EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN DE LA IPS ORX S.A.S.

EDNA KATTERINE ORTEGA MUÑOZ
CC. No. 23.623.999 DE GUATEQUE BOYACA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD

EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN DE LA IPS ORX S.A.S.

EDNA KATTERINE ORTEGA MUÑOZ
CC. No. 23.623.999 DE GUATEQUE BOYACA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD.

EDGAR ORLANDO PIMIENTO PULIDO
2 DE DICEMBRE DE 2017 - BOGOTA D.C.

RESUMEN

El propósito principal del presente trabajo fue realizar un proceso de evaluación y verificación del cumplimiento de los estándares de Habilitación de acuerdo con la Normatividad en salud Vigente, en la IPS ORX S.A.S., institución que presta servicios de imagenología de segundo nivel de complejidad ubicada en el municipio de Zipaquirá, Cundinamarca. De igual manera, hacer la revisión de los procesos de la institución, con el fin de detectar las debilidades o fallas, para lograr el cumplimiento del marco normativo legal.

Para realizar el proceso evaluación y verificación de habilitación de la Institución se utilizó la herramienta de autoevaluación de las condiciones técnico-científicas de la Resolución No. 2003 del 2014, en donde se enuncian los criterios mininos que debe cumplir toda institución al momento de prestar los servicios de salud.

La IPS ORX S.A.S., evaluada en esta Investigación, es una Institución Prestadora Servicios de Salud de carácter privado, que presta servicio de apoyo diagnóstico, inscrita en el Registro Especial de Prestadores del Ministerio de la Protección Social en el año 2009 con código de habilitación 2556422165, tiene inscritos los servicios de Radiología baja complejidad y Ultrasonido mediana complejidad, intramural ambulatorio.

Durante el desarrollo de la etapa de verificación de los estándares de Habilitación, se evidenció incumplimientos normativos de los estándares de infraestructura, dotación y mantenimiento y procesos prioritarios, los cuales pueden llegar a generar riesgos en la calidad de la prestación de servicios a los usuarios.

ABSTRACT

The main purpose of the present work was to carry out a process of evaluation and verification of compliance with the Habilitation standards according to the Current Health Regulations of the IPS ORX S.A.S. of second level of complexity located in the municipality of Zipaquirá, Cundinamarca. Similarly, review the processes of the institution, in order to detect weaknesses or failures, to achieve compliance with the legal regulatory framework.

In order to carry out the process of evaluation and verification of the Institution's qualification, the self-assessment tool of the technical-scientific conditions of Resolution No. 2003 of 2014 was used, where the minimum criteria that every institution must comply with when providing the Health services.

The IPS ORX SAS, evaluated in this research, is a Private Health Services Provider Institution, which provides diagnostic support service, registered in the Special Registry of Providers of the Ministry of Social Protection in the year, 2009 with a code of habilitation 2556422165.

During the development of the verification stage of the Enabling standards, there was evidence of regulatory infractions of infrastructure, which may generate risks in the quality of the provision of services to users.

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN 6
Capítulo 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 7
Pregunta de investigación 7
Planteamiento del problema 7
Objetivos 8
Objetivo general 8
Objetivos específicos 8
Justificación del problema 9
Capítulo 3. MARCO TEÓRICO 10
Marco Espacial 10
Marco Legal 11
Marco Conceptual 13
Capítulo 4. MARCO METODOLOGICO 15
Tipo de Investigación 15
Fases de la investigación 15
Área de estudio 15
Actores 15
Descripción de las variables 16
Instrumentos 17
Técnica 17
Capítulo 5. DESARROLLO DE FASES DE LA INVESTIGACIÓN 18
Conocimiento general de la institución 18
Diseño de Plan de auditoria 18
Diseño de instrumentos de verificación 21
Ejecución de la Auditoria 32
Capítulo 6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES 34
Hallazgos de la Auditoria 34
Conclusiones 39
BIBLIOGRAFIA 40

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN

La normatividad del sector salud en Colombia tiene como requerimiento que todas las instituciones que presten servicios de salud deben estar inscritas y habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, como requisito para poder prestar un servicio de salud, con estandartes mínimos de calidad y garantizar la seguridad del paciente en los procesos de atención en salud.
La habilitación para una institución que presta servicios de salud está conformada por los estándares, que a su vez contiene los criterios de obligatorio cumplimiento para cada uno de los servicios habilitables. El instrumento de autoevaluación de la Resolución 2003 del 2014 describe cada uno de estos estándares por servicio de tal manera que el ejercicio de verificación se realiza de manera clara y sencilla.

Los estándares que contempla el Sistema Único de Habilitación son:

- Talento Humano
- Infraestructura, Instalaciones Físicas y su Mantenimiento.
- Dotación y Mantenimiento
- Medicamentos, Dispositivos Médicos y su Gestión.
- Procesos Prioritarios Asistenciales
- Historia Clínica y Registros Asistenciales.

Este ejercicio de evaluación y verificación de las condiciones de habilitación para cada uno de los estándares anteriormente mencionados, de la IPS ORX S.A.S., tiene como objetivo la identificación de problemas y/o fallas de calidad en el cumplimiento de los requisito legales, con el fin de orientar a la institución donde debe hacer intervención, para que así pueda conservar la habilitación de los servicios que actualmente presta y garantizar la permanencia en el sistema, además de prevenir riesgos asociados al incumplimiento, que pueden llegar a afectar a los usuarios.

Capítulo 2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación

¿Los servicios de Apoyo Diagnostico de la institución de servicios de apoyo diagnostico IPS ORX S.A.S., cumplen con los criterios de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para prestadores de servicios de salud definidos en la Resolución 2003 de 2014?

Planteamiento del problema

Teniendo en cuenta que uno de los componentes y pilares del sistema es el Sistema Único de habilitación, que consiste en una evaluación de carácter obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud, a partir de lo anterior se genera la necesidad y la importancia de evaluar y poder realizar un ejercicio de verificación de cumplimiento de los lineamientos de la normatividad que regula el Sistema único de habilitación para prestadores de servicios de salud para la IPS ORX S.A.S., y de esta manera poder identificar las fallas y garantizar la permanecía en sistema.

Por tal razón se considera pertinente realizar una verificación del estado actual de los servicios de Apoyo Diagnóstico de la institución con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación para prestadores de servicios de salud definidas en la Resolución 2003 de 2014 y de esta manera poder garantizar la permanecía en el sistema.

Objetivos

Objetivo general

Verificar el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación para prestadores de servicios de Salud definidas en la Resolución 2003 de 2014, en los servicios de apoyo diagnóstico de la IPS ORX S.A.S.

Objetivos específicos

Realizar un plan de auditoria específico de acuerdo con los requerimientos de la Resolución 2003 de 2014, para los servicios de apoyo diagnóstico de la IPS ORX S.A.S.

Diseñar los instrumentos de evaluación para verificar el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único De Habilitación, definidas en la resolución 2003 de 2014.

Identificar los criterios normativos de capacidad tecnológica y científica a los cuales no se le da cumplimiento y generar un informe de hallazgos con los mismos.

