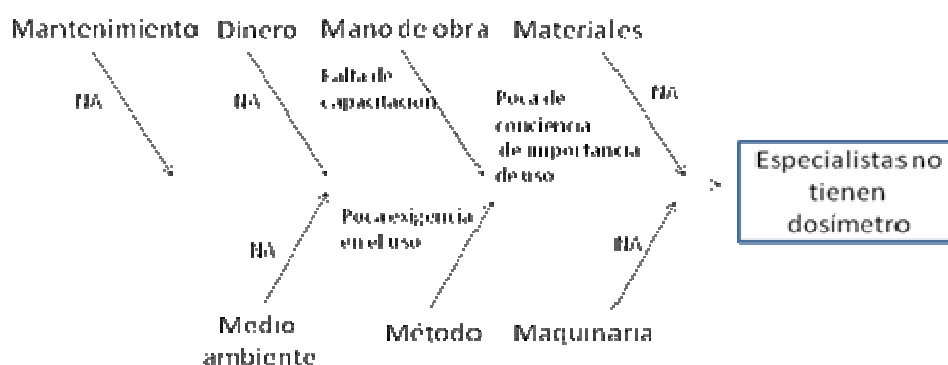


Ilustración 6 Posible Incumplimiento Estándar 1 Recursos Humanos

Los especialistas quienes asisten una vez al mes a la institución cuentan con dosímetro que les fue asignado en la sede donde laboran diariamente pero en el momento de la verificación en la sede de Rionegro, no lo portan argumentando que no recuerdan llevarlo en el momento de desplazarse de su sede de base llamada Biosigno Villanueva a la IPS Biosigno Rionegro.

Dentro de las principales causas de este incumplimiento se puede considerar la poca conciencia que tienen estos profesionales de la importancia del uso del dosímetro como barrera de protección, además de una falta de exigencia de la dirección de la IPS hacia estos mismos para el porte de este elemento.

La poca conciencia por parte de los profesionales puede deberse a falta de capacitación por parte de la IPS para generar en ellos compromiso.

5.2.3.1.2 Para el incumplimiento 1.8

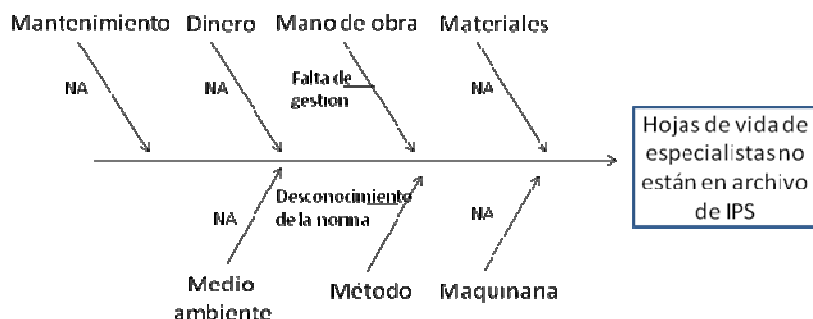


Ilustración 7 Posible Incumplimiento Estándar 1 Recursos Humanos, criterio 1.8

Las hojas de vida de los especialistas no se encuentran en el archivo central de la IPS, argumentando que es porque asisten una vez al mes a la institución y su sede de base es la IPS Biosigno Villanueva en Medellín, lo que evidencia que es por una falta de conocimiento de la norma.

Aunque al indagar a la persona encargada, ésta manifiesta que ya les habían hecho esta anotación en una previa auditoría, se puede comprobar que aún no están en el archivo de la IPS por falta de gestión.

6 CONCLUSIONES

- En general después de la autoverificación de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en los servicios de odontología general, Odontología especializada, Atención preventiva salud oral higiene oral y toma e interpretación radiología odontológica de Biosigno IPS y Somer Coomeva LTDA. del municipio de Rionegro Antioquia, se puede concluir que ambas presentan un alto nivel de cumplimiento de los estándares de habilitación, lo cual contribuye a la seguridad del paciente.
- La IPS Biosigno Rionegro cumple con el 88% de los criterios evaluados que aplican a los servicios de Odontología. Sólo se evidenciaron oportunidades de mejora en el estándar de recursos humanos, identificándose fallas en dos criterios.
- La principal causa del incumplimiento de los estándares en la IPS Biosigno es la centralización de la sede administrativa en la ciudad de Medellín, pues como se observa los dos incumplimientos presentados en el estándar de Recurso humano es debido a que la Sede principal se encuentra en esta ciudad y por esto las Hojas de vida de los especialistas se encuentran ubicadas allá y los dosímetros permanecen en la Sede donde éstos mismos laboran la mayor parte del tiempo.
- En la IPS Somer Coomeva Ltda., se encuentra incumplimiento en los servicios de odontología evaluados en los estándares de recurso humano, infraestructura-instalaciones físicas-mantenimiento, dotación – mantenimiento y procesos prioritarios asistenciales; cada uno de ellos con falla en un criterio.
- En el estándar de Recurso humano, en la IPS Somer Coomeva Ltda., no se cuenta con dosímetros para los especialistas en endodoncia y odontopediatría debido a que el costo de estos es muy alto y ellos sólo asisten algunos días a la institución y no tiempo completo.
- En el estándar de Infraestructura – Instalaciones físicas - Mantenimiento, en la IPS Somer Coomeva Ltda., se observa que aunque se cumplen con la gran mayoría de requisitos, al remodelar la instalación se colocaron separadores de madera entre los cubículos para independizar las unidades odontológicas y de acuerdo a la normatividad, esta es una superficie que no facilita la limpieza.
- En el estándar de Dotación-Mantenimiento, en la IPS Somer Coomeva Ltda., el único incumplimiento es en el uso de delantal de plomo por parte del profesional que realiza el procedimiento de toma de rayos x, debido a que en la institución solo se cuenta con un chaleco de plomo que es utilizado por el paciente; adicionalmente se puede observar que es un chaleco que es poco útil para usar en niños, debido a su gran tamaño.
- En el estándar de Procesos asistenciales prioritarios, en la IPS Somer Coomeva Ltda., las guías clínicas no se encuentran elaboradas bajo la

metodología de medicina basada en la evidencia, algunas de ellas no tienen bibliografía y por lo general su contenido es muy pobre si se compara con lo exigido en el Anexo Técnico N° 2 de la Resolución 1043 de 2006.

- Después de realizar la autoverificación de los estándares de habilitación de los servicios de Odontología en las instituciones prestadoras de servicios de salud escogidas para el estudio en el municipio de Rionegro Antioquia, se observa un mayor incumplimiento de los criterios en la IPS Somer Coomeva LTDA con un 50%, comparado a un 12% de incumplimiento en la IPS Biosigno Rionegro.

