

Informe de Gira Académica

Proceso de Habilitación de los servicios de Optometría, Oftalmología y Detección de alteraciones de la Agudeza visual de la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca

Ana Isabel Porras Rozo y Lina Paola Villamizar Arias

Trabajo de grado presentado para obtener título de Especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

Director:

Pricila Quintero Ascanio

Ms. Sistemas integrados de Gestión – HSEQ

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

Facultad de Economía

Especialización en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud

2019

Tabla de contenido

Introducción	6
1. Proceso de Habilitación de los servicios de Optometría, Oftalmología y Detección de alteraciones de la Agudeza visual de la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca.....	9
1.1 Objetivos	9
1.1.1 Objetivo general.....	9
1.1.2 Objetivos específicos	9
2. Presentación General del Caso.....	10
2.1 Historia de la Clínica de Optometría	10
2.2 Sistematización de la experiencia	14
2.2.1 Conceptualización.....	14
3. Etapa I: Proceso de Habilitación: Requisitos para la Inscripción y Registro:	16
3.1 Capacidad Técnico-Administrativa.	18
3.2 Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera	19
3.3 Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica:	19
4. Etapa II: Desarrollo del proceso de verificación de estándares	20
4.1 Estándares de habilitación.....	20
5. Etapa III: Autoevaluación de las Condiciones de Habilitación:	28
6. Lecciones aprendidas y recomendaciones	30
7. Conclusiones	30
Referencias bibliográficas.....	32
Apéndices.....	33
Apéndice A. Estándares y criterios de acuerdo con la resolución 2003 de mayo 30 de 2014.....	33

Lista de figuras

<i>Figura 1. Entrada Clínica de Optometría</i>	<i>10</i>
<i>Figura 2. Organigrama institucional.....</i>	<i>13</i>
<i>Figura 3. Organigrama Dirección Administrativa General de Clínicas</i>	<i>14</i>
<i>Figura 4. Sala de espera.....</i>	<i>22</i>
<i>Figura 5. Sala de consulta informal.....</i>	<i>23</i>
<i>Figura 6. Pasillo izquierdo de consultorios</i>	<i>23</i>
<i>Figura 7. Pasillo derecho de consultorios.....</i>	<i>23</i>
<i>Figura 8. Consultorio.....</i>	<i>24</i>
<i>Figura 9. Consultorio.....</i>	<i>24</i>
<i>Figura 10. Consultorio.....</i>	<i>25</i>
<i>Figura 11. Consultorio.....</i>	<i>25</i>
<i>Figura 12. Distintivos de habilitación de los servicios.....</i>	<i>29</i>

Resumen

Con este estudio de caso, se realizó un análisis del proceso desarrollado para la habilitación de los servicios de Oftalmología, Optometría y Detección temprana de agudeza visual de las Clínicas de optometría de la Universidad Santo Tomás, sede Floridablanca; Entidad prestadora de servicios de salud con objeto social diferente. La técnica para la recolección de información se efectuó mediante entrevistas semiestructuradas realizadas al coordinador de servicios de salud de optometría; la acotación de documentos diligenciados por la clínica y el análisis de los mismos, frente a la visita de las instalaciones y la información de las fuentes primarias: entrevistas realizadas y secundarias como normatividad vigente.

Palabras clave: Habilitación, Servicios, Salud, Optometría

Abstract

With this case an analysis of the process developed for the ophthalmology, optometry and early detection of visual acuity services of the Optometry Clinics of the Santo Tomás University, Floridablanca; Entity providing health services with a different corporate purpose. The information gathering technique was carried out through semi structured interviews conducted with the optometry health services coordinator the dimensioning of documents filled out by the clinic and the analysis of the same compared to the visit of the facilities and the information of the primary sources: interviews carried out and secondary as current regulations.

Keywords: Licencing, Services, Health, Optometry

Introducción

En Colombia, el Sistema de Seguridad Social es regulado por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y la Protección Social, la ley 100 y normas complementarias que reglamentan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La Seguridad Social Integral se define como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 1993).

En el marco del Sistema de Seguridad Social, se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), reglamentado por el decreto 1011 de 2006, que tiene como característica principal orientar la mejora de los resultados en la atención en salud enfocándose en el usuario, teniendo en cuenta los prerrequisitos de estructura y procesos documentados para alcanzar dichos resultados. El SOGCS en salud, tiene los siguientes componentes: Habilitación, Acreditación, Sistema de información y Auditoría para mejoramiento de la calidad (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El Sistema Único de Habilitación

...es el conjunto de requisitos, normas y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las acciones básicas de capacidad tecnológica y científica de suficiencia tecnológica, patrimonial y financiera y de capacidad técnico y

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 los servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y de las Entidades administradoras de planes de beneficios de salud (EAPB) (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El proceso de habilitación de servicios y las condiciones de inscripción de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se reglamentan mediante la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, y aplica para los diferentes actores del SOGCS. Este componente de Habilitación es obligatorio y es una herramienta definida por el gobierno para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el Sistema de Salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Teniendo en cuenta las disposiciones normativas expuestas, toda Institución que decida prestar sus servicios debe cumplir con los requisitos y condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, para controlar los riesgos asociados a la prestación del servicio de salud mínimos exigidos en habilitación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

De esta manera, el presente estudio de caso desarrolla la verificación del proceso de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS) y las condiciones de Habilitación de los servicios de Oftalmología, Optometría y Detección temprana de agudeza visual de las Universidad Santo Tomás, Sede Floridablanca.