Justificación del problema

Esta Auditoria de verificación del sistema único de habilitación se realiza debido al no seguimiento del cumplimiento de los estándares y requisitos exigidos por la normatividad vigente para institución prestadora de servicios de imagenología IPS ORX SAS en el último semestre del 2017, quienes desde la alta gerencia son conscientes de la importancia de garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud que ofrece, y dar cumplimiento a los procesos obligatorios que le exige la normatividad Colombiana con el fin de minimizar riesgos durante la prestación de los servicios.

De tal manera que en este trabajo de verificación se va a realizar un diagnóstico del estado actual de los servicios de imagenología que tiene inscritos la institución, con el fin de verificar el grado de cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas del sistema único de habilitación para prestadores de servicios de salud definidas en la Resolución 2003 de 2014, usando las herramientas y conocimientos adquiridos durante la formación del programa de Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud de la UCC y se desarrollara en el primer semestre del 2018.

Como profesional y futura Auditora de sistemas de calidad en salud, la investigación se realiza bajo el análisis del cumplimiento del marco regulatorio para las entidades del sector salud, teniendo en cuenta los criterios del autor para desarrollar el proceso de verificación utilizando las herramientas diseñadas por el mismo, además de esta manera generar mejoras a la institución y aprender a identificar las fallas más comunes de los sistemas de calidad en salud de las instituciones de salud.

Capítulo 3. MARCO TEÓRICO

Marco Espacial

La institución prestadores de servicios de salid IPS ORX S.A.S., es una institución de carácter privado legalmente constituida en el año 2009, como una empresa dedicada a los servicios de imagenología, debidamente inscrita ante el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud del ministerio de la protección social.
En la actualidad se prestan servicios de radiología convencional y ecografía, su estructura organizacional es de tipo matricial.

La VISIÓN institucional es Alcanzar y consolidar el liderazgo a nivel departamental en la prestación de los servicios de imagenología, usando un equipo médico moderno y eficiente, así como el talento humano con un óptimo nivel de competencia y altamente capacitado en el sector de la salud, que se verá reflejado en la garantía a los usuarios de oportunidad, calidad y excelente atención en el momento de prestar el servicio**.**

Su MISIÓN es ser una empresa especializada en los servicios de imagenología, ofreciendo una asistencia oportuna, profesional y humana. Servicio que se presta en una infraestructura apropiada, segura y con un equipo técnico, médico y con personal altamente calificado y especializado, preservando continuamente el estado de salud del paciente y cumpliendo a cabalidad con los principios éticos de la atención integral al ser humano, observando los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social Colombiano.

Los VALORES corporativos institucionales son:

- Principios sólidos
- Compromiso
- Trabajo en equipo
- Proactividad
- Entusiasmo
- Dinamismo y agilidad

Marco Legal

En Colombia se aprobó la Constitución Política en el año 1991, donde se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', dos años más tarde con la aprobación de La Ley 100 de 1993, los numerales 2o. y 3o. del artículo 173. Informa que corresponde al Ministerio de Salud, dictar y expedir las normas científicas y administrativas que regulen la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por las empresas promotoras de servicios de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud del sistema general de seguridad social; en 1993, con la organización del Sistema de Seguridad Social en Salud, se establece la calidad como uno de los principios rectores, y se ordena la definición del Sistema de Garantía de Calidad, que mediante el Decreto 2174 de 1996, (ya derogado y posteriormente sustituido por el Decreto 1011 de 2006), incorpora el concepto de habilitación para la prestación de servicios de salud, como una serie de estándares de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) que quieran participar en la oferta de estos servicios, de tal forma el Ministerio de Salud dicta la Resolución 4445 de 1996, Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Con la expedición de la Ley 715 de 2002, se ordena la creación del Sistema de Garantía de Calidad y del Sistema Único de Habilitación, entre otros temas. El Gobierno Nacional, mediante Decreto 2309 de 2002, (ya derogado) reglamento el sistema de garantía de calidad en el cual se incorporan cuatro componentes: el sistema único de acreditación de IPS y de las administradoras de servicios de salud; el sistema de información a los usuarios; la auditoría para el mejoramiento de la calidad, y el sistema único de habilitación de prestadores y administradores.

Años más tarde con el decreto 1011 de 2006 se establece *La Calidad de la Atención en Salud* como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y

equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS

El mismo Decreto 1011 de 2006, integro en su momento la resolución 1043 de 2006 Anexo Técnico N.º 1 (hoy día derogada) "Por la cual 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", Modificado parcialmente por las resoluciones 2680 de agosto y 3763 de octubre del 2007.

Dando cumplimiento al Decreto 1011 de 2006, en cuanto a la revisión permanente y del ajuste gradual de los estándares que hacen parte de los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, el Ministerio de Salud deroga la resolución 1043 de 2006 y sus reglamentarios y expide la Resolución 1441 de 2013 la cual entra en evidencia a partir del 1 de junio de 2014, y fue derogada un año más tarde por la Resolución 2003 del 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios; esta nueva reglamentación, presenta de manera muy puntual los criterios requeridos para cada estándar y servicio a ofertar, es más exigente en términos de la Seguridad del Paciente.

Teniendo en cuenta lo anterior para el desarrollo del presente trabajo se tendrá como principal fundamento la Resolución 2003 de 2014 puesto que contiene en las condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud en Colombia por la cual se definen los procedimientos que regulan el campo de aplicación de esta.

Marco Conceptual

Teniendo en cuenta la normatividad vigente y que aplica a los prestadores de servicios de salud, y el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, se considera:

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud SOGCS: 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.

Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Estándares de habilitación: son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca. Los estándares de habilitación son principalmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que éstos apunten a los riesgos principales.

El alcance de cada uno de los estándares es:

- ✓ Talento Humano: Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.
- ✓ Infraestructura: Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- ✓ Dotación. Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

- ✓ Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos: Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
- ✓ Procesos Prioritarios: Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.
- ✓ Historia Clínica y Registros: Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.
- ✓ Interdependencia: Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

Distintivos de habilitación: El Distintivo de habilitación es el instrumento de identificación, que le sirve a los ciudadanos para ejercer control, verificando que los servicios de salud se están prestando debidamente habilitados. Por cada servicio habilitado, las Entidades Departamentales y Distritales de salud, autorizan la generación del correspondiente Distintivo de habilitación

Capítulo 4. MARCO METODOLOGICO

Tipo de Investigación

El enfoque de la investigación fue cualitativo; ya que se hace referencia a la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar la pregunta de investigación y puede o no probar hipótesis en su proceso de interpretación, esta investigación se limita únicamente a realizar una verificación de cumplimiento de los estándares de habilitación de Capacidad Tecnológica y Científica definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la Resolución 2003 de 2014, para la IPS ORX SAS.

Fases de la investigación

- ✓ Conocimiento general de la Institución.
- ✓ Diseño de Plan de auditoria. (Anexo 1)
- ✓ Diseño de instrumentos de verificación (Anexo 2)
- ✓ Ejecución de la Auditoria.
- ✓ Procesamiento y organización de la información.
- ✓ Conclusiones

Área de estudio

La presente investigación se realizó en la IPS ORX S.A.S., en los Servicios de apoyo diagnóstico: Radiología y Ultrasonido, en la sede en ubicada en el municipio de Zipaquirá Cundinamarca.

