



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2019

()

“Por la cual se adopta el Manual para la Verificación de las Condiciones de Habilitación”

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones, especialmente las conferidas en los artículos 173, numeral 3, de la Ley 100 de 1993, 56 de la Ley 715 de 2001, 58 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 118 del Decreto-ley 019 de 2012, y 2 del Decreto – Ley 4107 de 2011, y en desarrollo de los Capítulos 1, 2, 3 y 7 del Título I de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, y

CONSIDERANDO

Que el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el 25 de noviembre, la Resolución 3100 de 2019 *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”*.

Que se hace necesario establecer un manual para las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y los prestadores de servicios de salud, con el fin de estandarizar el modo de verificación de las condiciones, estándares y criterios de habilitación de servicios de salud, de conformidad con lo definido en la resolución 3100 de 2019.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

Artículo 1. Objeto. Adoptar el Manual para la Verificación de las Condiciones de Habilitación, el cual hace parte integral de la presente Resolución.

Artículo 2. Implementación. La implementación del presente manual estará a cargo de las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y los prestadores de servicios de salud.

Artículo 3. Transitoriedad. Se establecen como reglas transitorias las siguientes:

3.1 Las visitas de verificación que adelanten las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, a los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados, que hayan realizado la autoevaluación de servicios prevista en el numeral 26.1 de la resolución 3100 de 2019, deberán realizarlas aplicando el manual adoptado en la presente resolución.

3.2 El prestador de servicios de salud que en cumplimiento del numeral 26.3 de la resolución 3100 de 2013, manifieste al momento de la apertura de la visita su voluntad de que le sea aplicada la resolución 3100 de 2019, la secretaría de salud departamental o distrital, o la

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

entidad que tenga a cargo dichas competencias, deberá realizar la visita aplicando el manual adoptado en la presente resolución.

3.3 Los prestadores con servicios habilitados de fisioterapia o terapia física, fonoaudiología o terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia respiratoria o vacunación, que hayan realizado la autoevaluación de servicios prevista en el numeral 26.1 de la resolución 3100 de 2019, las visitas de verificación que realicen las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, se efectuará aplicando el manual adoptado en la presente resolución.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

INTRODUCCIÓN

Este manual está diseñado para ser un instrumento de apoyo a las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y los prestadores de servicios de salud, para realizar el proceso de habilitación de los servicios de salud, en cumplimiento de lo previsto en la Resolución 3100 de 2019 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”.

Tiene por objetivo, proporcionar un marco estándar de referencia para la verificación de las condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, así como unificar en el territorio nacional, los conceptos básicos de evaluación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, técnico administrativas, y tecnológicas y científicas definidas para el sistema único de habilitación.

El alcance del Manual incluye los lineamientos específicos para la función y el desarrollo de la verificación de servicios de salud garantizando la aplicación uniforme y la confiabilidad de este proceso en todo el país.

Es un documento abierto a todos los ciudadanos, quienes podrán encontrar aquí información clara y sencilla de los requisitos mínimos y esenciales enfocados a la seguridad del paciente en la prestación de servicios de salud.

Este documento retoma los principios sobre los que se basan los estándares y criterios definidos en la norma habilitación:

- **Fiabilidad:** Enfocado a la evaluación objetiva y homogénea
- **Esencialidad:** Los criterios de habilitación son los indispensables y necesarios para minimizar los principales riesgos propios de la atención en salud
- **Sencillez:** Los estándares y criterios, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, por los prestadores de servicios de salud, las autoridades responsables de su verificación y cualquier persona interesada en conocerlos.

1. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN (SUH)

El Sistema Único de Habilitación se configura como la puerta de entrada al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su justificación es la protección contra los riesgos propios de la prestación de los servicios de salud en el momento del ejercicio de los derechos a la salud y la vida.

El Sistema Único de Habilitación se entiende como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa indispensables para la entrada y permanencia en el sistema.

Es así como el Sistema Único de Habilitación propende por garantizar unas condiciones medias y uniformes de calidad en las instituciones que provean servicios de salud. Son estas condiciones de calidad, que velan porque la prestación del servicio de salud no implique un mayor riesgo que aquel que al mismo servicio es inherente. Dada la naturaleza del Sistema único de habilitación, no sería posible crear y aplicar ciertos requisitos a algunas entidades y otros distintos a las demás, teniendo en cuenta que todas las personas a quienes se les va a prestar ese servicio son titulares de iguales derechos y, por ende, acreedores de igual protección a estos conforme lo establece el principio constitucional de igualdad.

Los sujetos del Sistema único de habilitación, son todas aquellas personas naturales o jurídicas que presten el servicio público esencial de atención en salud, tanto públicas como privadas, a las cuales les será aplicado de manera uniforme el Sistema Único de Habilitación. ¹

Por lo tanto, los verificadores al interpretar cada estándar con sus criterios de verificación, deben tener claro que la protección contra los riesgos propios de la prestación de los servicios de salud es una prioridad en el momento del ejercicio de los derechos a la salud y la vida.

¹ <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

Para efectos del siguiente documento, solo se abordarán las condiciones que deben cumplir los prestadores para la habilitación de servicios de salud.

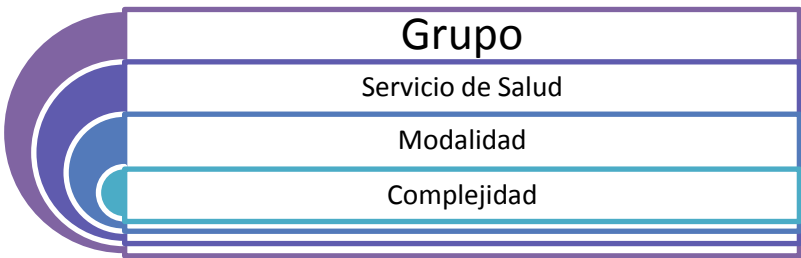
2. ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La taxonomía de la norma de habilitación parte de la unidad mínima habilitable que es aplicable únicamente a los servicios de salud y es sobre la cual están planteados los estándares y criterios de habilitación.

A su vez, los 38 servicios establecidos contienen en su estructura el grupo, la descripción del servicio de salud, una o varias modalidades y complejidades para su prestación.

Estos servicios de salud se integran en cinco grupos que contienen servicios con características similares entre sí.