En el desarrollo del caso se identificaron los pasos y requerimientos necesarios para habilitar los servicios de Oftalmología, Optometría y Detección temprana de Agudeza visual, teniendo en cuenta la normatividad definida en nuestro país.

El presente trabajo de investigación, producto de la gira académica organizada en las instalaciones de las clínicas de Optometría de la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca, se inició con la recolección de manera cualitativa por medio de fuentes de información, entre los que tuvimos en cuenta la Directora administrativa general de clínicas, preclínicas y laboratorio de Producción y se presenta la documentación que revisada y analizada a la luz del componente normativo en el tema de habilitación, apoya la realización de los objetivos del informe de esta gira académica para obtener el título de especialista en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud.

Este trabajo pretende profundizar acerca del proceso para habilitar los servicios de optometría, oftalmología y Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, teniendo como fundamento la normatividad en habilitación reglamentada en el país, lo cual requiere la investigación y estudio previo de las normas existentes en el tema.

Se busca generar conocimientos que aporten a Instituciones que oferten servicios de Oftalmología y optometría, todo el proceso para habilitar los servicios mencionados. Adicionalmente, identificar oportunidades de mejora y generar el aprendizaje para la habilitación de una Institución Prestadora de Servicios en salud a fin de garantizar una atención con calidad y excelencia en el servicio.

1. Proceso de Habilitación de los servicios de Optometría, Oftalmología y Detección de alteraciones de la Agudeza visual de la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo general

Analizar el proceso para habilitar los servicios de optometría, oftalmología y Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual de la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca.

1.1.2 Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico de las condiciones de habilitación de los servicios de optometría, oftalmología y Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual de la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca.
- Generar conocimientos del proceso de habilitación de los servicios mencionados, que aporten a Instituciones que oferten servicios de Oftalmología y optometría.

2. Presentación General del Caso

2.1 Historia de la Clínica de Optometría



Figura 1. Entrada Clínica de Optometría

La Clínica de Optometría surge por el compromiso de la Universidad Santo Tomás, con la formación integral de los estudiantes y como estrategia para impulsar el proceso de desarrollo del recurso humano en salud; en donde la práctica y destreza clínica de los conocimientos teóricos adquiridos durante los seis primeros semestres académicos, se constituyen en un punto clave y fundamental para su formación Profesional.

Inicia labores en el segundo periodo académico del año 1997 en las instalaciones de la sede de Bucaramanga, con catorce (14) consultorios para catorce (14) estudiantes de la primera promoción.

Posteriormente, debido al crecimiento e incremento del servicio a la comunidad, la alta Dirección permite la construcción de escenarios de práctica formativos en la Sede ubicada en

Floridablanca, iniciando la prestación de servicios en salud visual el 6 de agosto del año 2003, a través del modelo de atención docente – asistencial.

Actualmente, las Clínicas de Optometría se rigen bajo el Documento Lineamientos de la Relación Docencia Servicio entre la USTA y la IPS de la Seccional Bucaramanga del año 2011, según el Decreto 2376 de 2010 (Universidad Santo Tomás, Bucaramanga, 2011).

Las prácticas formativas son realizadas sobre la base de cooperación académica mutua y la relación docencia servicio, bajo la supervisión de la Facultad de Optometría y bajo la supervisión de la Universidad a través de la DAGSS (Dirección Administrativa General de los Servicios de Salud), que busca generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes en consecuencia de dicha relación.

Misión

La Universidad Santo Tomás, presta servicios de salud en **Odontología** que incluye servicios del Laboratorio Dental de Producción y el Centro de Imágenes Diagnósticas y de **Optometría**, dentro **de un modelo de atención docencia-servicio**; realiza actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, **garantizando la prestación de los servicios** bajo los parámetros establecidos en el SOGCS y el **enfoque de seguridad del paciente**, así como **formación integral y ética del talento humano**; generando la búsqueda de una mejor expectativa y calidad de vida de la población Santandereana y del Nororiente Colombiano (Universidad Santo Tomás, 2019).

Visión

Aspiramos a ser reconocidos en el año 2027, como **modelo de los mejores escenarios de práctica formativa** a nivel nacional e internacional, entre las Instituciones de Educación Superior que cuenten con programas de Odontología, Optometría y Laboratorio Dental; al formar profesionales o Tecnólogos con alto sentido ético, técnico científico y de responsabilidad social, que aporten al desarrollo integral del ser humano y del país (Universidad Santo Tomás, 2019).

Servicios habilitados

En la sede de Bucaramanga y Floridablanca se prestan los servicios de Optometría Integral, Oftalmología y Detección Temprana – Alteraciones de la Agudeza Visual. De igual forma en ambas sedes se cuenta con el Servicio de apoyo de las Ópticas.

Portafolio de servicios

El servicio de salud en Optometría, se ofrece bajo el modelo de atención docencia-servicio (aprobado por la Comisión Nacional Intersectorial de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, sala de Ciencias de la Salud, del Ministerio de Educación Nacional el 23 de mayo de 2012), a través de 45 espacios formativos en Optometría; realizando actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; garantizando la prestación de los servicios bajo los parámetros establecidos, con enfoque de seguridad del paciente, logrando la formación integral y ética del talento humano (Universidad Santo Tomás, 2019).