Actores

La investigación se realiza en la IPS ORX S.A.S.
Para la Investigación se tomaron en cuenta los dos servicios inscritos ante el registro especial de prestadores del ministerio de la protección social:

- ✓ Radiología - baja complejidad
- ✓ Ultrasonido – mediana complejidad

Descripción de las variables

Las variables a evaluar en los servicios de apoyo diagnóstico de la institución de la investigación son los 7 estándares incluidos dentro de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación en Salud, definidos el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de la resolución 2003 de 2014.

Descripción de variables:

- ✓ **Talento Humano:** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.
- ✓ **Infraestructura:** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- ✓ **Dotación.** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.
- ✓ **Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos:** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
- ✓ **Procesos Prioritarios:** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.
- ✓ **Historia Clínica y Registros:** Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros

de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

- ✓ **Interdependencia:** Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

Instrumentos

En base a la normatividad vigente se diseñaron Instrumentos de verificación para evaluar y recolectar la información para cada uno de los servicios a verificar. Anexo 2
Teniendo esto en cuenta esta información se diseñaron 4 listas de chequeo que aplican para los servicios de la IPS en investigación.

Técnica

La técnica utilizada fue la observación directa en los diferentes servicios de la institución, teniendo en cuenta el plan de auditoria establecido, los resultados posteriormente son consolidados para revisar el cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación para la prestación del servicio.

Capítulo 5. DESARROLLO DE FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Conocimiento general de la institución

Para realizar el proceso de evaluación y verificación de los estándares de habilitación el primer paso es la identificación y conocimiento general de la institución, para lo cual se realiza una visita de preparación con la gerencia de la Institución para abordar el tema, y de esta manera poder realizar una revisión bibliografía de las normas aplicables a la institución.

Diseño de Plan de auditoria

Posteriormente se realiza el diseño del Plan De Auditoria el cual se basa en los requerimientos generales aplicables de la resolución 2003 del 2014 y las demás normas que la complementan, a la institución de la investigación, este plan de auditoria contempla:

- ✓ Lugar donde se desarrolla la auditoria
- ✓ Servicios por auditar
- ✓ Objetivo
- ✓ Alcance
- ✓ Normatividad Aplicable
- ✓ Universo y Muestra
- ✓ Metodología
- ✓ Responsable del proceso
- ✓ Equipo Auditor

El plan de auditoria se envía a la gerencia informando la fecha de la auditoria, día de reunión de apertura, desarrollo de esta y aplicación de listas de chequeo.

TIPO DE AUDITORIA	EXTERNA No. 01
FECHA	25 DE NOVIEMBRE DE 2017
LUGAR - UBICACIÓN	IPS ORX S.A.S. - ZIPAQUIRA CUNDINAMARCA
SERVICIO	IMAGENOLOGIA
OBJETIVO	Conocer el grado de cumplimiento de los criterios de las condiciones técnico-científicas contenidos en la Resolución 2003 de 2014 de los servicios habilitados en la IPS ORX S.A.S., en el segundo semestre del año 2017
ALCANCE	Todos los estándares de calidad de la Resolución 2003 del 2014 en los servicios habilitados en la IPS ORX S.A.S.
NORMATIVIDAD VIGENTE	RESOLUCIÓN 2003 DE 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud Decreto Único Reglamentario 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social RESOLUCION 4445 DE 1996 Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares RESOLUCION 01164 DE 2002 por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares. RESOLUCIÓN 256 DE 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud RESOLUCION 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica
UNIVERSO	IPS ORX S.A.S.
MUESTRA	SERVICIO DE RADIOLOGIA Y ULTRASONIDO

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	Documentación realizada antes de la expedición de la Resolución 2003 del 2014 Documentación de otro tipo de sistema diferente al del sistema único de habilitación Documentación especifica de las condiciones técnico – administrativas que detalla la resolución 2003 del 2014.
METODOLOGÍA	Se realizara auditoria externa teniendo en cuenta los criterios a evaluar dentro de la normatividad vigente del sistema único de habilitación de manera retrospectiva en la IPS ORX SA.S., aplicada a los servicios de radiología y ultrasonido, teniendo en cuenta los criterios de exclusión, utilizando listas de chequeo evaluando los criterios contenidos en las condiciones técnico científicas de la Resolución 2003 de 2014, de manera cualitativamente, evaluación de acuerdo a los siguientes criterios: Evaluación de Criterios: **C=**Cumplimiento Total Del Criterio **NC=** Incumplimiento Parcial o Total De Un Criterio
FECHA DE APERTURA	25 de noviembre de 2017
FECHA DE CIERRE	23 de febrero de 2018
FECHA DE ENTREGA INFORME	12 de marzo de 2018
RESPONSABLE DEL PROCESO	Gerencia de la institución
EQUIPO AUDITOR	Edna Katterine Ortega Muñoz Ingeniera Biomédica Verificador de condiciones de habilitación en salud Estudiante de Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud

Diseño de instrumentos de verificación

Las listas de chequeo para el desarrollo de la auditoria se realizaron con base a la normatividad vigente y aplicable al Sistema Único de Habilitación En Salud.

En primer lugar, se utilizó la autoevaluación de la Resolución 2003 de 2014, donde se incluyeron los estándares aplicables a:

- ✓ Todos los Servicios – Cuatro páginas.

La segunda lista de chequeo también se utilizó la autoevaluación de la Resolución 2003 de 2014, donde se incluyeron los estándares aplicables a los servicios específicos

- ✓ Servicio de Radiología – Una página
- ✓ Servicio de Ultrasonido – Una página

La tercera lista de chequeo se utilizó en base a los criterios de infraestructura de la Resolución 4445 de 1999:

- ✓ Condiciones básicas de una IPS – Cuatro páginas.
- ✓ Servicio de Radiología – Una página

Es importante resaltar que durante el proceso de verificación se tienen en cuenta las normas complementarias al proceso de habilitación en salud, tales como:
Resolución 1164 del 2002 Norma para verificación de la gestión integral de residuos hospitalarios y similares.
Resolución 1995 de 1999 Norma para verificación de cumplimiento de Historia clínica y registros asistenciales.
Resolución 256 de 2016 Norma para verificación de sistemas de información para la calidad y verificación de indicadores.

