# SERVICIO TODOS LOS SERVICIOS

# TIPO HOSPITALARIO\_\_\_\_\_ AMBULATORIO \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA INSTITUCION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CODIGO DEL PRESTADOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **CRITERIO** | **C** | **NC** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. TALENTO HUMANO** |
| **Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del Talento Humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención** |
| El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación. |  |  |  |  |
| **Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo:**  |  |
| * La capacidad instalada
 |  |  |  |  |
| * La relación oferta y demanda
 |  |  |  |  |
| * La oportunidad en la prestación y
 |  |  |  |  |
| * El riesgo en la atención
 |  |  |  |  |
| Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.  |  |  |  |  |
| Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, por ejemplo en algunos procedimientos de radiología, gastroenterología y odontología, el encargado de realizar la sedación, será un profesional diferente a quien está realizando el procedimiento, será éste el responsable de la sedación y su perfil será el de un anestesiólogo o profesional médico u odontólogo con certificado de formación en soporte vital básico y certificado de formación para sedación. |  |  |  |  |
| **La realización de sedación profunda grado III (Cuando el paciente responde a estímulos dolorosos o repetitivos), cuenta con profesional con certificado de formación en:**  |  |
| 1. Soporte vital avanzado.
 |  |  |  |  |
| 1. Monitoria de EKG.
 |  |  |  |  |
| 1. Métodos avanzados en manejo de vía aérea.
 |  |  |  |  |
| 1. Sedación.
 |  |  |  |  |
| 1. Lectura e interpretación electrocardiográfica
 |  |  |  |  |
| Si realiza sedación grado IV, cuenta con anestesiólogo. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas. |  |  |  |  |
| El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| **2. INFRAESTRUCTURA** |
| **Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales** |
| Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada, modificada o inscrita, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado. |  |  |  |  |
| **Las siguientes condiciones de infraestructura deben ser cumplidas por el prestador, antes de iniciar su proceso de habilitación. Si el prestador no puede demostrar el cumplimiento de alguno o algunos de los requisitos, el verificador deberá notificar del hecho, a la autoridad competente de vigilar el cumplimiento de las condiciones anotadas** |  |
| * Cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Titulo IV de la Ley 9° de 1979 y sus decretos reglamentarios.
 |  |  |  |  |
| * Licencia de construcción aprobada para el uso de salud
 |  |  |  |  |
| * Permiso de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas
 |  |  |  |  |
| * Sistema de prevención y control de incendios.
 |  |  |  |  |
| * Estudio de vulnerabilidad estructural (En los casos previstos por la norma vigente).
 |  |  |  |  |
| * Reforzamiento sísmico estructural (En los casos previstos por la norma vigente).
 |  |  |  |  |
| * Plan de emergencias y desastres (En los casos previstos por la norma vigente).
 |  |  |  |  |
| * 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.
 |  |  |  |  |
| * La institución cumple con las condiciones de accesibilidad en Colombia (Resolución Min Salud 14861 de 1985 y Ley 361 de 1997).
 |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| Las instituciones donde se presten servicios 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 éste fin. |  |  |  |  |
| Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador. |  |  |  |  |
| La institución cuenta con suministro de 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 frio 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. |  |  |  |  |
| Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. |  |  |  |  |
| 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 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. |  |  |  |  |
| Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| **3. DOTACIÓN** |
| **Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales** |
| 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. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| **Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá:** |  |
| 1. Resucitador pulmonar manual
 |  |  |  |  |
| 1. Laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo
 |  |  |  |  |
| 1. Guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios.
 |  |  |  |  |
| 1. Desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía.
 |  |  |  |  |
| 1. Fuente de oxígeno.
 |  |  |  |  |
| 1. Sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.
 |  |  |  |  |
| Cuenta con elementos para comunicación externa e interna. |  |  |  |  |
| **Para los servicios donde se realicen procedimientos con sedación, cuenta con:** |  |
| 1. Monitor de signos vitales.
 |  |  |  |  |
| 1. Succión con sondas para adultos y pediátrica según el paciente a atender.
 |  |  |  |  |
| 1. Oxígeno y oxígeno portátil.
 |  |  |  |  |
| 1. Oxímetro de pulso y tensiómetro, cuando no se encuentren incluidos en el monitor de signos vitales.