- Consulta Optométrica integral
- Consulta oftalmológica

- Tratamiento pleóptico y ortóptico
- Consulta de lentes de contacto
- Consulta de baja visión
- Consulta de pediatría
- Promoción y prevención
- Salud visual ocupacional
- Exámenes especializados
- Servicio de Óptica

Su estructura orgánica está distribuida de la siguiente manera:

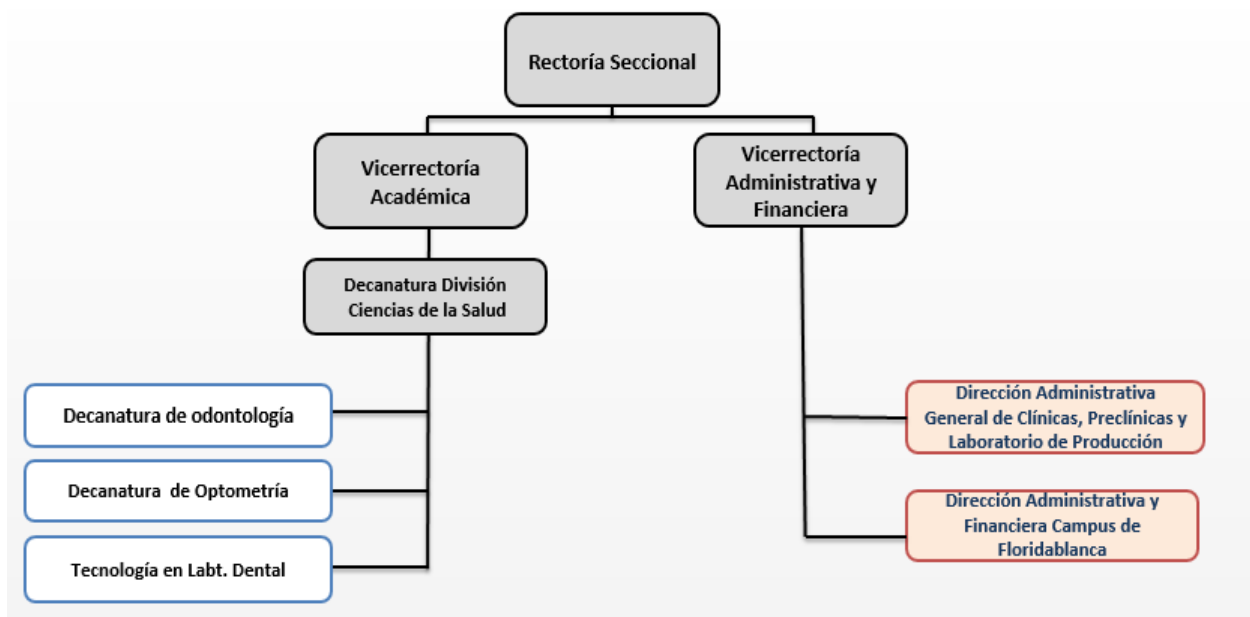


Figura 2. Organigrama institucional

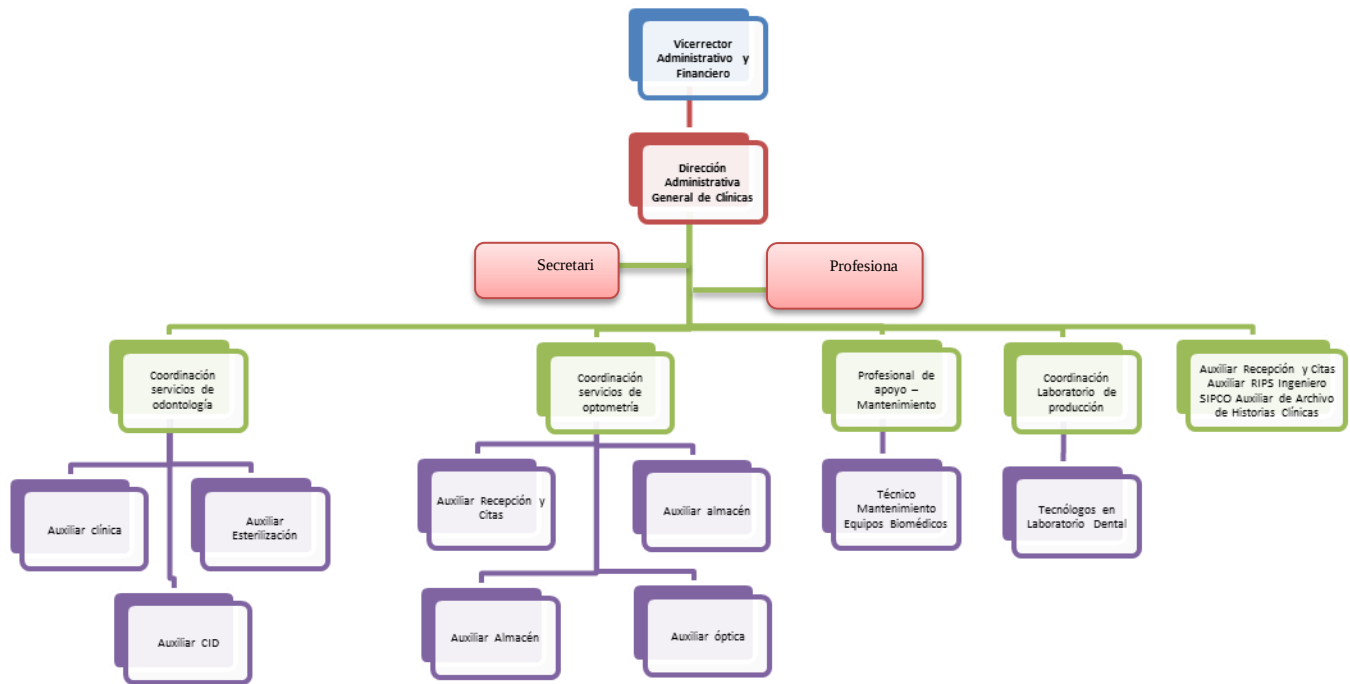


Figura 3. Organigrama Dirección Administrativa General de Clínicas

2.2 Sistematización de la experiencia

2.2.1 Conceptualización

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, fue definido por el sector salud, como un conjunto de normas y requisitos desarrollados para generar, mejorar y mantener la calidad de los servicios de salud en el país. Uno de los componentes de este sistema, de obligatorio cumplimiento, es el Sistema Único de Habilitación, el cual se encuentra reglamentado por la resolución 2003 del 28 de mayo de 2014, y aplica para los diferentes actores del SOGCS. Se define como el conjunto de normas que establecen el obligatorio cumplimiento de tres condiciones básicas para la entrada y permanencia en el sistema, que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio. Estas tres condiciones básicas son (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014):

- Condiciones de capacidad Técnico - Administrativa: Es el cumplimiento de requisitos normativos con respecto a su existencia y representación legal, además contar con un sistema contable de acuerdo con normas contables vigentes.
- Condiciones de capacidad tecnológica y científica: Son los requisitos básicos de estructura y necesarios para reducir los principales riesgos para la salud de las personas.
- Condiciones de Suficiencia patrimonial y financiera: Son las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de la Institución y la liquidez y cumplimiento de sus obligaciones a corto plazo.

La verificación de estos requisitos es validada por los entes gubernamentales en las visitas programadas a las Instituciones de salud, para este fin.

La normatividad vigente de habilitación tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El proceso de habilitación de la clínica de Optometría de la Universidad Santo Tomás Floridablanca encaminada a cumplir los estándares que hacen parte de los requisitos de Prestadores

de Servicios de Salud para habilitarse, teniendo en cuenta la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, inició su proceso de habilitación, con la elaboración de un portafolio de servicios de acuerdo con su estructura de planta física, planeación de la dotación y talento humano. Con la identificación de estos requisitos y la documentación necesaria que soporta la prestación del servicio de la clínica de Optometría de la Universidad Santo Tomas Bucaramanga, en concordancia con lo que exige la norma se realiza la autoevaluación de la clínica y se obtiene la certificación de dicho proceso.