LISTAS DE CHEQUEO

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA PARA LA HABILITACIÓN INSTRUMENTO : TODOS LOS SERVICIOS	RESOLUCION 2003 DE 2014 - MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.			
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
TALENTO HUMANO				
1. El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.				
INFRAESTRUCTURA				
Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.				
Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial.				
Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.				
En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores.				
Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.				
Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.				
Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra.				
En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.				
En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.				
La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.				
La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.				
Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.				
El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.				
El prestador que utilice para su funcionamiento, fuentes radiactivas, cuenta en forma previa a la habilitación, con Licencia de Manejo de Material Radiactivo vigente, expedida por la autoridad reguladora nuclear (Ministerios de Salud y Protección Social y Minas y Energía o la entidad por éste designada para tal fin).				
En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.				
Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.				
La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo.				
DOTACIÓN				
Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.				
En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.				
Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA PARA LA HABILITACIÓN INSTRUMENTO : TODOS LOS SERVICIOS	RESOLUCION 2003 DE 2014 - MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.			
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo.				
Cuenta con elementos para comunicación externa e interna.				
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS				
Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.				
Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.				
Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frio, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.				
Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.				
Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.				
Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones. Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.				
PROCESOS PRIORITARIOS				
Cuenta con un PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos que incluya como mínimo				
d. **PROCESOS SEGUROS** Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.				
Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA PARA LA HABILITACIÓN INSTRUMENTO : TODOS LOS SERVICIOS	RESOLUCION 2003 DE 2014 - MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.			
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.				
Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.				
La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.				
Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.				
Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.				
La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.				
Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.				
Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.				
En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención				
Cuenta con un **protocolo de lavado de manos.**				
Está explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:				
1. Antes del contacto directo con el paciente.				
2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.				
3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.				
4. Después de contacto con el paciente.				
5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).				
La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:				
1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud según el riesgo.				
2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales.				
3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.				
4. Uso y reúso de dispositivos médicos				
5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.				
6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.				
Cuenta con protocolo de:				
1. Limpieza y desinfección de áreas.				
2. Superficies.				
3. Manejo de ropa hospitalaria.				
4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.				
Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuenta:				
Manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen.				
El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.				
El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.				
El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador.				
El prestador cuenta con registros de control de la generación de residuos.				
Se cuenta con protocolo ó manual socializado y verificado de **procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:**				
1. Estabilización del paciente antes del traslado.				
2. Medidas para el traslado.				
3. Lista de Chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA PARA LA HABILITACIÓN INSTRUMENTO : TODOS LOS SERVICIOS	RESOLUCION 2003 DE 2014 - MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.			
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
a. Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.				
b. Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.				
c. Resumen de historia clínica.				
4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correos, entre otros)				
5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.				
Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:				
1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexual				
HISTORIA CLINICA Y REGISTROS ASISTENCIALES				
Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.				
Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.				
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.				
El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.				
Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.				
Las historias clínicas y/o registros asistenciales:				
Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.				
Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.				
Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.				
Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.				
Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.				

OTROS CRITERIOS DE INFRAESTRUCTURA - RES. 2003 / 2014 PAGINA 199				
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
Cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Capítulo IV de la Ley 9° de 1979 y sus decretos reglamentarios.	*VISITA DE SALUD PUBLICA*			
Licencia de construcción aprobada para el uso de salud.				
Permiso de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas.	*P. DE VERITIMIENTOS DEL EDIFICIO*			
Sistema de prevención y control de incendios	*Certificado de bomberos*			
Señalización por servicio	*De acuerdo a Re. 4445/00*			
Plan de emergencias y desastres				
Planes de mantenimiento de la planta física e instalaciones físicas e instalaciones fijas.				
Planes de mantenimiento de los equipos fijos				
Las instalaciones eléctricas están actualizadas con el reglamento técnico de instalaciones eléctricas RETIE.	*Certificación Electrico*			
La institución cumple con las condiciones de accesibilidad en Colombia (resolución Min Salud 14861 de 1985 y ley 361 de 1997)	*NO APLICA INDEPENDIENTES*			

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS PARA LA HABILITACIÓN	INFRAESTRUCTURA - CONDICIONES BASICAS PARA UNA I.P.S. RESOLUCION 4445 DE 1996 SERVICIO: RADIOLOGIA	

CRITERIO	OBSERVACIONES	C	NC	NA
Es el ambiente destinado a la realización, procesamiento e interpretación de las imágenes de los estudios efectuados por rayos x.				
1. Rayos x requiere espacios para:				
1.1. Información citas y control de pacientes.				
1.2. Vestuario de pacientes.				
1.3. Control y disparo de equipos.				
1.4. Sala de examen, acorde con las dimensiones del equipo e intensidad de las emisiones de Rayos X.				
1.5. Depósito para medios de contraste y elementos de consumo.				
1.6. Cuarto para revelado automático o manual, con cámara oscura y cámara clara.				
1.7. Lectura de placas.				
1.8. Oficina para radiólogo.				
1.9. Depósito o archivo de placas, alejados de la zona de examen.				
2. En los servicios radiológicos se deben tener en cuenta las protecciones necesarias para evitar radiaciones al personal, para lo cual se requiere:				
2.1. Adecuado blindaje en lámina de plomo en paredes y puertas para protección contra las radiaciones ionizantes. Cuando se trate de una edificación de más de un piso, los entrepisos correspondientes al área de la sala de examen deben contar con la protección adecuada.				
2.2. Que la sala de examen no esté cercana a zonas de permanencia de personal como son oficinas, salas de espera y espacios similares.				
2.3. Área mínima de 20.00 m2 (lado mínimo 3.80 m.), para equipo de 300 miliamperios para una sala de radiología.				
2.4. Cuando las posibilidades de recubrimiento en plomo no sean factibles, se deben tener en cuenta las siguientes equivalencias en otros materiales para seguridad de las personas, así:				
2.4.1. Un (1) mm. de plomo equivale a: 80 m m. de concreto ordinario; 17 mm. de concreto y barita; 100 mm. de ladrillo tolete; 200 mm. de placa hueca.				
3. 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				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA PARA LA HABILITACIÒN	RESOLUCION 2003 DE 2014 - MANUAL DE INSCRIPCIÒN DE PRESTADORES Y HABILITACIÒN DE SERVICIOS DE SALUD.	

SERVCIO DE RADIOLOGIA				
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
TALENTO HUMANO				
Cuenta con:				
Técnico o tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas, para la operación de equipos y adquisición de imágenes, con supervisión por especialista en radiología e imágenes diagnósticas o aquellos médicos especialistas quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes, para establecer el diagnóstico y/o el tratamiento de las enfermedades inherentes a sus especialidades, para lo cual deberán acreditar el respectivo certificado.				
La supervisión implica que el médico especialista desarrolla las acciones establecidas en los protocolos (tales como radioprotección, técnica radiológica, calidad de la imagen, vigilancia epidemiológica, vigilancia radiológica). No implica la supervisión directa cada procedimiento radiológico, ni la presencia permanente del especialista.				
La interpretación de los exámenes diagnósticos será realizada por el médico especialista.				
INFRAESTRUCTURA				
Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios delimitados y señalizados con las siguientes características:				
1. Sala de espera que puede ser compartida con otros servicios.				
2. Dispone de unidad sanitaria discriminada por sexo.				
3. Sala de examen exclusiva para equipo de rayos X con las protecciones contra radiaciones ionizantes.				
4. Área para el control del equipo.				
5. Área para cambio de ropa de pacientes.				
6. Área para lectura de placas.				
7. Área para revelado si aplica.				
Los ambientes donde funcionan las fuentes emisoras de radiaciones ionizantes cuentan con licencia vigente de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico.				
DOTACIÒN				
Cuenta con equipo de rayos X correspondiente con:				
Mesa radiográfica.				
Delantal plomado.				
Protector gonadal y de tiroides.				
MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS				
Aplica lo de todos los servicios.				
PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES				
Además de contar con la licencia de rayos X expedida por Entidad Departamental o Distrital de Salud, el servicio cuenta con:				
1. Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos.				
2. 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.				
3. Normas explícitas para que la interpretación de los exámenes sea realizada únicamente por el médico especialista.				
4. Protocolos para garantizar la calidad de la imagen.				
5. Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto. La empresa prestadora de servicios de dosimetría individual, cuenta con licencia vigente del Ministerio de Minas y Energía o su delegado.				
Cumplimiento de los protocolos que incluyan, calidad de la imagen, vigilancia epidemiológica, vigilancia radiológica, establecidos por la Institución.				
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS				
Registro de estudios realizados que incluya el nombre del paciente, y nombre del estudio realizado.				
Registro de placas dañadas y posibles causas.				
Número de estudios rechazados por el médico especialista y sus causas.				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CAPACIDAD TECNOLOGICA Y CIENTIFICA PARA LA HABILITACIÓN	RESOLUCION 2003 DE 2014 - MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.	