7 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda la exigencia de la utilización del dosímetro a los especialistas en Endodoncia y Odontopediatría por parte de la Gerencia de la IPS Biosigno Rionegro, así como la verificación del porte del mismo, teniendo en cuenta que les fue asignado pero no lo están usando durante el periodo de permanencia en la institución.
2. Se recomienda al gerente de la IPS Biosigno Rionegro, solicitar copia de la hoja de vida a los especialistas en Odontopediatría, Endodoncia y Cirugía maxilofacial y archivarlas con las otras hojas de vida del personal de odontología que labora en la institución, pues aunque su sede principal sea en Medellín, por normatividad cada Sede debe contar con copia de la hoja de vida de todas las personas que laboran en la misma sin importar en tiempo que se encuentre en ésta.
3. Se recomienda en la IPS Somer Coomeva Ltda. la compra y asignación de Dosímetro para los especialistas en Odontopediatría y Endodoncia, pues este personal es el encargado de tomar las radiografías durante su consulta, esto debe hacerse no solo por cumplimiento de la normatividad, sino también por la seguridad del profesional, al igual que la adquisición del chaleco para la persona que toma las radiografías.
4. Se recomienda en la IPS Somer Coomeva Ltda. el cambio de los separadores de las unidades Odontológicas en madera por fórmica para facilitar su limpieza.
5. Se recomienda revisar una a una las guías clínicas que se presentan en la IPS Somer Coomeva para aumentar y mejorar su contenido con medicina basada en la evidencia, debido a que son una herramienta básica para asistir al odontólogo en la toma de decisiones durante la atención rutinaria de sus pacientes, lo que permite mejorar la calidad en la atención del paciente y brindar seguridad en los procedimientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema de Habilitación [Internet]. Disponible en: <http://www.cgh.org.co/temas/descargas/habilitacion.pdf>
2. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 1011 de 2006 [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf
3. Municipio de Rionegro. Nuestro municipio [Internet]. [Citado 2011 Nov 9]; Disponible en: http://www.rionegro.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=291&Itemid=132
4. Municipio de Rionegro. Diagnóstico de Salud Municipal [Internet]. [Citado 2011 Nov 9]; Disponible en: http://salud.rionegro.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=18
5. Municipio de Rionegro. Salud pública - Salud Oral [Internet]. [Citado 2011 Nov 9]; Disponible en: http://salud.rionegro.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=15&Itemid=16&limitstart=3
6. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006 (Anexo Técnico N°2) [Internet]. 2006 [Citado 2010 Nov 10]. Obtenido de: [http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Res%201043%20de%202006%20\(Anexo%20Tecnico%202\).pdf](http://www.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/Res%201043%20de%202006%20(Anexo%20Tecnico%202).pdf)
7. Kerguelén Botero CA, Ministerio de la Protección Social. Calidad en salud en Colombia, los principios [Internet]. [Citado 2011 Nov 9]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
8. Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad de Servicios. Sistema Único de Acreditación en Salud [Internet]. Antecedentes en Colombia. [Citado 2011 Nov 9]; Disponible en: <http://www.unydos.com/acreditacion/antecedentes.php>
9. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006 [Internet]. 2006. Disponible

en:<http://www.eevvm.com.co/dmdocuments/Resolucion1043-2006.pdf>

10. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006 (Anexo Técnico N°1) [Internet]. 2006 [Citado 2011 Nov 10]. Disponible en: http://www.cirugiaplasticafacial.org/noticias/noticias_descarga/anexo_tecnico_1_res_1445.pdf
11. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3960 de 2008 [Internet]. 2008 [Citado 2011 Nov 10]. Disponible en: http://201.221.149.187/files/sii_54623_des_item.pdf
12. Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa N° 047 - Circular Única [Internet]. [Citado 2011 Nov 10]. Disponible en: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Archivos/Circulares_Externas/2007/C_2007_Norma_0047.pdf
13. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006 (Anexo Técnico N°1) [Internet]. 2006. Disponible en: http://www.dadiscartagena.gov.co/web/images/docs/VIGYCONT/resolucion_1043_de_2006.pdf
14. Secretaría de Salud de Bogotá D.C. Auditoría en servicios de salud [Internet]. [Citado 2011 Nov 10]; Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx>
15. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2181 de 2008 [Internet]. 2008 [Citado 2011 Nov 10]. Disponible en: http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/resolucion/minproteccion/resolucion_minproteccion_2181_2008.html
16. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 2006 [Internet]. 2006 [Citado 2011 Nov 10]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>
17. González Ávila M. Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa [Internet]. Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa. [Citado 2011 Nov 10]; Disponible en: <http://www.oei.es/salactsi/mgonzalez5.htm>

ANEXOS

Somer Coomeva

Guía para la verificación de estándares del sistema único de habilitación	65
1) Recursos Humanos	66 R
2) Infraestructura – Instalaciones físicas – Mantenimiento	74 I
3) Dotación – Mantenimiento	84 D
4) Medicamentos y dispositivos médicos – Gestión de medicamentos y dispositivos médicos	92 M
5) Procesos prioritarios asistenciales	99 P
6) Historia clínica y registros asistenciales	116 H
7) Interdependencia de servicios	120 I
8) Referencia y Contrareferencia	120 R
9) Seguimiento a riesgos en la prestación del servicio	121 S

Biosigno IPS Rionegro

Guía para la verificación de estándares del sistema único de habilitación	123
10) Recursos Humanos	124
11) Infraestructura – Instalaciones físicas – Mantenimiento	133
12) Dotación – Mantenimiento	142
13) Medicamentos y dispositivos médicos – Gestión de medicamentos y dispositivos médicos	151
14) Procesos prioritarios asistenciales	158
15) Historia clínica y registros asistenciales	176
16) Interdependencia de servicios	179
17) Referencia y Contrareferencia	179
18) Seguimiento a riesgos en la prestación del servicio	180

GUIA PARA LA VERIFICACION DE ESTANDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Resoluciones 1043/06, 2680/07

SERVICIO	CODIGO	CATEGORIA	MODALIDAD	COMPLEJIDAD
Odontología General	334	Consulta Externa	Ambulatoria	Baja
Odontología Especializada de: • Endodoncia • Odontopediatría • Otras Consultas de Especialidad (Cirugía Maxilofacial) • Periodoncia • Ortodoncia • Estomatología	311 396 356	Consulta Externa	Ambulatoria	Media
Atención Preventiva Salud Oral Higiene Oral	902	Promoción y Prevención	Ambulatoria	Baja
Toma e Interpretación Radiologías Odontológicas	724	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	Ambulatoria	Baja
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	Somer Coomeva IPS LTDA. Sede 01 y 02			
CODIGO DEL PRESTADOR:	0500105890-01			
CODIGO DE LAS SEDE A EVALUAR:	0561505890-06			
FECHA:	01-11-2011			
MUNICIPIO:	Rionegro- Antioquia			

1. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.	X				• Solicite la relación de todo el recurso humano asistencial que preste directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación. • Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado. • Verifique que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. • Verifique que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para que fue vinculado. • Verifique que los profesionales, especialistas, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con el

1. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es expedido por una institución educativa por fuera de Colombia, verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.	X			Se realiza en talento humano	- Solicite el documento que establezca el procedimiento definido por el prestador para la selección de recurso humano asistencial y verifique que incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación. - Solicite el documento que define el procedimiento de identificación del personal que ingresa a la institución y verifique que incluye la

1. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							clasificación en personal autorizado para el ejercicio de la profesión u oficio, el personal en entrenamiento y los visitantes. Verifique que los servicios de vigilancia cumplen con los procedimientos definidos de identificación.
1.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos	X			Documentos en HV	• Si en alguna de las hojas de vida revisadas se incumple con alguno de los requisitos para el ejercicio de la profesión u oficio, revise el total de las hojas de vida. • Verifique que la entidad cuenta con el recurso humano asistencial y el respectivo entrenamiento exigido para cada servicio definido en las tablas de detalle por servicio de este estándar

1. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	X			Tienen cuadro capacidad mes a mes	• Con el listado de servicios declarado por la entidad y la relación de personal entregada por la institución, verifique que la entidad cuenta con el recurso humano asistencial y el respectivo entrenamiento exigido para cada servicio definido en las tablas de detalle por servicio de este estándar. • Durante la visita a las áreas asistenciales verifique que el recurso humano que se encuentre presente, está incluido en el listado suministrado inicialmente de personal vinculado a la institución.

1. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento			X	No hay personal en entrenamiento	• Interrogue sobre las actividades docente asistenciales que se realizan en la entidad - Profesiones u oficios que realizan prácticas de pregrado o postgrado con atención directa a los pacientes. - Áreas de la institución en donde se realizan éstas prácticas. - Mecanismos de supervisión de profesionales legalmente autorizados para prestar los servicios.
1.6	TODOS LOS SERVICIOS	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.			X	No hay personal en entrenamiento	

1. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.7	TODOS LOS SERVICIOS	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.	OG	X OE		Especialistas que toman radiografías (odontopediatra, endodoncista) no tienen dosímetro	- Los cursos de protección y seguridad radiológica en la aplicación de los rayos X deberán ser avalados por las Secretarías Departamental o Distrital de Salud. - Los consultorios odontológicos con servicio de radiografía dental, deberán tener vigilancia radiológica mediante dosimetría personal, con lectura de
1.8	TODOS LOS SERVICIOS	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.	X			Se encuentra en oficina de coordinador odontológico	

1. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.46	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	Odontólogo. Si toma radiografía odontológica especializada (panorámica y digital) deberá contar con entrenamiento certificado. Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografía odontológica este también deberá contar con	X				
1.47	CONSULTA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS.	Odontólogo especialista o subespecialista respectivo de programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación. Si toma la radiografía odontológica especializada (panorámicas y digital) este deberá contar con entrenamiento certificado en el tema. Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografías odontológicas este deberá contar con entrenamiento certificado.	X			Hojas de vida completas	

1. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.48	HIGIENE ORAL.	Odontólogo o higienista oral, éste último bajo la supervisión del odontólogo.	X			Paciente entra por primera vez a Dx con odontólogo e higienista	Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.
1.69	TOMA E INTERPRETACION DE RADIOGRAFIAS EN SERVICIOS ODONTOLOGICOS	La toma podrá realizarse por el odontólogo o técnico en radiología o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral. La interpretación deberá realizarse únicamente por el odontólogo.	X			Toma Rx únicamente el odontólogo	Será válida la capacitación que imparta el SENA. Se pedirá soporte de haber iniciado estudio.

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.			X		• Si presta servicios hospitalarios y quirúrgicos verifique que en la edificación sólo se presten servicios de salud. • Con base en los servicios declarados y los planos de la institución, diseñe conjuntamente con la persona designada por el prestador, un recorrido identificando la secuencia de servicios a visitar, que permita a la entidad informar a las diferentes áreas, en especial aquellas que requieren condiciones especiales de ingreso.

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.2	TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.	X				
2.3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X				Observe si durante la visita están funcionando normalmente los servicios de energía, comunicaciones, acueducto y alcantarillado

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas. En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.			X		
2.5	TODOS LOS SERVICIOS	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros		X		Separadores y puertas entre unidades de madera, difícil lavado	Identifique todas las áreas de la institución donde se prestan servicios de consulta externa y urgencias y verifique las

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.					condiciones en todas ellas. • Durante el recorrido por las instalaciones evalúe los pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios, determine si el tipo de materiales o su estado de conservación impiden o dificultan los procesos de limpieza y asepsia en grado tal que puedan determinar un aumento de las infecciones nosocomiales e identifique los posibles riesgos. • Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.6	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.			X		
2.7	TODOS LOS SERVICIOS	La institución no debe estar localizada en lugares de riesgo continuo o inminente desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución.	X				• Verifique que la institución no esté construida en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción volcánica u otros similares, y que no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles de contaminación para sus instalaciones. • Durante el recorrido por las instalaciones identifique si la construcción presenta desniveles o vacíos hacia espacios libres y si la institución cuenta con las

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							barandas de protección necesarias para evitar posibles accidentes
2.8	TODOS LOS SERVICIOS	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.	X			Se cuenta con espacio único para lavado de instrumental y esterilización	
2.9	TODOS LOS SERVICIOS	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.	X			No hay actividades extramurales	

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.10	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	X				
2.11	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.			X		
2.12	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, Anatomopatológicos y cortópunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso	X			Cuarto para residuos	

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		de vectores y roedores.					
2.13	TODOS LOS SERVICIOS	En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.			X		
2.29	CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA	Debe contar con: un ambiente exclusivo y delimitado en odontología, en el cual podrán funcionar varias unidades	X				
		Cuando posean más de tres unidades odontológicas, deberán contar con una zona para esterilización, a menos que la IPS cuente con una central de esterilización.	X				
		Además de las condiciones definidas para consulta externa, debe contar con pocetas para el lavado de instrumental y lavamanos para toda el área	X				

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, todas las paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz, disponen de barreras primarias.	X				
		Tiene sala de espera con unidad sanitaria	X				
		Consultorio con espacio cerrado con ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de procedimientos.	X				
		Debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables.	X				
2.29	CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA	Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso odontológicos expedida por la dirección territorial.	X				

2. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		Cuenta con un espacio físico que cumple las condiciones exigidas en el manual institucional para disposición de	X				
		Para radiografías panorámicas y otras radiografías odontológicas especializadas (no incluye periapicales) cumplirá con lo solicitado en infraestructura para el servicio de radiología.			X		
2.32	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DX Y SERVICIOS DE APOYO DX Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES	Las áreas en las que funcionan los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico u odontológico expedida por la dirección territorial competente.	X				
2.45	SERVICIOS EXTRAMURALES.	Áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos.			X	No tienen servicios extramurales	

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.1	TODOS LOS SERVICIOS	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo	X			Se encuentran en hojas de vida	- Solicite el inventario de equipos de la institución, donde se incluyan todos los elementos con que cuente el prestador. Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado. - Con base en el listado de servicios declarados y el inventario de equipos, solicite las hojas de vida de los equipos que se encuentran definidos en los estándares para cada uno de los servicios.