3. Etapa I: Proceso de Habilitación: Requisitos para la Inscripción y Registro:

En la Clínica de Optometría de la Universidad Santo Tomás, se determinó los servicios que se requería habilitar teniendo en cuenta el Registro Especial de Prestadores de Servicios, se definió la complejidad y tipo de modalidad en la que se presentaría cada servicio, (Optometría, Oftalmología y Detección de Alteraciones de la Agudeza visual), quedando registrados como complejidad media y baja, servicios de consulta externa en modalidad intramural.

Teniendo en cuenta que la Autoevaluación, se debe realizar frente a la apertura de una Institución, apertura de servicios y renovación anual de habilitación ante el registro Especial de prestadores, la Clínica de Optometría procedió a realizar la Autoevaluación por apertura de sede con la respectiva Declaración en el Registro especial de prestadores. Se registró el formulario de inscripción disponible en la página web de la Secretaría de Salud de Santander, registrando la información relacionada en el formulario de datos de la Institución, servicios a habilitar, modalidad, horarios de atención, se imprime para firma de representante legal y se anexa el

documento original como soporte requerido para dar continuidad al proceso de habilitación. Se radica el formulario de Inscripción firmado ante la oficina de Acreditación de la Secretaría de Salud de Santander con los demás soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, relacionados a continuación:

- Original y Copia física del formulario completo de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), debidamente diligenciado.

- Certificado de Existencia y Representación Legal de la IPS y del Establecimiento de Comercio.

- Copia del documento de identificación del representante legal.

- Certificación de suficiencia patrimonial y financiera, emitida por el revisor fiscal y/o contador según aplique.

- Fotocopia de Tarjeta profesional de contador y/o Revisor Fiscal.

- Fotocopia del NIT

- Fotocopia del RUT

- Planos médico-arquitectónicos avalados por arquitecto de la Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud de Santander verifica documentos y los datos registrados en la página del REPS para determinar que correspondan y estén correctos y completos con los respectivos soportes, y procede a asignar los códigos de habilitación. Posteriormente, el Ente gubernamental, programa visita de verificación de condiciones de habilitación de la Institución y entrega la respectiva certificación al cumplimiento de requisitos para la prestación de servicios de salud, se autoriza la generación del distintivo de habilitación de los servicios que se van a prestar, (Optometría, Oftalmología y Detección temprana de Alteraciones de la Agudeza visual), los cuales

se descargan de la página REPS, se imprimen y se publican en un lugar visible en las Clínicas de Optometría de la Universidad Santo Tomás.