Figura1. Taxonomía de los servicios de salud



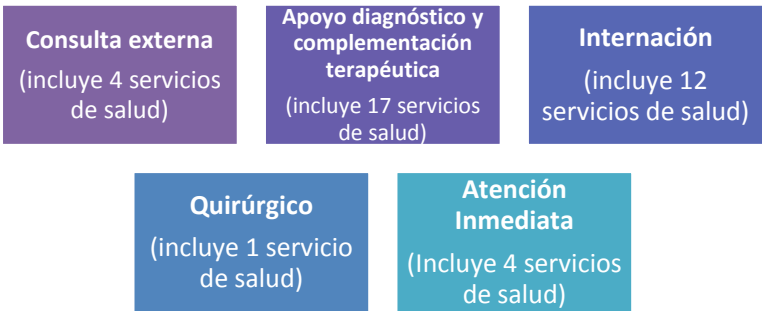
Así, por ejemplo, el servicio de consulta externa general, responde a dicha taxonomía de la siguiente manera:

GRUPO CONSULTA EXTERNA
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA GENERAL

- Estructura del servicio:**
Complejidad: Baja
Modalidades de prestación:
 Intramural
 Extramural: Unidad móvil, Jornada de Salud y Domiciliaria
 Telemedicina – Categorías:
 Interactiva – prestador de referencia
 No interactiva – prestador de referencia
 Telexperticia sincrónico y asincrónico - prestador remitir y prestador de referencia
 Entre dos profesionales
 Entre personal no profesional de salud y profesional de la salud
 Telemonitoreo sincrónico y asincrónico- prestador de referencia

Se representan a continuación los grupos con el número de servicios que los integran.

Figura 2. Grupo de servicios



El Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud - REPS responde a la taxonomía planteada; sin embargo, se encuentran codificados un número mayor de servicios y esto en razón a que en el grupo de consulta externa y el grupo quirúrgico se despliegan una serie de códigos por especialidad del talento humano de los servicios.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

Ejemplo:

Grupo de consulta externa
Servicios de Salud

Enfermería
Estomatología
Gastroenterología
Genética
Medicina Física y del Deporte

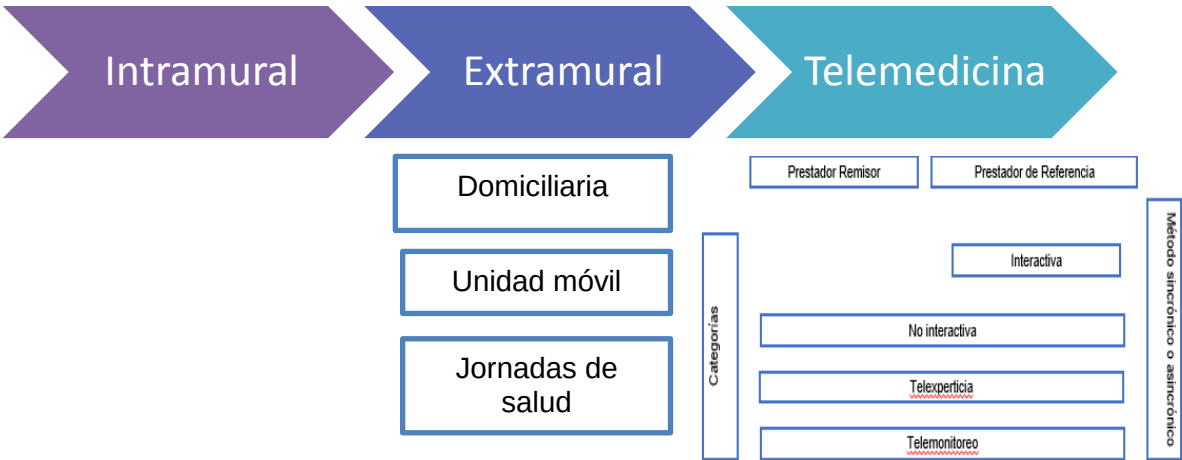
2.1. Modalidades de prestación de servicios

Las modalidades de prestación de servicios son formas de prestar un servicio de salud y como tal, por si solas no son habilitables, recordando que la habilitación corresponde únicamente a los servicios de salud.

Un servicio puede prestarse en más de una modalidad y el prestador es libre y responsable en definir cuáles requiere ofertar.

La Resolución 3100 de 2019 establece tres modalidades: intramural, extramural y telemedicina y a su vez tienen las siguientes especificidades.

Figura 3. Modalidades de prestación de servicios



Un prestador puede simultáneamente prestar un servicio de salud en dos modalidades o más, por ejemplo:

Un prestador que habilita el servicio de consulta externa de medicina general puede hacerlo en la modalidad jornada de salud y a su vez, hacer uso de la modalidad de telemedicina durante la prestación del servicio.

Las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, es la responsable de verificar el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios de salud, incluyendo las modalidades y complejidades que el prestador registró para cada servicio, por ejemplo:

El resultado de la visita de verificación de un servicio de consulta externa de medicina general en la modalidad intramural y extramural -jornada de salud, incluirá la verificación de los criterios aplicables en las dos modalidades. Y su habilitación o no, dependerá del cumplimiento de las condiciones de habilitación para el servicio con sus dos modalidades. No puede haber un cumplimiento parcial.

2.1.1.Especificidades de la modalidad extramural

La Ley 1709 de 2014 por la cual se establece disposiciones relacionadas con la prestación de los servicios de salud a las personas privadas de la libertad y la Resolución 5159 de 2015, “Por medio de la cual se adopta el Modelo de Atención en Salud para la población privada de la libertad bajo la custodia y vigilancia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – INPEC”; define la extramuralidad como la atención prestada por prestadores de servicios de salud primarios ubicados por fuera de los establecimientos de reclusión, a través de los cuales los usuarios acceden al servicio cuando no es posible la atención por parte del prestador de servicios de salud primario intramural. En este sentido, los prestadores de servicios de salud que presten servicios en modalidad extramural, deberán cumplir con el Sistema Obligatorio de

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

Garantía de Calidad definido en el Decreto 1011 de 2006 hoy compilado en el Decreto 780 de 2016 y las normas que lo desarrollan, modifiquen o sustituyan, que para el efecto es la norma de habilitación de servicios de salud vigente, según Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los prestadores deberán habilitar el servicio con las modalidades hoy permitidas: unidad móvil, domiciliaria y jornada de salud.