SERVCIO DE ULTRASONIDO				
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
TALENTO HUMANO				
Cuenta con médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas o médicos con especialidad médico-quirúrgica, que en su formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del ultrasonido, para establecer el diagnóstico de las enfermedades inherentes a sus especialidades, que demuestren entrenamiento en ecografía dentro de su pensum o formación académica adicional y habilitarán el servicio como parte de su consulta especializada.				
INFRAESTRUCTURA				
Aplica lo exigido para consulta externa:				
Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios y características exclusivos, delimitados y señalizados:				
1. Sala de espera con ventilación e iluminación natural y/o artificial.				
2. Consultorios.				
Disponibilidad de unidad sanitaria.				
El consultorio cuenta con:				
1. Área para entrevista.				
2. Área para examen cuando aplique.				
3. Lavamanos por consultorio. No se exige adicional si el consultorio cuenta con unidad sanitaria.				
DOTACIÓN				
Aplica lo exigido para todos los servicios.				
MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS				
Cuando apliquen medicamentos, Aplica lo de todos los servicios.				
PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES				
Aplica lo exigido para todos los servicios.				
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS				
Aplica lo exigido para todos los servicios.				
INTERDEPENDENCIA				
No aplica.				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS PARA LA HABILITACIÓN	INFRAESTRUCTURA - CONDICIONES BASICAS PARA UNA I.P.S. RESOLUCION 4445 DE 1996			
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
1. Todo prestador de servicios de salud, cuenta con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios.				
2. ***Localización de las instituciones*** :				
2.1. La Institución se localiza en un lugar que no presenta problemas de polución, siguiendo las pautas sobre zonificación existentes en cada ciudad, por lo tanto, se evitan zonas de riesgo que ofrezcan peligro de inundación, erosión, etc., así mismo, se evita que su ubicación esté cerca a lugares de disposición de basuras, criadero de artropodos y roedores, mataderos, cementerios y, en general, a focos de insalubridad e inseguridad, que impiden				
3. La localización de las instituciones prestadoras de servicios de salud debe estar de acuerdo con los usos del suelo existentes, del municipio de ubicación, en desarrollo de las normas establecidas por las respectivas autoridades competentes. (Certificado de uso del suelo, expedido por la Oficina de Planeación Municipal o quien haga sus veces).				
5. La Institución garantiza los servicios de:				
5.1. Suministro de agua.				
5.2. Energía eléctrica.				
5.3. Sistema de comunicaciones, según disponibilidad tecnológica.				
5.4. Manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos				
6. Las instalaciones interiores para el suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento, con dotación de servicio continuo y presión de servicio en todos los sitios de consumo. Los materiales utilizados cumplen con las normas establecidas por el Instituto Nacional de Normas Técnicas y Certificación - ICONTEC, referentes a su uso, instalación y mantenimiento				
7. Las instalaciones interiores para evacuación de residuos líquidos están diseñadas y construidas de tal manera que permitan su rápido escurrimiento, se eviten obstrucciones, se impida el paso de gases y animales de la red pública al interior de las edificaciones, no permitan el vaciamiento, el escape de líquido o la formación de depósitos en el interior de las tuberías y finalmente, se evite la conexión o interconexión con tanques de almacenamiento y sistemas de agua potable. Los materiales utilizados deben cumplir con las normas establecidas por el Instituto Colombiano de Normas técnicas ICONTEC, referentes a su uso, instalación y mantenimiento.				
8. Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, deben contar, ***en el área física destinada a los servicios*** , por lo menos con una unidad sanitaria que conste de: un inodoro y un lavamanos (por cada quince (15) personas, incluyendo pacientes ambulatorios, visitantes y personal que en la institución labore), discriminados por sexo y por uso.				
9. Se garantiza el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. (FAVOR verificar este criterio en los servicios).				
10. Existe un orinal y un dispensador de agua o bebedero por cada cincuenta (50) personas.				
11. Cuando existan inodoros en serie, deben estar separados por divisiones con espacio libre mínimo de 0.20 m. en su parte inferior, para facilitar ventilación y limpieza.				
12. En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se debe dar cumplimiento a las disposiciones de la Resolución No. 14.861 del 4 de Octubre de 1985 expedida por el actual Ministerio de la Protección Social, Ley 361 de 1997 y Decreto 1538 de 2005 del Min. Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial, sobre instalación y requisitos de unidades sanitarias y duchas para minusválidos.				
13 Los servicios sanitarios, deben cumplir los siguientes requisitos:				
Deben estar ubicados cerca de espacios de circulación para permitir el fácil acceso a la población en general.				
Se deben colocar señales para indicar su ubicación.				
Los cuartos de servicios sanitarios para minusválidos, se deben identificar en la puerta con el símbolo internacional de acceso.				
Las puertas de entrada deben tener como mínimo 0.80 m. y cuando sean de batiente deben abrir hacia fuera. La apertura de puertas no puede impedir la libre circulación interior o exterior a los servicios sanitarios.				
Cuando exista pasillo o vestíbulo, como antesala para entrar a una unidad sanitaria, sus dimensiones mínimas deben ser 1.20 m. de ancho por 1.50 de largo.				
No deben existir cambios abruptos de nivel entre el piso de la unidad sanitaria y el espacio del exterior o en cualquier parte de su interior.				
La altura de la taza de inodoro debe estar entre 0.40 m. y 0.50 m. desde el piso acabado.				
Cuando las exigencias mínimas de una edificación, sean de una unidad sanitaria por sexo, como en el presente caso, cada unidad debe reunir las condiciones de acceso para minusválidos.				
Cuando en una edificación se instalen baterías de unidades sanitarias, cada una de éstas debe tener una unidad diferenciada por sexo, por cada 15 personas, con facilidades de acceso para minusválidos.				
En los cuartos sanitarios para minusválidos debe instalarse alarma.				
Cuando se coloquen espejos en cuartos sanitarios para minuválidos, deben estar a 1.10 m. de altura en su parte inferior y con inclinación hacia abajo de 10 grados.				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS PARA LA HABILITACIÓN	INFRAESTRUCTURA - CONDICIONES BASICAS PARA UNA I.P.S. RESOLUCION 4445 DE 1996	