Posterior a este proceso, la Clínica de Optometría de la Universidad Santo Tomás, se considera inscrita y certificada por la Secretaría de Salud de Santander para que a partir de este momento pueda comenzar a ofertar, contratar y prestar los servicios de salud habilitados. Al cuarto año de la inscripción inicial se realiza la renovación de la inscripción y se continúa con la respectiva renovación cada año, dejando como constancia la Autoevaluación.

3.1 Capacidad Técnico-Administrativa.

- Certificado de existencia y Representación legal: Se cuenta con cámara de comercio vigente.

Para poder realizar la inscripción en el Registro Especial de Prestadores, se debió presentar el certificado de existencia y de representación legal vigente expedido por la cámara de comercio con fecha de renovación el 31 de marzo del año correspondiente y se debe mantener actualizada anualmente.

No se pudo obtener copia de esta para adjuntar a este documento.

- Sistema contable

Como soporte se verifica la existencia de los siguientes documentos: Certificado de Existencia y Representación Legal vigente, fotocopia del RUT, estados financieros, certificado de cuenta bancaria cuyo titular sea la IPS, libros oficiales registrados ante el ente correspondiente.

3.2 Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera

Se verifica el cumplimiento de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Clínica de Optometría de la Universidad Santo Tomás, contando con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador. Dentro de los documentos requeridos para la inscripción de la Clínica en el REPS, se anexa como soporte el certificado de estados financieros firmado por el revisor fiscal o contador.

- Patrimonio: se demostró que el patrimonio total se encuentra por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales de conformidad con el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.
- Obligaciones Mercantiles y Obligaciones laborales: Se entregó una certificación por el revisor fiscal y/o contador de las cuentas por pagar a proveedores y demás obligaciones mercantiles que superen un periodo máximo de 360 días calendario contado a partir de la fecha de surgimiento de dicha obligación, con corte a la fecha de verificación en donde se demostró que estas no superaban el 50% del pasivo corriente.

3.3 Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica:

El Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud. El objetivo de las condiciones tecnológicas y científicas es

garantizar que se cumplan unas condiciones mínimas para el funcionamiento de una Institución de salud, a partir de estándares de habilitación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

4. Etapa II: Desarrollo del proceso de verificación de estándares

4.1 Estándares de habilitación

Los 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. 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 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Los estándares son esenciales, es decir, no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud.

El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio, y deben ser efectivos, lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiendo por ello, que su ausencia, genera riesgos que atentan contra la vida y la salud. Por ello, están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Los estándares buscan de igual forma atender la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias

científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Los estándares aplicables son siete (7) así:

- a. Talento humano
- b. Infraestructura
- c. Dotación
- d. Medicamentos
- e. Dispositivos médicos e insumos
- f. Procesos Prioritarios
- g. Historia Clínica y Registros
- h. Interdependencia de servicios

La Clínica de Optometría de la Universidad Santo Tomás, definió los servicios que se iba a habilitar en la Institución y se garantizó cumplir con los estándares en cada uno de los servicios de Optometría, Oftalmología y Detección Temprana de Alteraciones de la Agudeza Visual.

Cumple con los criterios definidos en todos los servicios y se verifican los estándares con los siguientes resultados:

- **Talento humano.**

Conformado por optómetras y oftalmólogos altamente calificados y de reconocida trayectoria en las diferentes especialidades, quienes supervisan permanentemente a los estudiantes y a los usuarios, asegurando una atención de excelente calidad, necesaria para el buen funcionamiento de los escenarios de práctica formativos. El apoyo permanente de los docentes está determinado por

estudio de capacidad instalada, la relación oferta demanda, la oportunidad, los lineamientos de nómina de la Facultad de optometría y el riesgo en la atención.

Actualmente, las clínicas de optometría cuentan con optómetras, médicos cirujanos y oftalmólogos adscritos a la Facultad de optometría.

El personal administrativo de la sede Floridablanca corresponde a 2 personas que apoyan el proceso de recepción, 1 óptica y 1 almacén. Además, cuenta con 1 coordinador de servicios de salud de optometría.

Infraestructura. La Clínica de optometría, para la prestación de los servicios de optometría y oftalmología, cuenta con 14 consultorios distribuidos así: Para optometría los números 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 12, 13 y 14; para patología del 9 al 11 y adicional cuenta con el número 4 que no tiene equipos.

Cada consultorio cuenta con las siguientes características:

- Ventilación e iluminación artificial, los pisos, paredes y techos están cubiertos en materiales sólidos, lisos y lavables, resistentes a procesos de uso, lavado y desinfección.
- Un área independiente para la disposición de residuos y cuarto de aseo.

La clínica cuenta además con una sala de espera compartida entre los consultorios y la óptica.



Figura 4. Sala de espera



Figura 5. Sala de consulta informal



Figura 6. Pasillo izquierdo de consultorios



Figura 7. Pasillo derecho de consultorios



Figura 8. Consultorio

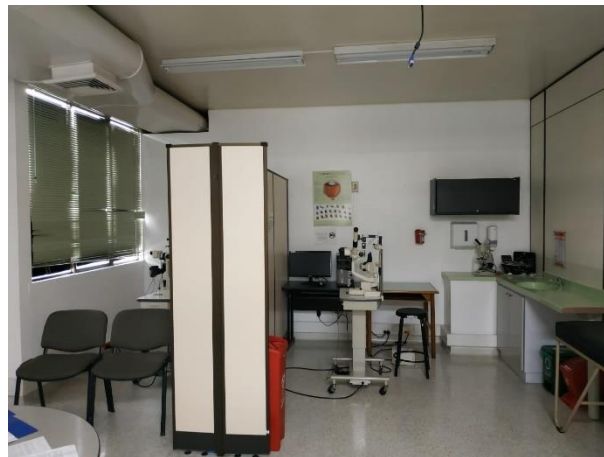


Figura 9. Consultorio



Figura 10. Consultorio



Figura 11. Consultorio

- **Dotación.** Cuenta con los equipos necesarios y en condiciones técnicas de calidad que permiten brindar un diagnóstico correcto y completo de la salud visual.