Para el trámite de la autorización ante la secretaria de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias correspondiente, *el documento que evidencia el acuerdo con el o los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados y ubicados en el área geográfica donde se realice la prestación de servicios*, aplica solo en los casos que el servicio de salud a ofertar en jornada de salud requiera el apoyo de otro prestador de servicios de salud en alguno de sus estándares, por ejemplo:

- *Un prestador de servicios de salud, tiene habilitado el servicio de cirugía general en la ciudad de Bogotá en las modalidades intramural y extramural – jornada de salud y desea realizar una jornada de salud en el municipio de San Jose del Guaviare del departamento del Guaviare. Para este caso deberá tramitar autorización ante la Secretaría de Salud Departamental del Guaviare, anexando la información requerida para la jornada. Adicionalmente, en este ejemplo aplica el documento de acuerdo con la ESE Hospital San José del Guaviare, para apoyarse en el cumplimiento del estándar de infraestructura del servicio de cirugía general.*
- *Un prestador de servicios de salud, tiene habilitado el servicio de vacunación en la ciudad de Popayán en la modalidad extramural – jornada de salud y desea realizar una jornada de salud en el municipio de Tumaco. Para este caso deberá tramitar autorización ante el Instituto Departamental de Salud de Nariño, anexando la información requerida para la jornada. En este ejemplo no aplica el documento de acuerdo, porque el servicio de vacunación será prestado cumpliendo todos sus estándares sin el apoyo de otro prestador.*

El trámite de autorización no incluye la visita de verificación por parte de la secretaria de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias correspondiente; sin embargo, en el marco de sus competencias si se considera necesario puede realizarlas.

2.1.2. Especificidades de la modalidad de telemedicina

La telemedicina es una modalidad de prestación del servicio y tiene cuatro categorías con características especiales que reflejan el relacionamiento del personal de salud con el paciente durante la atención en salud a distancia usando Tecnologías de la Información y la Comunicación, la modalidad puede ser ofrecida por cualquier prestador en cualquier área de la geografía nacional con el objetivo de facilitar el acceso y mejorar la oportunidad y resolutiveidad en la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

El prestador que desee prestar servicios de salud en esta modalidad lo puede hacer como prestador remitente, como prestador de referencia o como ambos, según la oferta que requiera realizar.

El prestador de Servicios de Salud que oferte cualquier servicio en la modalidad de telemedicina, en cualquiera de sus categorías, debe cumplir los estándares establecidos en la Resolución 3100 de 2019 y adicionalmente, con lo determinado por la Resolución 2654 de 2019², pero durante la visita de verificación esta última no será objeto de verificación.

El prestador que realiza la atención presencial del paciente debe cumplir con los criterios de habilitación definidos para el prestador remitente, y el que realiza la atención a distancia, los definidos para el prestador de referencia de acuerdo con lo establecido en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

En un mismo servicio puede integrarse más de una categoría de la telemedicina, de acuerdo con lo que determine la estructura del servicio en la Resolución 3100 de 2019.

Es importante tener en cuenta que la teleorientación y el teleapoyo son actividades de la telesalud que no requieren habilitación y tampoco son categorías de la telemedicina, pero pueden realizarse dentro de un servicio habilitado, como actividades de apoyo.

² “Por la cual Establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país”. Disponible en : https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20del%202019.pdf

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

La prescripción de medicamentos solo puede realizarse en la modalidad de telemedicina en las categorías de telemedicina interactiva y teleexpertise sincrónica y no puede realizarse en una actividad de teleorientación ni de teleapoyo.

La prestación de los servicios de salud en la modalidad de telemedicina, no reemplaza el cumplimiento del estándar de talento humano definido en cada servicio.

La prestación del servicio en la modalidad de telemedicina por una institución extranjera puede efectuarse, si el prestador extranjero tiene un prestador inscrito y con servicios habilitados en el territorio nacional y si este cumple con las Resoluciones 3100 de 2019, y la 2654 de 2019, y siempre y cuando el idioma español sea el idioma oficial para el intercambio de información.

En el Sistema de Único de Habilitación no se habilitan las plataformas tecnológicas utilizadas para proveer un servicio en la modalidad de telemedicina, en el entendido que estas aportan al cumplimiento de los estándares determinados para la modalidad.

Tabla 1. Categorías de la telemedicina

Categoría	Ejemplos de actividades	Método de Comunicación	Relacionamiento
Telemedicina interactiva	Consulta general y especializada	Exclusivamente sincrónico	Profesional de la salud directamente con usuario mediante video llamada.
Telemedicina no interactiva	Consulta general y especializada	Exclusivamente asincrónico	Profesional de la salud directamente con usuario, sin respuesta inmediata, podrá ser a través de texto o imágenes.
Teleexpertise	Consulta general y especializada Soporte a decisiones clínicas en todos los grupos de servicios establecidos en la Resolución 3100	Sincrónico y asincrónico	1. Dos (2) profesionales de la salud, uno de los cuales atiende presencialmente al usuario y otro apoya a distancia. 2. Personal de salud no profesional (técnico o auxiliar) que atiende presencialmente al usuario y un (1) profesional de la salud en la distancia. 3. Profesionales de la salud en junta médica
Telemonitoreo	Seguimiento a pacientes crónicos. Rehabilitación	Sincrónico y asincrónico	Profesional de la salud y un usuario a través de una infraestructura TIC que recopila y trasmite a distancia datos clínicos. Seguimiento a distancia de datos clínicos almacenados y transmitidos. Respuesta relacionada con datos transmitidos.

2.2. Complejidades de los servicios de salud

La norma establece tres complejidades en las que se puede prestar un servicio de salud, como se muestra en la figura 4.

Cuando un servicio de salud tiene en su estructura más de una complejidad, el prestador de servicios de salud debe definir cuál de éstas desea ofertar, teniendo en cuenta que solo puede registrar en el REPS una de ellas y que al declarar la mayor se incluye el cumplimiento de las más bajas.

Figura 4. Complejidades de los servicios de salud



Ejemplo:

SERVICIO DE URGENCIAS

Complejidades: Baja, mediana y alta.