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar 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. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.	X			Se encuentra en hojas de vida	- En las hojas de vida de los equipos verifique que contengan las recomendaciones del fabricante y/o las definidas por la misma institución sobre mantenimiento y condiciones ambientales. - Verifique en las mismas hoja de vida que el equipo cuente con el programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo y se le han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas, independientemente de si se realizan con recursos de la institución o el contratado.
		El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.					

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							ingreso. • Verifique la existencia de los equipos y las condiciones de mantenimiento, control de calidad interno y externo y las condiciones medio ambientales recomendadas que no se pueden verificar en las hojas de vida.
							• Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el equipo que no cumple con el estándar, la referencia del equipo, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							En el recorrido por la institución seleccione al menos 3 equipos biomédicos, solicite los manuales correspondientes y verifique en la hoja de vida que se están siguiendo las recomendaciones de mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante
3.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los contenidos del equipo de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.			X		
3.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.			X		

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.21 Res. 2680	CONSULTA EXTERNA ¹	3- Si ofrece servicios en la modalidad de atención extramural, de acuerdo con los servicios que preste, cuenta con: Para Salud oral: Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología en un número que garantice esterilización entre un paciente y otro.			X	No tienen actividades extramurales	
3.49 Res. 2680	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA	Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Jeringa Triple. Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.	X				

¹CONS. EXT DE MD GRAL, O ESPECIALIZ, PEDIATRÍA, SERVICIOS DE FOMENTO Y PREVENCIÓN CON PROGRAMAS DE CRECIM Y DLLO, SERVICIOS DE ATENCIÓN EXTRAMURAL EN CASO DE QUE PRACTIQUE PROCEDIMIENTOS DE VACUNACIÓN, CONSULTA EXTERNA DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD.

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		Airotor, Micromotor, Contra-ángulo	X				
		Compresor de aire, Autoclave o la aplicación de los métodos de esterilización contemplados en el Manual de Buenas Practicas del Ministerio de la Protección Social	X				
		Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, Exploradores doble extremo, Sondas periodontales, Pinzas algodonerías, Cucharillas y/o excavadores, Jeringas, Cárpulas, en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.	X				
		Se dispone mínimo del siguiente instrumental para operatoria : aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor y/o cleoide discoide.	X				

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		Instrumental mínimo para endodoncia : explorador de conductos, espaciador, condensador, limas, tiranervios, Dentrímetro.	X				
		Instrumental mínimo para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí, gubia (opcional)	X				
		Instrumental mínimo para periodoncia: curetas, sonda periodontal, dentímetro, periostótomo. En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.	X				
		Se realiza mantenimiento de equipos con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo.	X				

3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente.	X				
		Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical	X				
		Si toma rayos x el que realiza el procedimiento dispone de Delantal de plomo, al igual que el paciente.		X		Solo hay delantal para el paciente	

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4. 1	TODOS LOS SERVICIOS	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial. Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o	X			Listado computarizado Utilizan semaforización	•Solicite los procesos que el prestador haya definido y tenga documentados para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales medicamentos y dispositivos médicos para uso humano que utilice directamente relacionados con riesgos en la prestación de servicios asistenciales. •Verifique que el proceso de adquisición incluye la verificación del registro expedido por el INVIMA.

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.					•Verifique que el proceso de almacenamiento identifica las condiciones de conservación general y particular de medicamentos, reactiva y dispositivos médicos que deben cumplirse incluyendo el control de fechas de vencimiento y las actividades para garantizar esas condiciones. •Verifique que el prestador tiene identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos biológicos) y tiene definidas las actividades para garantizar su cumplimiento.

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							•Verifique que en los procesos de suministro de medicamentos y otros dispositivos médicos a los pacientes se definan actividades para evitar el suministro de elementos con fechas de vencimiento expiradas o dispositivos médicos que puedan estar desnaturalizados o que puedan representar un riesgo para el paciente. •Verifique que se tienen definidas normas institucionales que garanticen que no se reutilicen dispositivos médicos que el INVIMA o el fabricante definan que no deben ser reutilizados. •En el recorrido por las diferentes áreas de la institución verifique que se cumplen con las condiciones definidas en los procesos. •Las áreas de almacenamiento garantizan las condiciones de conservación general y particular de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos. •En los servicios de apoyo

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de fármaco vigilancia y tecno vigilancia.	X				En los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico no se reutilizan dispositivos médicos asistenciales que el INVIMA o el fabricante definan que no deben serlo. Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el insumo que no cumple con el estándar, la referencia del dispositivo médico o medicamento, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola Verifique, mediante la evaluación de 10 productos al azar, que los medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados en la institución cuenten con el registro

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							sanitario. Visite los sitios de almacenamiento de dispositivos médicos y verifique que las condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad resulten adecuadas para los diferentes tipos de productos. Corrobore la existencia de los instrumentos de medición de temperatura y humedad y los mecanismos que aplica la institución para realizar el seguimiento y control de estas variables. Verifique, mediante la evaluación de 10 productos al azar, que los medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados en la institución no han expirado, de acuerdo con sus fechas de vencimiento.

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X			Medición 2 veces al día de temperatura y humedad	
4.4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre	X			Solo se reúsan limas 1 y 2 serie	

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.					
4.5	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.			X		

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas. La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.	X			Auditoría mensual HC	•Interrogue si los procesos asistenciales definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. •Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de los procedimientos o de las guías clínicas de atención que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. •Verifique que los procesos incluyan actividades para su difusión, revisión y verificación de su

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							cumplimiento. •Durante el recorrido por la institución verifique en las historias clínicas que se revisen para el estándar de historia clínica, que se aplican los procedimientos o guías clínicas de atención suministradas por el prestador.