Cuenta con talento humano con capacidad de sostener en condiciones técnicas de calidad los equipos, realizando un programa de mantenimiento preventivo periódico mediante la aplicación de protocolos de cada uno. Asimismo, cuenta con las hojas de vida con su reporte individual de mantenimiento, índice de obsolescencia, registros INVIMA manuales y calibraciones.

La adquisición y compra de equipos se realiza con base a estudio y aprobación administrativo institucional.

- **Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos:** la óptica cuenta con los soportes documentales para la verificación y seguimiento (descripción, marca del dispositivo, serie, presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)).

En las Clínicas de Optometría se tienen definidas normas institucionales y procesos que garantizan el reúso de los lentes de contacto de prueba rígidos gases permeables como único dispositivo médico que se reúsa, de acuerdo con información y recomendación del fabricante. Teniendo en cuenta que éste es un elemento de uso permanente y reconociendo la importancia de hacer un buen uso de ellos conforme a lo estipulado en la ley vigente, se diseñó e implementó el Protocolo de limpieza y desinfección de lentes de contacto de prueba rígidos gas permeables, realizado a través de personal idóneo del área de Lentes de contacto y bajo aprobación del comité de infecciones y define el procedimiento institucional basado en evidencia científica que incluye la limpieza, y desinfección evitando el riesgo de infecciones o complicaciones en el usuario, logrando la seguridad del paciente.

- **Procesos Prioritarios:** el consultorio óptico no cuenta con un programa de seguridad del paciente, ni capacitaciones sobre el mismo. Tampoco posee medición, análisis y gestión de los eventos adversos, La óptica 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. Cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos. Cuenta con protocolo de limpieza y desinfección de áreas y superficies.

A través del Comité de Seguridad del paciente se fortalece el proceso de medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos presentados, se realizan acciones para intervenir riesgos identificados y se trabaja en las barreras de seguridad que prevengan la ocurrencia de nuevos eventos.

Se entrega folleto de derechos y deberes al paciente y a través de la cartelera digital permanentemente son mostrados a través del video institucional de Derechos y Deberes en salud

La institución cuenta con el manual de gestión de residuos peligrosos y dentro del documento macro se encuentra el *Manual De Procedimientos Para La Gestión Integral De Residuos Generados En La Atención En Salud*.

La institución cuenta con El Manual de Mantenimiento Técnico para equipos de Optometría ha sido desarrollado con el fin de apoyar al personal que labora en las clínicas de Optometría

El listado de Protocolos de atención que se tienen establecidos en el Servicio de salud de Optometría es:

- Protocolo de atención Optometría Integral
- Protocolo de atención Entrenamiento Visual y Ortóptica
- Protocolo de atención Segmento Anterior y Lentes de Contacto

- Protocolo de atención Patología Ocular
- Protocolo de atención Baja Visión
- Protocolo de atención Pediatría
- Protocolo de atención Salud Visual; Pública y Ocupacional: Promoción y Prevención,

Trabajo comunitario y Salud en el trabajo.

- **Historia Clínica y Registros:** A través de capacitación e inducción a estudiantes, residentes, docentes y personal de apoyo se tratan temas relacionados con la normatividad de las historias clínicas, los registros asistenciales y anexos.

La clínica realiza apertura de historias clínicas al inicio de la atención del paciente a consulta, se encuentran unificadas e identificadas en un archivador por orden alfabético, no presentan ningún daño sobre ellas, espacios en blanco, ni tachones ni enmendaduras, el contenido presenta anamnesis, valoración, evaluación, diagnóstico oftalmológico, plan de tratamiento a seguir. Cuenta con fecha, hora, nombre completo y firma del tratante. En cada una de las historias clínicas presenta consentimiento informado debidamente diligenciado por el usuario y firmado.

- **Interdependencia.** Hay disponibilidad del proceso de interdependencia en caso de requerirse. Para esto, se registra en la historia clínica del paciente y en la orden de servicio de optometría.

5. Etapa III: Autoevaluación de las Condiciones de Habilitación:

Se realizó la autoevaluación, donde se verificaron las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de

Salud y luego se declaró de su cumplimiento en el REPS. La Autoevaluación se realiza cada 4 años.

Para desarrollar el proceso de autoevaluación basado en la resolución 2003 del 2014 se establecen los requisitos específicos permitiendo conocer las condiciones presentadas en la óptica profesional visión. En la Tabla 1 se muestran las exigencias implantadas por la resolución para el cumplimiento de lo estipulado según el grupo y el servicio. La óptica se establece como consultorio de profesional independiente de servicios de salud visual, de modalidad intramural y atención de consulta externa general.