Si el prestador oferta el servicio de urgencias en baja complejidad y desea ofertarlo en mediana complejidad, el REPS solo le permitirá habilitar la complejidad más alta, en este caso la mediana, previo cumplimiento de los criterios para la baja y la mediana complejidad que establece la Resolución 3100 de 2019.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

Es de anotar que los siguientes servicios no tienen una complejidad asociada, ya que no cuentan con criterios diferenciales que les permita esta caracterización:

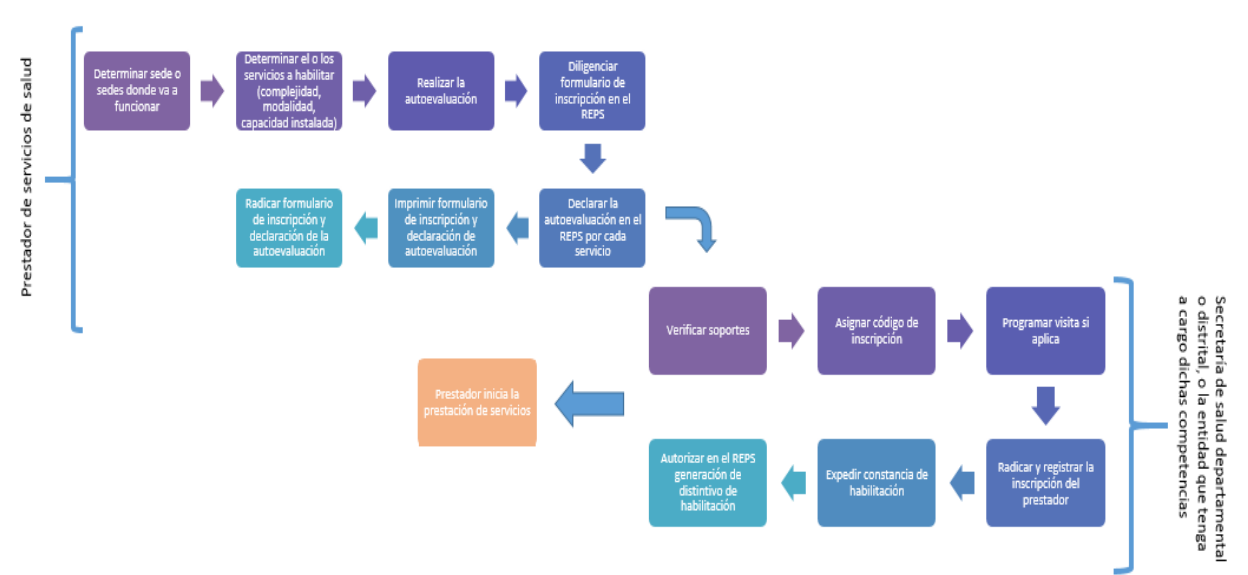
Grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica

- Servicio de radiología odontológica
- Servicio de gestión pre-transfusional
- Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico
- Servicio de laboratorio clínico
- Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas
- Servicio de laboratorio de citologías cervico-uterinas
- Servicio de laboratorio de Histotecnología

3. PASOS PARA LA INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

En la siguiente figura se ilustra de manera sucinta cada uno de los pasos que debe seguir el prestador de servicios de salud y la secretaría de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en cuanto a la inscripción y habilitación de servicios de salud.

Figura 5. Pasos para la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud



La inscripción de un prestador de servicios de salud y la habilitación de sus servicios, se realiza en la secretaría de salud departamental y distrital de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, donde se encuentre ubicada la sede del prestador y donde se oferten y presten los servicios de salud. Si un prestador se encuentra en un municipio determinado debe verificar si este corresponde a una entidad territorial departamental o distrital, y acercarse a la secretaría de salud correspondiente para realizar el respectivo proceso de inscripción y habilitación, y finalmente es allí donde queda autorizado para prestar los servicios de salud habilitados.

En el caso que un registro del REPS no corresponda con los datos del prestador, este debe acercarse a la secretaría de salud departamental o distrital de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias correspondiente y realizar la novedad respectiva.

En el proceso de inscripción y de autoevaluación, los prestadores de servicios de salud deben cumplir con las condiciones de capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad tecnológica y científica, teniendo en cuenta su aplicabilidad en cada caso. Así como desarrollar los siguientes pasos:

3.1 Realizar la autoevaluación

Como parte de la autoevaluación se encuentra la verificación del cumplimiento de las condiciones de capacidad técnico-administrativa, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad tecnológica y científica, según aplique, como parte de la condición tecnológica y científica, el prestador debe verificar los

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

estándares y criterios establecidos para cada servicio que pretende habilitar, así como el cumplimiento de los criterios definidos en “Todos los servicios” según aplique a los servicios de salud a habilitar.

Los prestadores de servicios de salud en el proceso de autoevaluación, deberán utilizar como única herramienta el Manual de Inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, definidos en la Resolución 3100 de 2019.

3.2 Asistencia técnica

Cuando un prestador de servicios de salud evidencie dificultades en su proceso de autoevaluación, y en el entendimiento de los criterios que debe cumplir, puede acercarse a la secretaría de salud departamental o distrital de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias correspondiente, con el fin de solicitar la asistencia técnica requerida.

El Ministerio de Salud y Protección Social, dispone en el REPS en el siguiente link <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>, los lineamientos para realizar asistencia técnica a prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC.

3.3 Diligenciar el formulario de inscripción

Cuando un prestador va a realizar la determinación de su sede, debe tener en cuenta que la sede corresponde a un domicilio con su dirección correspondiente, registrada en catastro, adicionalmente, cuando un prestador cuente con varias sedes, él tendrá la potestad de definir cuál registrará como su sede principal en el REPS.

Es importante registrar datos como piso, consultorio, bloque, entre otros.

Cuando el prestador se realiza la inscripción debe, una vez diligenciado el formulario con toda la información correspondiente, imprimirlo y radicarlo en la secretaría de salud departamental o distrital de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias correspondiente. Es de anotar que una vez inscrito el prestador y habilitados sus servicios, las novedades en el REPS tendrán trámite en línea o radicación en medio físico, de acuerdo a lo determinado en la Resolución 3100 de 2019.

3.4 Radicar el formulario de inscripción

El documento de la autoevaluación impreso que radicará el prestador de servicios de salud, corresponde a la declaración del cumplimiento de todas las condiciones que le apliquen así como el cumplimiento de la condición tecnológica y científica para cada uno de los servicios que pretende habilitar incluyendo, las modalidades y complejidades para cada uno de ellos.

Como paso previo a la obtención de la licencia de práctica médica vigente de los equipos generadores de radiaciones ionizantes el prestador debe cumplir con lo definido en la Resolución 482 de 2018 o a la norma que la modifique o sustituya.