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							•Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. •En caso de incumplimiento anote con precisión el procedimiento o guía clínica ausente o que no se aplica y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. •Solicite los listados de las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso y los 12 procedimientos de enfermería más frecuentes por cada uno de los servicios hospitalarios, quirúrgicos, de consulta

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos. Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.		X		No todas las guías tienen Bibliografía, contenido pobre	•Indague sobre los mecanismos utilizados por la institución para divulgar las guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería entre los responsables de su aplicación. •Indague sobre los mecanismos utilizados por la institución para controlar la aplicación de las guías clínicas de atención y de los protocolos de enfermería oficialmente adoptados. •Durante el recorrido por la institución corrobore, mediante algunas preguntas al azar, el grado de conocimiento del personal médico y de enfermería sobre las guías, normas técnicas, protocolos y manuales de procedimientos, según el

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							caso.

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							•Constate, mediante la evaluación de al menos 10 historias clínicas al azar, el grado de aplicación de las guías, normas técnicas y protocolos aplicados por la institución, en especial aquellas que aparecen como específicas para algunos servicios como es el caso de los servicios hospitalarios •Indague sobre los mecanismos utilizados por el hospital para controlar la aplicación de las normas técnicas y administrativas que haya implantado.

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.	X				
5. 4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.	X				

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan,	X				
5. 6	TODOS LOS SERVICIOS	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.			X		
5. 7	TODOS LOS SERVICIOS	Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio.			X		
5. 8	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.	X			Se tienen metas mensuales	

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 9 Res 2680	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios y similares. Para efectos del sistema de habilitación, deberán ajustarse al “Manual de Gestión Integral de Residuos hospitalarios y similares en Colombia” (Resolución 1164 de 2002), y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan; los profesionales independientes se acogerán a lo estipulado en la circular 047 de 2006 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X				

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 10	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.			X		
5. 11	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.	X				
5. 12	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.			X		

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 13	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes. Guías o manuales de los siguientes procedimientos: ✓ Reanimación Cardiocerebropulmonar. ✓ Control de líquidos. ✓ Plan de cuidados de enfermería. ✓ Administración de medicamentos. ✓ Inmovilización de pacientes. ✓ Venopunción.			X		

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 14	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios de unidad de cuidado intermedio e intensivo, además de lo anterior cuenta con:			X		
		✓ Guías para alimentación enteral o parenteral, declaración de muerte cerebral, colocación de catéter de presión intracraneana, inserción de catéteres centrales, inserción de marcapaso interno transitorio, traqueostomía, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas), control de nutrición parenteral, anticoagulación profiláctica. ✓ Guías para anticoagulación profiláctica, marcapaso interno transitorio, Embolectomía y hemodiafiltración (solo aplica para Unidad de cuidados intensivos e intermedios adulto). ✓ Guía para: colocación de tubo de tórax, paracentesis, lavados abdominales, venodisección, embolectomía, lavado peritoneal,					

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemodiafiltración (cuidados del paciente), lavado de fracturas, punción lumbar, protocolos de los cuidados por terapia respiratoria.					
		✓ Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia					
5. 15	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos	X				
5. 16	TODOS LOS SERVICIOS	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reúso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales	X				
5. 17	TODOS LOS SERVICIOS	Los Profesionales Independientes cumplirán lo de su competencia, según el servicio que ofrecen			X		

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 18	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.			X		
5. 19	TODOS LOS SERVICIOS	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.			X		

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 44 Res 2680	CONSULTORIO ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA	• Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas. • Manual de Residuos hospitalarios y similares, ajustado a las características del servicio. • Manual de bioseguridad ajustado a las características del servicio. • Para servicios odontológicos el Manual de esterilización podrá regirse por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección	X				

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 49	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES	- Cumplimiento del manual de radioprotección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general. - Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos y para los cuidados posteriores, en especial en los procedimientos de radiología intervencionista y de medicina nuclear. - Normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante. - Protocolos para garantía de calidad de la imagen.	X				

5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 59	CONSULTORIO ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA	Debe contar 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 enfermedades de interés en salud pública.	X				

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES							
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6. 1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X				•Con base en los servicios declarados, solicite los registros que apliquen de acuerdo con los servicios que tienen definidos registros en el detalle por servicios de éste estándar. Verifique su existencia y que sean diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. •Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el registro ausente o que no haya sido diligenciado sistemáticamente para cada evento que aplique y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES							
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
6. 2	TODOS LOS SERVICIOS	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 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.	X				•Constata que se disponen de procedimientos para la apertura y el archivo de las historias clínicas •Revise los registros de actividades y escoja al azar por lo menos 10 pacientes atendidos y corrobore que estos cuentan con historia clínica en la institución •Identifique posibles riesgos
6. 3	TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros medios electrónicos.	X				
6. 4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X				

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES						
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	MODO DE VERIFICACIÓN
6. 5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo	X			
6. 6	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			
6. 7	TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	X			

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES						
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	MODO DE VERIFICACIÓN
6. 12	RADIOOGIA	•Registro de placas tomadas y pacientes atendidos, donde se especifique el tipo de placa, los parámetros usados en el proceso. •Registro de placas dañadas, y posibles causas.	X			

7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

8. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES							
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
8. 1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X				• Interrogue si los procesos de remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. • Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de la remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. Verifique que los procesos incluyen la documentación de los flujos de urgencias de pacientes al exterior de la institución y la aceptación de la entidad receptora.

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios..							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9. 1	TODOS LOS SERVICIOS	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica: • La ficha técnica del indicador • La estandarización de las fuentes. • La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas. Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio.	X				• Interrogue sobre los comités técnicos científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos. • Verifique que los comités técnico científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidas por el prestador incluyan como mínimo el seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios, tomando como base los servicios declarados y la tabla de detalle por servicios de éste estándar. • La verificación se realizará solicitando los resultados de las evaluaciones realizadas por el prestador: diseño e implementación de indicadores y de planes de mejoramiento.

9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios..							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9.12	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	•Infecciones derivadas de los procedimientos realizados. •Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (ej. Sangrados) en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.	X				

GUIA PARA LA VERIFICACION DE ESTANDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Resoluciones 1043/06, 2680/07

SERVICIO	CODIGO	CATEGORIA	MODALIDAD	COMPLEJIDAD
Odontología General	334	Consulta Externa	Ambulatoria	Baja
Odontología Especializada de:				
• Endodoncia	311	Consulta Externa	Ambulatoria	Media
• Odontopediatría	396			
• Otras Consultas de Especialidad (Cirugía Maxilofacial)	356			
Atención Preventiva Salud Oral Higiene Oral	902	Promoción y Prevención	Ambulatoria	Baja
Toma e Interpretación Radiologías Odontológicas	724	Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica	Ambulatoria	Baja o Media??
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:	Biosigno IPS Rionegro			
CODIGO DEL PRESTADOR:	0500105890-01			
CODIGO DE LAS SEDE A EVALUAR:	0561505890-06			
FECHA:	31-10-2011			
MUNICIPIO:	Rionegro- Antioquia			

10. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN

10. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.	X				• Solicite la relación de todo el recurso humano asistencial que preste directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación. • Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado. • Verifique que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. • Verifique que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para que fue vinculado. • Verifique que los profesionales, especialistas, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es expedido por una institución educativa por fuera de Colombia, verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.

10. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.	X				- Solicite el documento que establezca el procedimiento definido por el prestador para la selección de recurso humano asistencial y verifique que incluye la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación. - Solicite el documento que define el procedimiento de identificación del personal que ingresa a la institución y verifique que incluye la clasificación en personal autorizado para el ejercicio de la profesión u oficio, el personal en entrenamiento y los visitantes. Verifique que los servicios de vigilancia cumplen con los procedimientos definidos de identificación.

10. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos	X				• Si en alguna de las hojas de vida revisadas se incumple con alguno de los requisitos para el ejercicio de la profesión u oficio, revise el total de las hojas de vida. • Verifique que la entidad cuenta con el recurso humano asistencial y el respectivo entrenamiento exigido para cada servicio definido en las tablas de detalle por servicio de este estándar
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	X				• Con el listado de servicios declarado por la entidad y la relación de personal entregada por la institución, verifique que la entidad cuenta con el recurso humano asistencial y el respectivo entrenamiento exigido para cada servicio definido en las tablas de detalle por servicio de este estándar. • Durante la visita a las áreas asistenciales verifique que el recurso humano que se encuentre presente, está incluido en el listado suministrado inicialmente de personal vinculado a la institución.

10. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente			X		• Interrogue sobre las actividades docente asistenciales que se realizan en la entidad - Profesiones u oficios que realizan prácticas de pregrado o postgrado con atención directa a los pacientes. - Áreas de la institución en donde se realizan éstas prácticas. - Mecanismos de supervisión de profesionales legalmente autorizados para prestar los servicios. • Verifique en historias clínicas al azar, que las conductas que se adopten por personal en entrenamiento sean siempre supervisadas

10. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.6	TODOS LOS SERVICIOS	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.			X		
1.7	TODOS LOS SERVICIOS	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.		X		Los especialistas no cuentan con dosímetro en el momento de la verificación. Ellos dicen que se encuentra en la institución donde laboran la mayor parte del tiempo que es Biosigno Villanueva en Medellín	• Los cursos de protección y seguridad radiológica en la aplicación de los rayos X deberán ser avalados por las Secretarías Departamental o Distrital de Salud. • Los consultorios odontológicos con servicio de radiografía dental, deberán tener vigilancia radiológica mediante dosimetría personal, con lectura de periodicidad mínima bimensual.

10. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
1.8	TODOS LOS SERVICIOS	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.		X		Se encuentran en la IPS las hojas de vida tanto de odontólogos generales como de auxiliares e higienistas pero no de los especialistas porque sólo asisten una vez al mes a la institución y su sede base es la IPS Biosigno Villanueva en Medellín	
1.46	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	Odontólogo. Si toma radiografía odontológica especializada (panorámica y digital) deberá contar con entrenamiento certificado. Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografía odontológica este también deberá contar con			X		
1.47	CONSULTA DE ESPECIALIDADES	Odontólogo especialista o subespecialista respectivo de programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación.			X		

10. RECURSOS HUMANOS							
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
	ODONTOLOGÍCAS.	Si toma la radiografía odontológica especializada (panorámicas y digital) este deberá contar con entrenamiento certificado en el tema. Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografías odontológicas este deberá contar con entrenamiento certificado.					
1.48	HIGIENE ORAL.	Odontólogo o higienista oral, éste último bajo la supervisión del odontólogo.	X				Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.
1.69	TOMA E INTERPRETACION DE RADIOGRAFIAS EN SERVICIOS ODONTOLOGICOS	La toma podrá realizarse por el odontólogo o técnico en radiología o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral. La interpretación deberá realizarse únicamente por el odontólogo.	X				Será válida la capacitación que imparta el SENA. Se pedirá soporte de haber iniciado estudio.

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.			X		• Si presta servicios hospitalarios y quirúrgicos verifique que en la edificación sólo se presten servicios de salud. • Con base en los servicios declarados y los planos de la institución, diseñe conjuntamente con la persona designada por el prestador, un recorrido identificando la secuencia de servicios a visitar, que permita a la entidad informar a las diferentes áreas, en especial aquellas que requieren condiciones especiales de ingreso.
2.2	TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos	X				

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.					
2.3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X				Observe si durante la visita están funcionando normalmente los servicios de energía, comunicaciones, acueducto y alcantarillado
2.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas. En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se			X		

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.					
2.5	TODOS LOS SERVICIOS	Los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	X				• Identifique todas las áreas de la institución donde se prestan servicios de consulta externa y urgencias y verifique las condiciones en todas ellas. • Durante el recorrido por las instalaciones evalúe los pisos, paredes, muros y cielos rasos en los servicios citados en los criterios, determine si el tipo de materiales o su estado de conservación impiden o dificultan los procesos de limpieza y asepsia en grado tal que puedan determinar un aumento de las infecciones nosocomiales e identifique los posibles riesgos. • Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.6	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.			X		
2.7	TODOS LOS SERVICIOS	La institución no debe estar localizada en lugares de riesgo continuo o inminente desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución.	X				• Verifique que la institución no esté construida en terrenos con riesgo inminente de inundación, deslizamiento, avalancha, erupción volcánica u otros similares, y que no se encuentra próxima a zonas de alto riesgo biológico, industrial o de otra índole, que generen riesgos incorregibles de contaminación para sus instalaciones. • Durante el recorrido por las instalaciones identifique si la construcción presenta desniveles o vacíos hacia espacios libres y si la institución cuenta con las barandas de protección necesarias para evitar posibles accidentes
2.8	TODOS LOS SERVICIOS	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales	X				

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.					
2.9	TODOS LOS SERVICIOS	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.			X		
2.10	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	X				

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.11	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.			X		
2.12	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	X				
2.13	TODOS LOS SERVICIOS	En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar			X		

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.					
2.29	CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA	Debe contar con: un ambiente exclusivo y delimitado en odontología, en el cual podrán funcionar varias unidades	X				
		Cuando posean más de tres unidades odontológicas, deberán contar con una zona para esterilización, a menos que la IPS cuente con una central de esterilización.	X				
		Además de las condiciones definidas para consulta externa, debe contar con pocetas para el lavado de instrumental y lavamanos para toda el área.	X				
		Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, todas las paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz,	X				
		Tiene sala de espera con unidad sanitaria.	X				

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		Consultorio con espacio cerrado con ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de procedimientos	X				
		Debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables	X				
2.29	CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLÓGIA	Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso odontológicos expedida por la dirección territorial.	X				
		Cuenta con un espacio físico que cumple las condiciones exigidas en el manual institucional para disposición de los desechos patógenos generados	X				
		Para radiografías panorámicas y otras radiografías odontológicas especializadas (no incluye periapicales) cumplirá con lo solicitado en infraestructura para el servicio de radiología			X		

11. Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento							
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
2.32	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DX Y SERVICIOS DE APOYO DX Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES	Las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico u odontológico expedida por la dirección territorial competente.	X				
2.45	SERVICIOS EXTRAMURALES.	Áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos			X		

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.1	TODOS LOS SERVICIOS	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud. Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.	X				• Solicite el inventario de equipos de la institución, donde se incluyan todos los elementos con que cuente el prestador. Solicite las hojas de vida del personal relacionado en el listado. • Con base en el listado de servicios declarados y el inventario de equipos, solicite las hojas de vida de los equipos que se encuentran definidos en los estándares para cada uno de los servicios.