La documentación e información recolectada se realizó con orden cronológico de cada uno de los movimientos desde que se inició el proceso hasta que se certificó por parte de la secretaría de salud departamental de salud la habilitación y registró en el REPS de los servicios de oftalmología, optometría y clínicas de la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca.



Figura 12. Distintivos de habilitación de los servicios

6. Lecciones aprendidas y recomendaciones

De acuerdo con el análisis del proceso de rehabilitación que se realizó en la clínica de optometría de la universidad santo tomas Floridablanca, se recomienda lo siguiente:

El mejoramiento continuo en el proceso de rehabilitación debe de socializarse con los actores que participan en la atención de los usuarios de la clínica, estudiantes, docentes y personal administrativo. El plan de mejoramiento debe realizarse según los hallazgos descritos por el ente de vigilancia y control, esta gestión lleva a que la institución instituya indicadores y realice seguimiento de sus actividades, en búsqueda de un mejoramiento continuo que redunde en beneficio de sus usuarios, pero también que asegure la continuidad del servicio y su crecimiento.

Es recomendable entonces emprender acciones que permitan el mejoramiento continuo en la entidad. Es importante conocer acerca del proceso de rehabilitación, pero también acerca de la forma en que se implementan procesos, se realizan adecuaciones físicas, y se realiza la dotación y mantenimiento de los equipos por parte de profesionales biomédicos, y se tienen desde lo académico la forma de supervisar las actividades de los estudiantes en los pacientes que acuden al servicio.

Por ello es recomendable que exista un grupo de personas que cuenten no solamente con los conocimientos sino también con la disponibilidad suficiente, pues todo el proceso requiere tiempo y conocimientos.

7. Conclusiones

La normatividad vigente de salud en Colombia es fundamental ya que por medio de ella se establecen los requisitos para dar cumplimiento a lo estipulado en el sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud (SOGCS). Este sistema tiene 4 subsistemas:

1. El sistema único de habilitación (SUH)
2. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud (PAMEC)
3. El sistema único de acreditación (SUA)
4. El sistema de información para la calidad (SIC)

El sistema único de habilitación es lo básico, o mínimo y obligatorio para garantizar la calidad de los servicios y los recursos humanos que laboran en los distintos servicios registrados en el REPS cumpliendo con la calidad de atención al usuario y disminuir los riesgos; por lo que se debe conocer el proceso que requiere para mejorar sus servicios, Empezando con una autoevaluación que permitirá identificar como se encuentra el nivel de cumplimiento de los estándares de habitación consecuente con esto se debe implementar un plan de acción para establecer los pasos a seguir y así obtener la certificación de habilitación de acuerdo a la resolución 2003 de 2014.

En nuestro caso de estudio, la Universidad Santo Tomás sede Floridablanca, en el servicio de oftalmología, optometría y detección temprana, ya cumple con la certificación de Autoevaluación.

En la revisión de los documentos encontramos el plan de mejoramiento de infraestructura, de medicamentos dispositivos médicos e insumos, manual de procedimiento para la gestión de residuos hospitalarios y similares, estos planes de mejoramiento describen hallazgos en la visita de verificación de la secretaria de salud de Santander realizada el 28 de agosto del 2018, en estos planes se encuentra objetivo, meta responsable, fecha de inicio y terminación de la acción de mejora con su respectivo seguimiento en los avance.

Referencias bibliográficas

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Resolución 2003. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Universidad Santo Tomás. (2019). *Portafolio de Servicios*. Obtenido de https://issuu.com/ustabuca/docs/cl_nicas_usta

Universidad Santo Tomás. (2019). *Servicios Clínicas*. Obtenido de <http://serviciosclinicas.ustabuca.edu.co/>

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga. (2011). *Lineamientos de la relación docencia servicio entre la USTA y la IPS de la seccional Bucaramanga del año 2011*. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás.

Apéndices

Apéndice A. Estándares y criterios de acuerdo con la resolución 2003 de mayo 30 de 2014.

ESTANDARES Y CRITERIOS DE ACUERDO CON LA RESOLUCION 2003 de mayo 30 de 2014.

TODOS LOS SERVICIOS

Estándar	Criterio	Cumple	No	No
			Cumple	Aplica
Talento Humano	El talento humano en salud cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.	X		
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.	X		
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.	X		
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de			X

la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.

Los prestadores de servicios de salud determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.

X

Todos los servicios que se presten en la modalidad extramural cuentan con el mismo perfil del talento humano establecido en el estándar para su prestación en el ámbito intramural.

X

Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, por ejemplo, en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de

X

la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación.

La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en: Soporte vital avanzado. Monitoria de EKG. Métodos avanzados en manejo de vía aérea. Sedación. Lectura e interpretación electrocardiográfica.	X
---	---

Si realiza sedación grado IV, cuenta con anestesiólogo.	X
---	---

Una vez termine el procedimiento los pacientes deberán ser vigilados por enfermera o auxiliar de enfermería, bajo la supervisión del profesional que realizó el procedimiento quien es el responsable del mismo.	X
--	---

Para sedación en odontología con óxido nítrico, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas.	X
---	---

El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del	X
---	---

paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación

Cuenta con anestesiólogo cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia. X

Infraestructura Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución. X

Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud. X

Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de X

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, X
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 X
salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad.

La institución cumple con las condiciones X
establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

Las instituciones donde se presten servicios X
de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con:
ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos ó los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para este fin.