Es importante que verifique que la información contenida en la licencia corresponda con la información del prestador de servicios de salud y con lo evidenciado en el servicio, así:

- Nombre del prestador de servicios de salud, a quien se le otorga la licencia, para personas jurídicas se debe evidenciar la razón social y el representante legal.
- La dirección registrada debe corresponder a la de la sede donde se utilizarán los equipos generadores de radiaciones ionizantes.
- Nombre del oficial de protección radiológica o del encargado de la protección radiológica, según la categoría de la licencia.
- Prácticas médicas autorizadas en la licencia y categoría.
- Listado de los equipos registrados en la licencia identificados con marca, modelo y serie.
- Vigencia de la licencia.

Se determinará un incumplimiento al criterio si la información registrada en la licencia no concuerda con lo evidenciado en la sede del prestador y en el servicio durante la verificación.

Los documentos que soportan la inscripción de los prestadores de servicios de salud, solicitados como copia impresa, pueden ser presentados en medio magnético, si la secretaría de salud departamental o distrital de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias correspondiente, si así lo determina.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

3.5 Vigencia de la Inscripción

La vigencia inicial de un prestador de servicios de salud es de cuatro (4) años desde su inscripción en el REPS, antes de terminar el cuarto año el prestador debe autoevaluarse y posteriormente la autoevaluación se realizará anualmente.

Ejemplo:

Un prestador en el REPS tiene fecha de inscripción 5 de abril del 2015, su autoevaluación durante la vigencia inicial, deberá realizarla antes del 5 de abril del 2019; posterior a esta fecha, antes del 5 de abril de cada año debe realizar la autoevaluación, si no realiza la autoevaluación antes del 5 de abril de cada año, el REPS lo inactivará y deberá reactivar su inscripción.

3.6 Habilitación de servicios de salud

Para los servicios de salud que no requieren visita previa, una vez expedida la constancia de habilitación y autorizada en el REPS la generación del distintivo de habilitación se considera habilitado el servicio.

Para los servicios de salud que requieran visita previa, cuando la secretaría de salud departamental o distrital de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias correspondiente, registre el resultado del cumplimiento del servicio, se expedirá la constancia de habilitación y se autorizará en el REPS la generación del distintivo de habilitación y a partir de ese momento se considerará habilitado el servicio.

3.7 Distintivos de habilitación

Durante las visitas de verificación de las condiciones de habilitación, se identificará que el prestador de servicios de salud tenga publicados los distintivos actualizados y correspondientes a los servicios habilitados.

Es responsabilidad de las secretarías de salud departamentales o distritales de salud o la entidad que tenga a cargo dichas competencias correspondientes, la autorización oportuna de la generación de los distintivos de habilitación.

4. GENERALIDADES DE LAS VISITAS

El objetivo de la verificación de las condiciones de habilitación es constatar el cumplimiento de la norma de habilitación por parte de los prestadores de servicios de salud, desde un enfoque de seguridad del paciente.

El desarrollo de esta labor requiere el desarrollo de los siguientes pasos que se dan en el antes, durante y después de la visita de verificación.

4.1 Principios del profesional verificador

Los profesionales a cargo de la verificación de las condiciones de habilitación deben regirse por los siguientes principios:

Integridad profesional

- El verificador de condiciones de habilitación debe realizar su labor con ética, honestidad y responsabilidad.
- Realizar la labor de verificación únicamente si cumple con los requisitos para hacerlo.
- Ejecutar la verificación de manera imparcial, permanecer ecuánime y sin sesgo en todas sus acciones
- Declarar conflictos de interés, cuando a ello hubiere lugar. Por ejemplo: tener nexo personal, laboral con un prestador de servicios de salud.
- Capacidad de hacer análisis razonados en todas las situaciones que puedan darse durante la visita.
- Estar actualizado en los conocimientos relacionados con la labor de verificación.
- Comprensión de la importancia de la labor de verificación.

Imparcialidad

- Ejecutar la verificación de manera imparcial, permanecer ecuánime y sin sesgo en todas las acciones a cargo.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

- El informe de la visita de verificación debe reflejar con veracidad y exactitud los hallazgos. La comunicación con el prestador durante la visita debe ser veraz, exacta, objetiva, oportuna, clara y completa.

Confidencialidad

El verificador debe guardar confidencialidad en el uso y la protección de la información adquirida en el curso de su labor, tales como documentos del prestador, los resultados de la visita y demás información que le haya sido confiada, especialmente aquella de carácter sensible o confidencial.

Enfoque basado en la evidencia

La evidencia de los hallazgos en la visita debe ser verificable y soportada únicamente en la Resolución 3100 de 2019, es decir que por ningún motivo puede darse un hallazgo por un criterio o un requisito no establecido e incluido en la mencionada norma.

En caso de evidenciarse algún hallazgo de incumplimiento de otras normas, se debe poner en conocimiento de manera formal a la autoridad competente para que tome las acciones a las que hubiere lugar.

4.2 Fases de la verificación

Las siguientes fases tienen por objeto establecer un orden secuencial y lógico, así como brindar las herramientas necesarias para llevar a cabo con éxito la labor de verificación de las condiciones de habilitación.

Figura 6. Fases de la verificación



4.2.1 Planeación

Esta fase contempla:

1. Definición del prestador y los servicios a verificar de acuerdo con el plan de visitas y las prioridades establecidas en el artículo 17 de la Resolución 3100 de 2019.
2. Objetivo, alcance de acuerdo con el tipo de visita a realizar tomando como referencia los tipos de visita establecidos en los artículos 14, 15 y 16 de la Resolución 3100 de 2019.
3. Definición de la comisión de verificación.
4. Elaboración de los instrumentos de verificación.

La comisión de verificación es la encargada de recopilar y analizar las evidencias, así como de extraer las conclusiones para habilitar o no los servicios verificados, documentar los resultados y redactar los informes.

La comisión de verificación debe estar integrada por profesionales que cuenten con la capacitación y entrenamiento técnico de acuerdo con lo establecido en la Resolución 077 de 2007 o la norma que la modifique o sustituya. El verificador que cumpla con dicho requisito tiene la capacidad técnica para la verificación de cualquier servicio y estándar, la mencionada resolución no asocia perfiles profesionales a servicios o estándares específicos.

Continuación de la Resolución "Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación"

No se exige que el verificador vuelva a realizar un curso de verificación en los términos antes establecidos, no obstante, es indispensable que la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, realice el entrenamiento respectivo a los verificadores con base en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, de tal manera que el equipo de verificación esté actualizado, realice un ejercicio de estudio continuo de la norma y homologación de conceptos antes de realizar las visitas.

Para que el proceso de verificación sea lo más objetivo y transparente posible, los miembros de la comisión deben estar libres de conflicto de intereses con el prestador de servicios de salud que van a visitar.