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar 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. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o	X				• En las hojas de vida de los equipos verifique que contengan las recomendaciones del fabricante y/o las definidas por la misma institución sobre mantenimiento y condiciones ambientales. • Verifique en las mismas hoja de vida que el equipo cuente con el programa de mantenimiento y control de calidad interno y externo y se le han realizado las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo recomendadas, independientemente de si se realizan con recursos de la institución o el contratado. • Con base en los servicios declarados y los planos de la institución, diseñe conjuntamente con la persona designada por el prestador, un recorrido identificando la secuencia de servicios a visitar, que permita a la entidad informar a las diferentes áreas, en especial aquellas que requieren condiciones especiales de ingreso. • Verifique la existencia de los equipos y las condiciones de mantenimiento, control de calidad interno y externo y las

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.					condiciones medio ambientales recomendadas que no se pueden verificar en las hojas de vida. • Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el equipo que no cumple con el estándar, la referencia del equipo, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. • En el recorrido por la institución seleccione al menos 3 equipos biomédicos, solicite los manuales correspondientes y verifique en la hoja de vida que se están siguiendo las recomendaciones de mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante • Identifique posibles riesgos.
3.3	TODOS LOS	Los contenidos del equipo			X		

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
	SERVICIOS	de reanimación serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.					
3.4	TODOS LOS SERVICIOS	En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.			X		

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
3.21 Res. 2680	CONSULTA EXTERNA ²	3- Si ofrece servicios en la modalidad de atención extramural, de acuerdo con los servicios que preste, cuenta con: Para Salud oral: Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología en un número que garantice esterilización entre un paciente y otro.			X		
3.49 Res. 2680	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA	Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Jeringa Triple. Módulo de	X				

²cons. Ext de md gral, o especializ, pediatría, servicios de fomento y prevención con programas de crecim y dlo, servicios de atención extramural en caso de que practique procedimientos de vacunación, consulta externa de otros profesionales de la salud.

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.					
		Airotor, Micromotor, Contra-ángulo	X				
		Compresor de aire, Autoclave o la aplicación de los métodos de esterilización contemplados en el Manual de Buenas Practicas del Ministerio de la Protección Social	X				
		Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos	X				

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		bucales, Exploradores doble extremo, Sondas periodontales, Pinzas algodoneras, Cucharillas y/o excavadores, Jeringas, Cárpulas, en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.					
		Se dispone mínimo del siguiente instrumental para operatoria : aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor y/o cleoide discoide.	X				
		Instrumental mínimo para endodoncia : explorador de conductos, espaciador, condensador, limas, tiranervios, Dentrimetro.	X				
		Instrumental mínimo para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas,	X				

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		tijeras, mango para bisturí, gubia (opcional)					
		Instrumental mínimo para periodoncia: curetas, sonda periodontal, dentímetro, periostótomo. En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.	X				
		Se realiza mantenimiento de equipos con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo.	X				
		Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente.	X				

12. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO							
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical	X				
		Si toma rayos x el que realiza el procedimiento dispone de Delantal de plomo, al igual que el paciente.	X				

13. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4. 1	TODOS LOS SERVICIOS	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones	X				•Solicite los procesos que el prestador haya definido y tenga documentados para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales medicamentos y dispositivos médicos para uso humano que utilice directamente relacionados con riesgos en la prestación de servicios asistenciales. •Verifique que el proceso de adquisición incluye la verificación del registro expedido por el INVIMA. •Verifique que el proceso de almacenamiento identifica las condiciones de conservación general y particular de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos que deben cumplirse incluyendo el control de fechas de vencimiento y las actividades para garantizar esas condiciones. •Verifique que el prestador tiene identificados los medicamentos y dispositivos médicos que requieren condiciones especiales de transporte (por ejemplo las redes de frío para insumos biológicos) y tiene definidas las actividades para garantizar su cumplimiento. •Verifique que en los procesos de suministro de medicamentos y otros dispositivos médicos a los pacientes se definan actividades para evitar

13. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos					el suministro de elementos con fechas de vencimiento expiradas o dispositivos médicos que puedan estar desnaturalizados o que puedan representar un riesgo para el paciente.

13. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.					• Verifique que se tienen definidas normas institucionales que garanticen que no se reutilicen dispositivos médicos que el INVIMA o el fabricante definan que no deben ser reutilizados. •En el recorrido por las diferentes áreas de la institución verifique que se cumplen con las condiciones definidas en los procesos. •Las áreas de almacenamiento garantizan las condiciones de conservación general y particular de medicamentos, reactivos y dispositivos médicos. •En los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica no se tienen
4.2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	X				En los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico no se reutilizan dispositivos médicos asistenciales que el INVIMA o el fabricante definan que no deben serlo. Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el insumo que no cumple con el estándar, la referencia del dispositivo médico o

13. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							medicamento, y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola Verifique, mediante la evaluación de 10 productos al azar, que los medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados en la institución cuenten con el registro sanitario. Visite los sitios de almacenamiento de dispositivos médicos y verifique que las condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad resulten adecuadas para los diferentes tipos de productos. Corrobore la existencia de los instrumentos de medición de temperatura y humedad y los mecanismos que aplica la institución para realizar el seguimiento y control de estas variables. Verifique, mediante la evaluación de 10 productos al azar, que los medicamentos y dispositivos médicos almacenados y utilizados en la institución no han expirado, de acuerdo con sus fechas de vencimiento. Identifique posibles riesgos.

13. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
4.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	X				
4.4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el	X				

13. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.					
4.5	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el			X		

13. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS							
Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
		Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.					