CRITERIO	OBSERVACIONES	C	NC	NA
Todos los servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud, disponen de cuartos independientes con poceta o unidades para lavado de implementos de aseo y espacio suficiente para colocación de escobas, traperos, jabones, detergentes y otros implementos usados con el mismo propósito. Las pocetas para lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.				
Para el suministro de agua en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se debe dar cumplimiento a las disposiciones de la Ley 09 de 1979, a sus reglamentarios y en especial al Decreto 475 de 1998 sobre potabilización del agua y demás normas que lo sustituyan, modifiquen o complementen. Es decir, que se deben tomar muestras de agua periódicamente y en diferentes puntos de consumo, a fin de verificar su potabilidad, con base en lo establecido en el Decreto 475 de 1998, de lo cual deben existir registros.				
En las instituciones prestadoras de servicios de salud, se debe garantizar un suministro continuo de agua y cuando se presten servicios de *hospitalización u observación y urgencias*, el suministro de agua potable no debe ser inferior a *600 litros por cama y por día*.				
La conexión de las instituciones prestadoras de servicios de salud, al sistema de alcantarillado público, es de carácter obligatorio, cuando exista este sistema y las condiciones técnicas lo permitan. Cuando por la ubicación de las instituciones prestadoras de servicios de salud no sea posible la conexión al sistema de alcantarillado público, debe instalarse un sistema para tratamiento, evacuación y disposición sanitaria de residuos líquidos, previa aprobación de la autoridad ambiental competente.				
En las instituciones prestadoras de servicios de salud, los pisos deben cumplir, como mínimo, con las siguientes condiciones:				
Ser impermeables, sólidos, resistentes, antideslizantes, de fácil limpieza y uniformes, de manera que ofrezcan continuidad para evitar tropiezos y accidentes.				
Tener nivelación adecuada para facilitar drenaje.				
De material que no transmita ruido ni vibración.				
En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio, de esterilización, de bancos de sangre, salas de autopsias *y donde se requiera un proceso de limpieza y asepsia más profundo*, la unión con paredes o muros debe llevar guardaescobas en media caña.				
Estar construidos de materiales conductivos conectados a polo de tierra en salas expuestas a la presencia de gases inflamables, cuando existan aparatos eléctricos y se pueda presentar interferencia en su funcionamiento, o disponer de un sistema similar.				
En las instituciones prestadoras de servicios de salud los cielos rasos, techos y paredes o muros deben cumplir, como mínimo, con las siguientes condiciones:				
Ser impermeables, sólidos, inocombustibles y resistentes a factores ambientales como humedad y temperatura.				
De superficie lisa y que los materiales usados para su terminado no contengan sustancias tóxicas, irritantes o inflamables.				
Cubiertos con materiales lavables y de fácil limpieza, tales como baldosín de cerámica esmaltada o materiales que cumplan condiciones de asepsia, especialmente en salas de cirugía, de partos, de curaciones, de autopsia, servicios de lactarios, de esterilización, de cuidados intensivos e intermedios, de laboratorios, de cocina, trabajos de enfermería, cuarto para almacenamiento de alimentos, ***unidades sanitarias y cuartos de aseo.***				
Las uniones de paredes o muros, con cielo rasos o techos, en los ***ambientes donde se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo***, tales como, salas de cirugía y de partos y servicio de esterilización, deben tener acabados en media caña.				
Rampas:				
a) Tramo máximo sin descanso: 20.00 m. con descanso entre tramos mínimo de: 1.40 m. de profundidad.				
b) Altura libre mínima en todo su recorrido: 2.20 m.				
c) Ancho mínimo en todo su recorrido: 1.40 m.				
d) Pendiente no mayor del 8%.				
e) Piso de material antideslizante.				
f) Pasamanos de preferencia a ambos lados en todo el recorrido, a: 0.90 m. de altura, que se prolongan antes del inicio y al final, paralelos al piso: 0.30 m. de longitud.				
g) Protecciones laterales hacia espacios libres.				
La señalización debe ser definida según las necesidades y características particulares de cada institución prestadora de servicios de salud, teniendo en cuenta los siguientes colores indicativos de cada servicio:				
Servicios de Dirección y Administración: Violeta.				
Servicios de Consulta Externa: Naranja.				
Servicios de Urgencias: Rojo.				
Servicios de apoyo a las actividades de Diagnostico y Tratamiento: Amarillo.				
Servicios de Hospitalización: Azul.				
Servicios Generales: Café.				
La señalización debe estar colocada en áreas de circulación con el fin de que los usuarios de las instituciones prestadoras de servicios de salud identifiquen los diferentes servicios.				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS PARA LA HABILITACIÓN	INFRAESTRUCTURA - CONDICIONES BASICAS PARA UNA I.P.S. RESOLUCION 4445 DE 1996	

CRITERIO	OBSERVACIONES	C	NC	NA
En el diseño de accesos, áreas de circulación y salidas, se da cumplimiento a las disposiciones reglamentarias sobre protección del minusválido contempladas en la Resolución N° 14.861 del 4 de octubre de 1985 expedida por el actual Ministerio de la Protección Social, Ley 361 de 1997 y Decreto 1538 de 2005 del Min. Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial.				
Las entradas principales a edificaciones y a sus ambientes interiores deben ser accesibles, para lo cual deben cumplir con los siguientes requisitos:				
Para el acceso a las edificaciones, se debe permitir el acceso de perros guía, sillas de ruedas, bastones y demás elementos o ayudas necesarias, por parte de las personas que presenten dificultad o limitación para su movilidad y desplazamiento.				
Se debe disponer de sistemas de guías e información para las personas invidentes o con visión disminuida que facilite y agilice su desplazamiento seguro y efectivo.				
Al menos uno de los accesos al interior de la edificación, debe ser construido de tal forma que permita el ingreso de personas con algún tipo de movilidad reducida y debe contar con un ancho mínimo que garantice la libre circulación de una persona en silla de ruedas.				
Ancho mínimo de accesos o entradas de 0.80 m.				
Los desniveles que se presenten en edificios de uso público, desde el andén hasta el acceso del mismo, deben ser superados por medio de vados, rampas o similares.				
El piso antes y después de toda entrada debe ser de preferencia plano y acepta pendiente máxima del 2% para el drenaje.				
Se deben dejar espacios libres antes y después de las entradas, así: 1.5 m. del lado de apertura y 0.45 m. del lado opuesto.				
Cuando se coloquen puertas de doble hoja, al menos una de ellas debe ser de 0.80 m.				
En el diseño se debe tener en cuenta que las puertas no abran hacia espacios de circulación. Se exceptúan puertas de entrada principal y aquellas en las cuales se instalen guardas o protecciones que puedan ser detectadas fácilmente.				
Cuando se coloquen biseles en umbrales, no deben sobresalir más de 1 cm de la superficie. Cuando haya diferencia de nivel entre espacios, el umbral debe tener una pendiente no mayor del 5%.				
Los tapetes, rejillas, limpiapies y otros elementos colocados en el piso, deben estar firmemente asegurados a éste y no deben proyectarse de la superficie en más de 1 cm. En el caso de rejillas, la separación entre barras o espacios libres, no debe ser mayor de 1 cm.				
Cuando se instalen registradoras, puertas giratorias, tornıquetes o similares, que dificulten entradas a personas en silla de ruedas, se debe prever una entrada adyacente con fácil accesiilidad y apertura por ambos lados.				
Las puertas principales de acceso a toda construcción, sea esta pública o privada, se deben abrir hacia el exterior o en ambos sentidos, deben así mismo contar con manijas automáticas al empujar. En ningún caso, pueden invadir las áreas de circulación peatonal.				
Las hojas de las ventanas del primer piso, que coincidan con andenes o sendas peatonales, no pueden abrir hacia fuera.				
Los mecanismos de apertura en puertas, deben cumplir como mínimo las siguientes condiciones:				
No deben requerir para su accionamiento, maniobras complicadas o esfuerzos superiores a las capacidades de cualquier persona.				
Su colocación debe estar a 0.90 m. de altura, medidos desde el piso hasta la porción actuante del mecanismo.				
No deben presentar filos o bordes que puedan causar daños a quien los opere.				
Debe dejarse espacio mínimo de 5 cm. entre el mecanismo de apertura y la puerta para permitir accionamiento con el brazo.				
Los materiales de puertas, chapas, cerraduras y otros elementos que intervengan en su construccion, deben cumplir las normas técnicas oficiales vigentes en la materia. Todas las puertas deben contar con mecanismos de fácil apertura manual para garantizar una segura y fácil evacuación en cualquier emergencia, incluyendo los sistemas de apertura eléctricos y de sensores. Para tal efecto, todos los niveles de la edificación contarán con planos de ruta de emergencia y la señalización de emergencia de acuerdo con los parámetros adoptados por el Ministerio de la Protección Social.				
En establecimientos de atención al público, se deben evitar las manijas redondas, siendo preferible las alargadas.				
Cuando se coloquen puertas de batiente en secuencia, se debe dejar espacio libre entre ellas, por lo menos el ancho de la puerta que gira hacia ese espacio más un metro. Las puertas deben abrir en la misma dirección y las bisagras se deben colocar del mismo lado.				
Cuando se coloquen puertas adyacentes en ángulo recto, el vestíbulo o espacio entre ellas debe ser como mínimo de 1.9 m. por 1.5 m.				
Cuando se coloque vidrio entre piso y piso o entre piso y techo, se deben instalar señales táctiles o visuales necesarias para ser percibidas por personas con pérdida parcial o total de la visión. Las puertas de vidrio siempre llevarán franjas anaranjadas o blancofluorescente a la altura indicada.				