Debe asignarse las responsabilidades de cada verificador y definir un líder de la visita quien coordina el grupo de verificación y el desarrollo de la visita. Adicionalmente es quien actúa como interlocutor entre el prestador y la comisión de verificación.

Mínimo un verificador debe ser funcionario de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

El número de integrantes de la comisión debe darse de acuerdo con los siguientes aspectos, teniendo en cuenta que mínimo debe estar integrada por dos verificadores:

- Tamaño del prestador y sus sedes.
- La oferta de servicios, cantidad, complejidad y demás características.

Definición del tiempo y duración de las visitas: fechas y lugares.

La duración de la visita debe plantearse de acuerdo con:

- Tamaño del prestador y sus sedes.
- La oferta de servicios, cantidad, complejidad y demás características.

Alistamiento de recursos para la visita

Los recursos incluyen todos los soportes necesarios para realizar la visita:

- Preparación de documentos:
 - Instrumentos de verificación, es importante recordar que no debe realizarse la verificación con normas diferentes a la Resolución 3100 de 2019.
 - Actas de apertura y cierre de la visita
 - Declaración de habilitación del prestador a ser verificado, para compararlo con los servicios realmente ofrecidos.
 - Capacidad instalada de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud en el REPS, en los servicios donde aplique.
 - Documentos de identificación que acrediten a los verificadores de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, como tales.
 - Agenda preliminar de la visita, elaborada con base en los servicios ofertados o prestados y en la conformación del grupo de verificación.
- Necesidades de desplazamiento de la comisión.
- Comunicación de la visita:
 - Salvo las visitas de inspección vigilancia y control, las visitas de verificación de condiciones de habilitación deben ser comunicadas al prestador como mínimo con un (1) día hábil de antelación y por medios físicos o electrónicos. Comunicada la visita de verificación, el prestador de servicios de salud no podrá presentar novedades mientras esta no haya concluido.
 - Dicha comunicación deberá contener como mínimo:
 - Fecha y hora de inicio de la visita.
 - Fecha de cierre de la visita.
 - Servicio o servicios a verificar, indicando su código, nombre, modalidad y complejidad.
 - Nombres y apellidos de los integrantes de la comisión de verificación.

Continuación de la Resolución "Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación"

4.2.2 Ejecución de la visita

Presentación de la comisión

La comisión de verificación debe presentarse formalmente en la sede del prestador, en la hora y fecha comunicada, identificando ante el responsable de atender la visita (representante legal o designado formal por éste) a cada uno de los integrantes del grupo de verificación, explicando el motivo y los objetivos de la visita.

En caso de no recibirse la visita por parte del prestador, se dejará constancia de ello mediante acta, que servirá de sustento para las acciones jurídicas a que haya lugar.

Reunión de apertura

El verificador designado como líder de la visita explicará los objetivos, procedimientos y metodologías de la visita, presentará formalmente los miembros de la comisión de verificación y sus responsabilidades en el desarrollo de esta.

Se compararán los servicios declarados por el prestador con los servicios que efectivamente ofrezca, constatando su código, complejidad, modalidad y capacidad instalada cuando aplique.

La comisión de verificación debe registrar en el acta las diferencias, tanto de los servicios que presta y no declaró, como de los declarados y no prestados y realizará las acciones de inspección, vigilancia y control correspondientes.

En caso de encontrar servicios declarados pero no prestados, se procederá a dejar constancia en el acta y la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, inactivará el servicio.

En el acta debe quedar registrado que se le explicó al prestador que como sustento de la visita eventualmente se tomarán registros fotográficos y demás observaciones a las que hubiere lugar.

Se presentará la agenda preliminar para definir conjuntamente con el representante legal o designado formal por éste, el recorrido por la sede del prestador, los horarios en que se desarrollará la visita, de manera que las diferentes dependencias del prestador puedan prepararse para la visita, y el recorrido se diseñará de manera que se genere el menor traumatismo posible en las actividades asistenciales.

Desplazamiento por la sede del prestador

Durante el desplazamiento se deben verificar todas las áreas y ambientes del servicio objeto de verificación, se recomienda que el recorrido se realice haciendo la ruta de atención de los pacientes empezando por el ingreso del paciente a la sede del prestador, su estancia en el servicio y egreso del mismo.

Verificación

La verificación de los servicios de salud, deberá iniciar por la revisión documental de lo establecido en el estándar de procesos prioritarios, ya que allí se determinará la dotación, medicamentos, insumos o dispositivos utilizados en los procedimientos que realice el prestador.

Para el desarrollo de la visita se sugiere iniciar por los servicios que requieren mayores condiciones de asepsia (áreas quirúrgicas y de procedimientos), siguiendo por áreas y ambientes de internación, áreas o ambientes de urgencias y de consulta externa, servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y finalizando con áreas y ambientes generales.

Los verificadores durante las labores de verificación deberán estar siempre acompañados por un funcionario o representante del prestador.

Actitudes y comportamientos durante el desarrollo de la visita

Deberán observarse y ejecutarse las siguientes pautas de comportamiento por parte de los profesionales de la comisión de verificación que realizarán la visita:

Continuación de la Resolución "Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación"