Disponibilidad de gases medicinales: X
(oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador.

La institución cuenta con suministro de X
energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.

En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de frío y las áreas de depósito y almacén de la institución; éstos cuentan con: fuente de energía de emergencia y tanques de almacenamiento de agua para consumo humano. X

Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. X

En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y X

resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.

Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero. X

Los mesones y superficies de trabajo tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección. X

Si la institución presta servicios de hospitalización, urgencias, UCI, servicios quirúrgicos, obstétricos; los ascensores son de tipo camilleros y los servicios cuentan con un ambiente exclusivo para el manejo de la ropa sucia. X

El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud. X

El prestador que utilice para su funcionamiento, fuentes radiactivas, cuenta en forma previa a la habilitación, con Licencia de Manejo de Material Radiactivo vigente, expedida por la autoridad reguladora nuclear (Ministerios de Salud y Protección Social y Minas y Energía o la entidad por éste designada para tal fin). X

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo X

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. X

La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo. X

En los servicios quirúrgicos, obstétricos, de hospitalización, urgencias y zonas de esterilización, en todas las complejidades, los ambientes de aseo son exclusivos para el servicio. X

La institución donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes dispone de un área con iluminación y ventilación natural y/o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo a los componentes a transfundir. X

Dotación Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. X

En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado. X

Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. X

En los sistemas centralizados de gases medicinales, se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de succión. X

Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo. X

Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, X

fuelle de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.

Cuenta con elementos para comunicación X
externa e interna.

Para los servicios donde se realicen X
procedimientos con sedación, cuenta con:
Monitor de signos vitales.
Succión con sondas para adultos y pediátrica según el paciente a atender.
Oxígeno y oxígeno portátil.
Oxímetro de pulso y tensiómetro, cuando no se encuentren incluidos en el monitor de signos vitales.

Para las Instituciones donde se realicen X
procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes, contar con:

1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes.
2. Sistema de registro y control de temperatura entre 1°C y 6°C.
3. Alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre pueda deteriorarse.
4. Equipo para descongelar plasma, cuando aplique.
5. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de -18°C y sistema de

alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse, cuando aplique.

6. Agitador o rotador de plaquetas, cuando aplique.

Medicamentos, Dispositivos Médicos 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.	X
---	--	---

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

Dispositivos Médicos	Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación,	X
---------------------------------------	--	---

control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.

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

Todo prestador debe contar con programas de X 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, X
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 X
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.

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

X

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

X

	Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.	X
Procesos Prioritarios1	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.	X
	Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.	X
	Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los	X

¹Se cuenta con paquetes instruccionales en el link, <http://201.234.78.38/ocs/paquetes/paquetes.html>

principales riesgos de la atención de la institución.

El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: X

La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

Procesos Seguros: X

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.

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.

Las guías para adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.

Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.

Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.

La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma

respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases. Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.

Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos.

Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.

Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:

X

En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.

En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.

Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.

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 X riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:

Antes del contacto directo con el paciente.

Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.

Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.

Después de contacto con el paciente.

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:

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.

La aplicación de precauciones de aislamiento universales.

Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.

Uso y reúso de dispositivos médicos.

Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.

Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.

Cuenta con protocolo de:

Limpieza y desinfección de áreas.

Superficies.

Manejo de ropa hospitalaria.

Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.

Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:

Usuario correcto.

Medicamento correcto.

Dosis correcta.

Hora correcta.

Vía correcta.

Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.

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.

En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierta con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.

X

El prestador cuenta con manual de X
 bioseguridad, procedimientos documentados
 para el manejo de los residuos hospitalarios
 infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de
 riesgo radiactivo, acorde a las características
 del prestador; así como con registros de
 control de la generación de residuos.

Se cuenta con protocolo o manual socializado X
 y verificado de procedimientos para la
 remisión del paciente, que contemple:

Estabilización del paciente antes del traslado.

Medidas para el traslado.

Lista de chequeo de los documentos
 necesarios para el traslado que incluya:

Diligenciamiento de los formatos
 determinados por la normatividad vigente de
 referencia y contrarreferencia.

Resultados de apoyos diagnósticos realizados
 al paciente.

Resumen de historia clínica.

4. Mecanismos tecnológicos que le permitan
 realizar el proceso. (software, correo, entre
 otros).

5. Recurso humano que debe
 responsabilizarse de cada una de las etapas del
 proceso.

Cuando, fuera de cirugía, se realicen X
 procedimientos bajo sedación Grado I y II,
 cuentan con:

Protocolo de sedación.

Protocolo de manejo de emergencias.

Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.

Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:

Evaluación de la vía aérea.

La determinación del tiempo de ayuno adecuado.

Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.

Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares.

Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.

Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.

Protocolo que defina atención por anesthesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de conciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o

de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:

Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:

Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención

integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.

Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:

X

Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice.

Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea.

Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.

Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.

Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye:

Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.

Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre

y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío.

Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.

Establece controles formales para:

La entrega de los componentes sanguíneos: en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra, marcaje y entrega final al servicio que realice la transfusión.

La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor.

La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería.

Historia	Toda atención de primera vez a un usuario	X
Clínica	y debe incluir el proceso de apertura de historia	
Registros	clínica.	

Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. X

Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la 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

El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros. X

Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos. X

Las historias clínicas y/o registros asistenciales: X

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 X 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 X 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.

Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con: X

Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente.

Registro de la información post-transfusional.

Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la

estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos.

Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma.

Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas.

Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.