INSTRUMENTO DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS PARA LA HABILITACIÒN	INFRAESTRUCTURA - CONDICIONES BASICAS PARA UNA I.P.S. RESOLUCION 4445 DE 1996			
CRITERIO	**OBSERVACIONES**	**C**	**NC**	**NA**
Cuando las puertas operen con cierre automático, debe garantizarse que el cierre ocurra en no menos de cinco (5) segundos.				
En las circulaciones interiores de edificaciones, debe tenerse en cuenta lo siguiente:				
El área que ocupe el mobiliario de recepción debe ser independiente del área de circulación.				
En las salas de espera o descanso, se debe disponer de espacios para los usuarios en silla de ruedas, que permitan su permanencia sin obstruir las zonas de circulación.				
Medidas de Prevención y Control:				
Las puertas de emergencia, corredores o pasillos y escaleras para incendios estan construidas en material incombustible y dispuestos de tal manera que, en caso de emergencia, permitan la evacuación fácil y rápida de los usuarios y demás personas.				
Así mismo, con el fin de prevenir riesgos eventuales, en las instituciones prestadoras de servicios de salud, cuando estén previstas calderas, éstas deben ubicarse en ambientes independientes y aislados de las edificaciones principales.				

Ejecución de la Auditoria

Se envía el plan de auditoria con dos días de anticipación al prestador objeto de la investigación, con el fin de informar el proceso de ejecución de la Auditoria de verificación.

El día señalado para dar inicio al proceso de auditoria se realiza reunión de apertura en la oficina de la gerencia informando al prestador el desarrollo del proceso de auditoría, se le socializan los listados de chequeo y la forma de aplicación de estos.

Se le explica el objetivo y la metodología para la ejecución del proceso; el responsable por parte de la institución realiza un recorrido inicial por la institución para reconocimiento de las instalaciones y de los servicios objeto de la auditoria.

Se da inicio a la ejecución de la auditoria utilizando la lista de chequeo de verificación de infraestructura condiciones básicas de una IPS – Resolución 4445 de 1999.

Las instalaciones de la institución constan de:

- ✓ Almacenamiento temporal de residuos: Fuera de la institución antes el ingreso área de sótano exterior.
- ✓ Ingreso: Rampa – Salva escalera y escaleras

- ✓ Sala de espera: divida en dos áreas, y la Recepción.
- ✓ Baños: Dos baños uno para hombres uno para mujeres
- ✓ Baño para personas en condición de discapacidad: Un baño
- ✓ Consultorio 1: Servicio de ultrasonido, cuenta con baño independiente.
- ✓ Oficina de gerencia
- ✓ Área para equipo de Rayos X fijo.
- ✓ Área para toma del examen independiente
- ✓ Área de revelado de placas independente
- ✓ Área de Vestier para Toma de Rayos X
- ✓ Área de almacenamiento de registros asistenciales
- ✓ Área de aseo.

Durante el proceso de auditoria se utilizan los demás instrumentos detallados en el anexo 2, para cada uno de los servicios, se realiza revisión documental de cada uno de los estándares de habilitación y se diligencian los listados de chequeo de acuerdo con lo evidenciando en el proceso, se verifican los formatos y registros con los que cuenta el prestador.

Con la información recopilada y las listas de chequeo diligenciadas en su totalidad se informa al prestador la finalización del proceso de auditoría y convoca al personal para realizar una reunión de cierre donde se informan los hallazgos más relevantes del proceso y se informa al prestador que en 15 días hábiles se le entregara el informe con los hallazgos detallados y las conclusiones del proceso de auditoría.

Capítulo 6. RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hallazgos de la Auditoria

Resultados de la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en salud:

Procesada y analizada la información recolectada en el proceso de auditoria se procede con la redacción de hallazgos por estándar.

a. Estándar de Talento Humano

La institución cumple con los criterios del estándar:

- Servicio de Radiología

Se cuenta con Técnico radiólogo con todos los documentos correspondientes y además se realizó la verificación de títulos del personal y en la página del registro único de talento humano en salud. Para la interpretación de resultados se cuenta de manera permanente con un médico especialista en imágenes diagnosticas con todos los documentos correspondientes y además se realizó la verificación de títulos del personal y en la página del registro único de talento humano en salud.

- Servicio de Ultrasonido

Se cuenta con un médico especialista en imágenes diagnosticas con todos los documentos correspondientes y además se realizó la verificación de títulos del personal y en la página del registro único de talento humano en salud.

Como apoyo la institución cuenta con una secretaria en la recepción para dar información y asignación de citas de los usuarios.

Resultado del Estándar: **CUMPLE**

b. Estándar de Infraestructura

La institución cuenta con todas las áreas específicas que detallan las normas con cada uno de los criterios, en cuanto a espacios y áreas se cumple con los criterios de habilitación.
Sin embargo, en la verificación de la documentación no se cuenta con el concepto sanitario de salud pública municipal, a la fecha no se ha realizado la visita técnica del departamento de bomberos y no se cuenta con un plan de emergencias consolidado de acuerdo con las condiciones físicas de la institución.