- Declarar inhabilidad cuando se considere que pueda estar sesgado por situaciones personales en contra o a favor del prestador visitado; debe comunicar de dicha inhabilidad al líder de la visita. Las obligaciones del verificador durante la visita cesan en este caso.
- Ser amable y respetuoso con todo el personal del prestador visitado, sin perder su papel de autoridad sanitaria frente al prestador.
- Comunicar de una forma clara y concisa, transmitiendo concretamente la información, no se debe dar por sentado que el receptor entendió el mensaje.
- Evitar roces con el prestador o el personal que labore en el mismo y en ningún caso generar o acceder a enfrentamientos. En caso de controversia con el prestador se realizarán las actividades necesarias para dirimirlas, para lo cual se debe informar de cualquier situación al líder de la comisión de verificación para que se estime la conducta a seguir.
- Si el prestador o el personal del prestador llegase a ser agresivo, se podrá suspender la visita y retirarse de la sede visitada, dejando constancia de ello en el acta y posteriormente con el apoyo de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, adoptará las conductas jurídicas a que haya lugar.
- Adoptar una actitud de apoyo ante el personal del prestador evitando actitudes impositivas.
- En ningún caso se deben hacer comentarios ni adoptar actitudes despectivas, ni peyorativas respecto al prestador o el personal que labora para éste sean cuales fueren los hallazgos en la visita.
- Se deben evitar los pronunciamientos sobre el cumplimiento o no de los estándares aún ante la insistencia del prestador ya que puede comprometerse innecesariamente las conductas formales de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias. Se le debe recordar al prestador que la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, remitirá un informe oficial de los hallazgos de la visita.
- No hacer comentarios con el prestador o su personal sobre los hallazgos de visitas de otros prestadores.
- En la labor de verificación se tendrá acceso a información protegida por reserva legal, por lo tanto, se debe mantener esa reserva y no divulgar tal información. La reserva también es aplicable a las autoridades de salud salvo excepciones previstas en la Ley, y su divulgación puede acarrear sanciones.
- No se deben hacer recomendaciones o imposiciones sobre marcas en la dotación o en los medicamentos, dispositivos médicos o insumos, ni sobre asesores que desarrollen actividades relacionadas con el Sistema Único de Habilitación.
- Respetar las instrucciones del prestador sobre el acceso y conductas a seguir en las diferentes áreas o ambientes que se están verificando.
- Evitar hablar por teléfono, ausentarse por periodos largos durante la visita, ante cualquier situación de índole personal o relacionada con la visita se debe informar al coordinador de la comisión de verificación.
- Respetar la confidencialidad y autoría de los documentos que solicita como soporte de la visita, en ningún caso se debe sustraer información del prestador.
- No solicitar copias de documentos, es un costo innecesario para el prestador y un aumento inútil del volumen de documentos del informe.
- No registrar el cumplimiento o no de un estándar sin haber verificado su cumplimiento. El no cumplimiento de un estándar puede acarrear consecuencias para el prestador y generar riesgos para los usuarios de los servicios de salud.

Continuación de la Resolución "Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación"

- Nunca se deben hacer interpretaciones de la norma si no se tiene certeza o sustento técnico para requerir algún criterio, ante las dudas estas deben dirimirse con el líder de la comisión de verificación.
- Cuando el prestador manifieste discrepancia frente a la verificación, en primera instancia se debe comunicar de dicha situación al líder de la comisión. Si la comisión no tiene certeza o elementos para dar la respuesta a la situación, continúe con la visita e informe al prestador que realizará la respectiva consulta con las instancias pertinentes.
- Nunca se deben exigir requisitos adicionales a los establecidos en la Resolución 3100 de 2019.
- Durante la visita se recomienda que la comisión de verificación haga un balance intermedio del avance de las tareas asignadas, situaciones presentadas con el fin de adelantar las acciones que sean pertinentes. Para lo anterior se recomienda que se solicite al prestador un espacio en privado.
- En caso de discrepancias entre los integrantes de la comisión de verificación, evite discusiones delante del prestador, en tal caso se recomienda solicitar un espacio en el que todos los integrantes de la comisión se reúnan en privado para determinar las acciones a seguir en cabeza del líder de la visita.
- Como verificador de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, el informe cuenta con el respaldo y la información suficiente para la adopción de las conductas, así como el respaldo de la visita y la verificación in situ que brinda el acta final.
- Cuidar la presentación personal, teniendo en cuenta que eventualmente se puede estar en contacto con pacientes.

Reunión de cierre

El verificador designado como líder de la visita explicará al prestador las acciones que seguirán posterior a la visita, los tiempos de entrega del informe si a ello hubiere lugar. Se levantará el acta de cierre, momento desde el cuál se entenderá concluida la visita de verificación.

Entrega de resultados

La elaboración del informe de la visita de verificación de condiciones de habilitación, requiere la articulación de todos los miembros de la comisión, es recomendable que previamente haya una reunión del equipo para dar a conocer los hallazgos en la verificación, se resuelvan desacuerdos y se evalúe conjuntamente los hallazgos y la labor realizada a modo de retroalimentación.

Se recomienda definir quien recopila y elabora el informe final con base en los instrumentos y demás soportes de la visita.

Evaluación y mejoramiento

La secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, debe realizar reuniones periódicas en las que se evalúen los procesos de verificación de las condiciones de habilitación.

Dicha evaluación busca homologar la verificación, resolver inquietudes y discrepancias entre los verificadores y generar acciones de mejora en caso de requerirse.

5. TIPOS DE VISITAS

Las visitas en el marco del Sistema Único de Habilitación son las que se contemplan a continuación:

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

Figura 6. Visitas de verificación



5.1 Visita Previa

La verificación de los servicios nuevos de oncología, a partir de la expedición del Decreto 2106 de 2019, artículo 92, se realizará por parte de las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, quienes dispondrán de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud de realización de la visita de verificación previa por parte del prestador de servicios de salud, para realizar la visita correspondiente.

Las visitas previas tienen como alcance inscribir nuevos prestadores de servicios de salud y la habilitación de los servicios de salud definidos en la norma que requieren visita previa, su alcance no incluye la certificación de los servicios.

Los estándares de talento humano, historia clínica y registros, procesos prioritarios y medicamentos, dispositivos médicos e insumos se verificarán con base en la planeación que tenga el prestador de servicios de salud y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Ejemplo:

En visita previa de un servicio de Quimioterapia, la verificación del estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos se basará en la planeación que tenga documentada el prestador, es decir:

- *Se solicitará la lista de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos que utilizará en la realización de sus procedimientos, no se solicitará contar con los mismos en almacenamiento.*
- *Información documentada de los procesos que apliquen al servicio, en el caso de documentar que utilizará medicamentos de control especial, no se solicitará la resolución de autorización vigente expedida por el Fondo Nacional de Estupefaciente o la entidad que haga sus veces, teniendo en cuenta que esta solo se expide una vez el prestador de servicios de salud se encuentre inscrito y con el servicio de salud habilitado.*

En el proceso de una visita previa se permite la subsanación del incumplimiento de las condiciones de habilitación, de la presentación del plan hospitalario para emergencias y del plan de mantenimiento de la planta física, para lo cual las secretarías de salud departamentales o distritales, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, deben establecer un procedimiento de auditoría al informe de resultados de la verificación de la visita previa, para lo cual conformaran una mesa de evaluación integrada por profesionales diferentes a la comisión que realizó la respectiva verificación, con el fin de identificar los hallazgos que el prestador puede subsanar a través de soportes documentales, y que no requiere una nueva visita de verificación.

5.2 Visita de Certificación

Tenga en cuenta que la visita de certificación se realiza posterior a la habilitación del servicio de salud y hace parte del plan de visitas.