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas. La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.			X		•Interrogue si los procesos asistenciales definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. •Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de los procedimientos o de las guías clínicas de atención que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. •Verifique que los procesos incluyan actividades para su difusión, revisión y verificación de su cumplimiento. •Durante el recorrido por la institución verifique en las historias clínicas que se revisen para el estándar de historia clínica, que se aplican los procedimientos o guías clínicas de atención suministradas por el prestador. •Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
						para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. •En caso de incumplimiento anote con precisión el procedimiento o guía clínica ausente o que no se aplica y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.
						•Solicite los listados de las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso y los 12 procedimientos de enfermería más frecuentes por cada uno de los servicios hospitalarios, quirúrgicos, de consulta externa y emergencias.

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5. 2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos. Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.	X			•Indague sobre los mecanismos utilizados por la institución para divulgar las guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería entre los responsables de su aplicación. •Indague sobre los mecanismos utilizados por la institución para controlar la aplicación de las guías clínicas de atención y de los protocolos de enfermería oficialmente adoptados. •Durante el recorrido por la institución corrobore, mediante algunas preguntas al azar, el grado de conocimiento del personal médico y de enfermería sobre las guías, normas técnicas, protocolos y manuales de procedimientos, según el caso. •Constate, mediante la evaluación de al menos 10 historias clínicas al azar, el grado de aplicación de las guías, normas técnicas y protocolos aplicados por la institución, en especial aquellas que aparecen como específicas para algunos servicios como es el caso de los servicios hospitalarios •Indague sobre los mecanismos utilizados por el hospital para controlar la aplicación de las normas técnicas y administrativas que haya implantado.

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
							•Identifique posibles riesgos.

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5. 3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo,	X			
5. 4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social	X			

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan.	X			
5. 6	TODOS LOS SERVICIOS	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día			X	
5. 7	TODOS LOS SERVICIOS	Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio.			X	

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5. 8	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.	X			

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5. 9 Res 2680	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios y similares. Para efectos del sistema de habilitación, deberán ajustarse al “Manual de Gestión Integral de Residuos hospitalarios y similares en Colombia” (Resolución 1164 de 2002), y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan; los profesionales independientes se acogerán a lo estipulado en la circular 047 de 2006 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	X			

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5. 10	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar. Si ofrece programa de trasplantes tiene implementado el comité de trasplante de acuerdo con el Decreto 2493 de 2004 o las normas que lo modifiquen, adicionen o			X	

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 11	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento	X				
5. 12	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua			X		
5. 13	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes.			X		

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
		Guías o manuales de los siguientes procedimientos: ✓ Reanimación Cardiocerebropulmonar ✓ Control de líquidos. ✓ Plan de cuidados de enfermería. ✓ Administración de medicamentos. ✓ Inmovilización de pacientes. ✓ Venopunción. ✓ Toma de muestras de				

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
5. 14	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios de unidad de cuidado intermedio e intensivo, además de lo anterior cuenta con: ✓ Guías para alimentación enteral o parenteral, declaración de muerte cerebral, colocación de catéter de presión intracraneana, inserción de catéteres centrales, inserción de marcapaso interno transitorio, traqueostomía, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas), control de nutrición parenteral, anticoagulación profiláctica. ✓ Guías para anticoagulación profiláctica, marcapaso interno transitorio,			X	

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
		Embolectomía y hemodiafiltración (solo aplica para Unidad de cuidados intensivos e intermedios adulto).				
		✓ Guía para: colocación de tubo de tórax, paracentesis, lavados abdominales, venodisección, embolectomía, lavado peritoneal, diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemodiafiltración (cuidados del paciente), lavado de fracturas, punción lumbar, protocolos de los cuidados por				

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES						
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
		terapia respiratoria.				
		✓ Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia.				
5. 15	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de	X			

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 16	TODOS LOS SERVICIOS	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales	X				
5. 17	TODOS LOS SERVICIOS	Los Profesionales Independientes cumplirán lo de su competencia, según el servicio que ofrezcan.			X		
5. 18	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca	X				

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 19	TODOS LOS SERVICIOS	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.			X		
5. 44 Res 2680	CONSULTORIO ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA	• Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas. • Manual de Residuos hospitalarios y similares, ajustado a las características del servicio. • Manual de bioseguridad ajustado a las características del servicio..	X				
		• Para servicios odontológicos el Manual de esterilización podrá regirse por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social.					

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 49	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES	- Cumplimiento del manual de radioprotección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general. - Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos y para los cuidados posteriores, en especial en los procedimientos de radiología intervencionista	X				

14. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES							
Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
5. 59	CONSULTORIO ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA	Debe contar 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 enfermedades de interés en salud pública.	X				

15. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES						
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES
6. 1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	X			•Con base en los servicios declarados, solicite los registros que apliquen de acuerdo con los servicios que tienen definidos registros en el detalle por servicios de éste estándar. Verifique su existencia y que sean diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. •Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice el formulario de verificación y registre el resultado de la verificación para cada estándar criterio y detalle por servicio según lo descrito en las instrucciones generales. En caso de incumplimiento anote con precisión el registro ausente o que no haya sido diligenciado sistemáticamente para cada evento que aplique y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola.

15. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES						
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	MODO DE VERIFICACIÓN
6. 2	TODOS LOS SERVICIOS	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 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.	X			•Constata que se disponen de procedimientos para la apertura y el archivo de las historias clínicas •Revise los registros de actividades y escoja al azar por lo menos 10 pacientes atendidos y corrobore que estos cuentan con historia clínica en la institución •Identifique posibles riesgos
6. 3	TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	X			
6. 4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	X			

15. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES						
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).						
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	MODO DE VERIFICACIÓN
6. 5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.			X	
6. 6	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	X			
6. 7	TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva	X			
6. 12	RADIOOGIA	•Registro de placas tomadas y pacientes atendidos, donde se especifique el tipo de placa, los parámetros usados en el proceso. •Registro de placas dañadas, y posibles causas	X			

16. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS – NO APLICA
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

17. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES							
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
8. 1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X				• Interrogue si los procesos de remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. • Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de la remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. Verifique que los procesos incluyen la documentación de los flujos de urgencias de pacientes al exterior de la institución y la aceptación de la

18. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios..							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9. 1	TODOS LOS SERVICIOS	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica: • La ficha técnica del indicador • La estandarización de las fuentes. • La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas. Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas	X				• Interrogue sobre los comités técnicos científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos. • Verifique que los comités técnico científicos, o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios o de control interno definidas por el prestador incluyan como mínimo el seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios, tomando como base los servicios declarados y la tabla de detalle por servicios de éste estándar. • La verificación se realizará solicitando los resultados de las evaluaciones realizadas por el prestador: diseño e implementación de indicadores y de planes de mejoramiento.

18. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios..							
COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
9.12	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	•Infecciones derivadas de los procedimientos realizados. •Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (ej. Sangrados) en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.	X				