Resultado del Estándar: Infraestructura, áreas y espacios CUMPLE
Documentación exigida: NO CUMPLE
NO CUMPLE

c. Dotación y su mantenimiento

Se cuenta con equipos requeridos para la prestación de los servicios.
Se verificaron las hojas de vida de los equipos y están cumples con los requisitos exigidos
Se verificaron los reportes de calibración y mantenimiento y se encuentran al día.
Se cuenta con un contrato de mantenimiento de equipos biomédicos con personal idóneo para desarrollar esta labor.

Resultado del Estándar**: CUMPLE**

d. Medicamentos y Dispositivos médicos

Se evidencia que cuentan con un procedimiento para la gestión de los insumos y la papelería, pero este no cumple con los criterios específicos que señala la norma pues el proceso debe incluir la gestión para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento y distribución de los dispositivos médicos que se usan para la prestación de los servicios de salud y se deben incluir los usados en radiología.

No se llevan registros de los dispositivos médicos usados de acuerdo con lo requerido por la norma, este registro debe contener como mínimo la siguiente información: Nombre o descripción, marca, lote o serie, vida útil, registro Invima; el documento verificado contempla solo nombre y fecha de vencimiento, lo cual no permite la trazabilidad de los dispositivos médicos usados para la prestación de los servicios.

Se cuenta con una política de no reuso de dispositivos médicos y se cuenta con un programa de Tecnovigilancia, debidamente inscritos a la red, pero no se realizan los reportes periódicos que detalla norma.

No se cuenta con procedimiento de verificación de alertas del INVIMA.

Resultado del Estándar: **NO CUMPLE**

e. Procesos prioritarios asistenciales

La institución cuenta con los diferentes protocolos establecidos para la atención asistencial de los usuarios, un adecuado manual de bioseguridad, limpieza y desinfección, pero esta sin socializar.

En cuanto al programa de seguridad del paciente se encontró que:

- Se cuenta con un documento PR PP 01 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE donde se detallan, la política, las actividades a realizar con la gestión de los eventos e incidentes adversos, cuenta con las prácticas de seguridad del paciente recomendadas por el Ministerio De La Protección Social. El documento no se encuentra socializado.
- Se cuenta con un listado de indicadores para la gestión del riesgo y los obligatorios de reporte, sin embargo, no se realiza la medición de estos, no se generan estáticas y no se realiza análisis de estos, además que no se ha realizado el reporte de los indicadores obligatorios ante el Ministerio De La Protección Social en el aplicativo SISPRO- PISIS, anexo 2 Resolución 256.
- No se evidencio un programa o plan de capacitaciones para la actual vigencia o de años anteriores, según los requerimientos de la norma a la fecha se debería cumplir con una adherencia como mínimo del 80% del personal de la institución.
- No se cuenta con un referente de seguridad del paciente.

- Se evidencio acta de conformación de comité de seguridad del paciente, pero a la fecha no se cuenta con una periodicidad definida para las reuniones y no se evidenciaron actas de reunión en el último semestre.
- No se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización del riesgo.

No cuenta con un protocolo para la socialización de las tecnologías de la institución.
Se cuenta con un protocolo general de lavado de manos y los cinco momentos, sin embargo, este no define los momentos aplicados para cada uno de los servicios ofertados.

Se cuenta con un documento PL PP 01 PLAN DE GESTI´PON INTEGRAL DE RESIDUOS, versión 02 del año 2016, el cual se encuentra sin actualizar, no se evidencio un diagnostico ambiental cuantitativo, no tienen en cuenta los residuos administrativos generados, no se han realizado auditorías internas y en los dos últimos años no se ha realizado la interventoría externa a la empresa especial de aseo que se tienen contratada para la gestión de los residuos peligros generados en la institución, no se evidencio un plan de capacitaciones en la gestión de residuos, no cuenta con el comité GAGAS exigido por la norma, todo lo anterior incumpliendo lo definido en la resolución 1164 de 2002, manual para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares.

La institución no cuenta con un kit o paquete para los posibles derrames de fluidos de los pacientes.
Se cuenta con protocolo de PT PP 03 REMISIÓN DE PACIENTES sin embargo no este no contempla los procedimientos para la estabilización del paciente, medidas de traslado, lista de chequeo de documentos necesarios para el traslado.

En la verificación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud se encontró que:

- No se cuenta con un documento actualizado e implementado el ultimo que se evidencio es del año 2016 versión 02, el cual no contemplaba los pasos de la ruta crítica, y se priorizaron procesos administrativos y de habilitación y se encontraba sin evidencias o soportes de su implementación.

- Se evidencio que no se realizado el reporte de la circular 012 en el aplicativo nRVCC de la Superintendencia Nacional De Salud correspondientes al año 2016 y a la fecha no se ha realizado el del año 2017.

Resultado del Estándar: **NO CUMPLE**

f. Historias Clínicas y Registros Asistenciales

La institución cuenta con formatos definidos para los registros asistenciales generados en los procesos de atención, sin embargo, este proceso no se tiene documentado.

No cuenta con procedimiento documentado sobre el manejo del consentimiento informado, además se cuenta con un formato único de consentimiento, el cual no aplica para el servicio de radiología, ya que no especifica los riesgos a la radiación y el formato debe definir los posibles riesgos que genera el examen diagnóstico.
Se cuenta con formato de registro de placas dañadas, sin embargo, este no especifica las causas y no se realiza una estadística.
No se realiza estadística de los estudios rechazados por el médico especialista donde se definas las posibles causas.

Resultado del Estándar: **NO CUMPLE**

Conclusiones

Luego de verificar el cumplimiento de los criterios de las condiciones técnico-científicas de la Resolución 2003 de 2014, en la IPS ORX S.A.S no cumple con la totalidad de los criterios definidos por la norma:

ESTANDAR	ESTADO
Talento Humano	CUMPLE
Infraestructura	NO CUMPLE
Dotación y mantenimiento	CUMPLE
Medicamentos y Dispositivos médicos	NO CUMPLE
Procesos Prioritarios	NO CUMPLE
Historia Clínica y -registros asistenciales	NO CUMPLE

Es necesario realizar un adecuado seguimiento al cumplimiento de los estándares de habilitación para poder garantizar la permanencia en el sistema.

Se debe generar un programa de actualización de documentos y socialización de estos para generar adherencia a los procesos.

Se deben implementar los comités de calidad de la institución.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio De La Protección Social. Resolución 2003 de 2017. por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio De La Protección Social. Decreto Único Reglamentario 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio De La Protección Social. Resolución No. 4445 DE 1999 Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

GALÁN Ricardo. Garantía de la Calidad en Salud. Sistema de Garantía en Salud. Sistema de garantía en Salud. Segunda edición, Editorial Médica Panamericana. Bogotá D.C. 2006

Ministerio de la Protección Social. (2007). Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (2007). Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 4816 de 2008. por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1995 DE 1999 Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1164 DE 2002 por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 14861 de 1981 Normas para la protección, seguridad, salud y bienestar de personas en el ambiente y en especial de los minusválidos.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

Ministerio de la Protección Social 2008. Lineamientos Para La Implementación De La Política De Seguridad Del Paciente En La República De Colombia.