 |  |  |  |  |
| **Para las Instituciones donde se realicen procedimientos de transfusión de sangre total o de sus componentes, contar con:** |  |
| 1. Nevera o depósito frío para el almacenamiento de sangre o de sus componentes. |  |  |  |  |
| 2. Sistema de registro y control de temperatura entre 1ºC y 6ºC. |  |  |  |  |
| 3. Alarma audible que alerte cambios próximos al límite en que la sangre pueda deteriorarse. |  |  |  |  |
| 4. Equipo para descongelar plasma, cuando aplique.  |  |  |  |  |
| 1. Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados con registro y control de temperatura por debajo de –18ºC 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 |  |  |  |  |
| **4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS** |
| **Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, 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.** |
| 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
 |  |  |  |  |
| * 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)
 |  |  |  |  |
| * 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. |  |  |  |  |
| El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización, vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente. |  |  |  |  |
| 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
 |  |  |  |  |
| * Reactivo vigilancia
 |  |  |  |  |
| que incluyan además la verificación permanente de las alertas 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 apropiada 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
 |  |  |  |  |
| * 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 |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| 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. |  |  |  |  |
| **5. 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**. |
| Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique. |  |  |  |  |
| **Contar 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:** |  |
| 1. **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. |  |  |  |  |
| 1. **Fortalecimiento de la cultura institucional**
 |  |
| El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. |  |  |  |  |
| El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma |  |  |  |  |
| 1. **Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos**
 |  |
| La institución tiene un procedimiento para el reporte de evento adverso que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos adversos. |  |  |  |  |
| 1. **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 |  |  |  |  |
| 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 a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.  |  |  |  |  |
| 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 éste 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:** |  |
| 1. En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.
 |  |  |  |  |
| 1. 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 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:**  |  |
| 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.
 |  |  |  |  |
| 1. La aplicación de precauciones de aislamiento universales
 |  |  |  |  |
| 1. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.
 |  |  |  |  |
| 1. Uso y reúso de dispositivos médicos
 |  |  |  |  |
| 1. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades
 |  |  |  |  |
| 1. 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
 |  |  |  |  |
| 1. Superficies
 |  |  |  |  |
| 1. Manejo de ropa hospitalaria
 |  |  |  |  |
| 1. 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 administración de medicamentos, deberán contar con procesos definidos de los correctos desde la prescripción, hasta la administración de los medicamentos. Que incluya como mínimo las siguientes verificaciones: |  |
| 1. Usuario correcto
 |  |  |  |  |
| 1. Medicamento correcto
 |  |  |  |  |
| 1. Dosis correcta
 |  |  |  |  |
| 1. Hora correcta
 |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |
| **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
 |  |  |  |  |
| * Registros de control de la generación de residuos
 |  |  |  |  |
| **Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:** |  |
| 1. Estabilización del paciente antes del traslado.
 |  |  |  |  |
| 1. Medidas para el traslado
 |  |  |  |  |
| 1. 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
 |  |  |  |  |
| 1. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correos etc)
 |  |  |  |  |
| 1. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso
 |  |  |  |  |
| **Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con:** |  |
| 1. Protocolo de sedación.
 |  |  |  |  |
| 1. Protocolo de manejo de emergencias.
 |  |  |  |  |
| 1. 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.
 |  |  |  |  |
| 1. Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:
 |  |
| 1. Evaluación de la vía aérea.
 |  |  |  |  |
| 1. La determinación del tiempo de ayuno adecuado.
 |  |  |  |  |
| 1. Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.
 |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |
| 1. Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.
 |  |  |  |  |
| 1. Protocolo que defina atención por anestesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.
 |  |  |  |  |
| **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 sexuales que incluya como mínimo:
 |  |
| * 1. 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.
 |  |  |  |  |
| * 1. 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.
 |  |  |  |  |
| 1. 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:** |  |
| 1. Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice.
 |  |  |  |  |
| 1. 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.
 |  |  |  |  |
| 1. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.
 |  |  |  |  |
| 1. Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.
 |  |  |  |  |
| 1. 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:
 |  |  |  |  |
| 1. Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.
 |  |  |  |  |
| 1. 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.
 |  |  |  |  |
| 1. 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.
 |  |  |  |  |
| 1. 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.
 |  |  |  |  |
| **6. HISTORIA CLINICA 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** |
| 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  |  |  |  |  |
| **Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:**  |  |
| 1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente.
 |  |  |  |  |
| 1. Registro de la información post-transfusional.
 |  |  |  |  |
| 1. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos.
 |  |  |  |  |
| 1. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma.
 |  |  |  |  |
| 1. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas.
 |  |  |  |  |
| 1. 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.
 |  |  |  |  |
| **7. 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.****En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será responsable del cumplimiento del estándar independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar**. |
| **Es específico de cada servicio**  |  |