5.3 Visita de Reactivación

El alcance de estas visitas es la activación de la inscripción del prestador de servicios de salud y la habilitación de los servicios que requieren visita previa: servicios de alta complejidad, urgencias, atención del parto, transporte asistencial y oncológico. Es de anotar que en estas visitas de reactivación, los estándares relacionados con talento humano, historia clínica y registros, procesos prioritarios y medicamentos, dispositivos médicos e insumos, se verificarán con base en la planeación que al respecto tenga el prestador de servicios de salud y no se exigirá el resultado de los referidos estándares.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

6. RECOMENDACIONES PARA EL PRESTADOR SOBRE CÓMO PREPARARSE Y RECIBIR UNA VISITA DE VERIFICACIÓN

Las visitas de verificación generan una gran expectativa y algunas veces nerviosismo en el prestador o su equipo de trabajo, a continuación se da una serie de recomendaciones relacionadas con la preparación y desarrollo de la visita.

Recuerde que la prestación de servicios de salud es respaldada por principios éticos, normatividad que protege la dignidad y seguridad de los pacientes y usuarios en la atención.

Al declarar la autoevaluación de un servicio recuerde que está aceptando el cumplimiento de las condiciones de habilitación, por lo tanto es responsabilidad del prestador la veracidad de lo declarado, es decir que no solamente se cumplen los criterios para el momento de la visita, sino se tiene la obligación de su mantenimiento en el tiempo.

Si el servicio ya se viene prestando, es recomendable que periódicamente se haga el ejercicio de autoevaluación con el fin de identificar fallas y realizar mejoras en caso de ser necesario.

Si observa que no cumple con algún o algunos criterios de habilitación debe abstenerse de ofertar y prestar el servicio.

Por lo tanto, el ejercicio de la autoevaluación debe ser realizado juiciosamente constatando frente a lo solicitado, que cada criterio se cumpla, lo cual requiere un ejercicio de lectura completo de la norma de habilitación.

Ante cualquier inquietud acerca de la implementación y comprensión de la norma de habilitación, el prestador puede solicitar asistencia técnica o realizar peticiones o aclaraciones por escrito la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

Dado que la visita puede ser comunicada hasta con un día de antelación, si los servicios se vienen prestando debe generar las acciones que permitan que la visita se dé sin ningún inconveniente tanto para los usuarios de los servicios, como para los integrantes de la comisión.

Tenga definido quién o quienes apoyarán el desarrollo de la visita, defina si va a ser usted directamente o un equipo de trabajo, para lo cual asigne previamente roles y responsabilidades de acuerdo con la experticia de sus colaboradores.

Es necesario que usted comprenda los objetivos de las visitas de verificación, que están encaminadas a determinar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para garantizar la seguridad de los pacientes durante la atención.

Asegúrese que usted y su equipo conocen de los servicios y sus procesos, procedimientos que serán verificados.

Es importante recordar que todos los soportes documentales ya sea que estén en físico o en medios electrónicos deben estar actualizados, debidamente organizados y de fácil disposición para la visita.

7. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Los prestadores de servicios de salud son los que se establecen a continuación:

Figura 8. Clases de prestadores de servicios de salud



Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

La clase de prestador de servicios de salud, debe coincidir con el alcance del documento legal de creación, para el caso de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Entidades con Objeto Social Diferente y Transporte Especial de Pacientes.

Para el caso de profesional independiente, no podrá contratar profesionales para la atención ofertada en el servicio habilitado.

Cuando se retire el prestador de servicios de salud y desee ofertar sus servicios bajo otra clase de prestador deberá iniciar la inscripción como un nuevo prestador de servicios de salud, debido a que no hay novedad de cambio de prestador de servicios de salud.

8. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CON APOYO DE ORGANISMOS DE COOPERACIÓN

Es posible que un organismo internacional de cooperación o una organización no gubernamental quiera apoyar la prestación de servicios de salud ya sea por razones de carácter humanitario o altruista.

Estos organismos no pueden prestar servicios de salud directamente y deben aliarse con una Institución de Servicios de Salud – IPS inscrita en el REPS en el departamento o distrito donde se prestarán los servicios de salud.

La IPS debe realizar los trámites de autorización de la prestación de servicios de salud con este tipo de organismos cumpliendo los requisitos establecidos en la Resolución 3100 de 2019.

La temporalidad de la prestación de servicios de salud con dicho apoyo será definida entre el prestador y el respectivo organismo, lo cual queda formalizado en el acuerdo escrito o contrato entre estos.

No existe restricción sobre servicios y sus modalidades y complejidades que pueden darse con el apoyo de estos organismos, teniendo en cuenta que el cumplimiento de los estándares y criterios de los servicios a prestarse en el marco de dicho convenio o contrato es responsabilidad de la IPS.

En el caso que el organismo u organización quieran prestar los servicios de salud directamente deberán inscribirse como prestadores de servicios de salud y cumplir con lo establecido en la norma de habilitación para tal fin.

En el caso que el organismo u organización quieran prestar los servicios de salud en municipios donde no estén disponibles IPS o no es posible realizar acuerdos o contratos con IPS que tengan servicios de salud habilitados en dicha jurisdicción, el organismo u organización deberá demostrar esta situación, y en este caso podrá prestar servicios de salud previa autorización de la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias.

El trámite que implica la suscripción de los acuerdos o contratos entre organismos de cooperación e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud será gratuito.

9. VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las condiciones de habilitación son los requisitos, estándares y criterios que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Tabla 2. Aplicabilidad de las condiciones de habilitación de acuerdo con el tipo de prestador de servicios de salud

Tipo de prestador de servicios de salud	Capacidad técnico administrativa	Suficiencia patrimonial y financiera	Tecnológica y científica
Profesional Independiente	No aplica	No aplica	Aplica
IPS	Aplica	Aplica	Aplica
Trasporte especial de pacientes	Aplica solo para persona jurídica	No aplica	Aplica
Entidades con objeto social diferente	No aplica	No aplica	Aplica

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

9.1. Condiciones de capacidad técnico administrativa

La solicitud de los documentos, cuando no se mencione que es copia y/o fotocopia corresponde a documentos originales.

9.2. Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

El pasivo corriente corresponde al Pasivo exigible < 360 días.

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud se evidencian con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador.

Para la inscripción en el Registro Especial de Prestador de Servicios de Salud -REPS, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se pueden tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera.

9.3. Condiciones de capacidad tecnológica y científica

Las condiciones técnico científicas son las definidas en los estándares y criterios correspondientes a cada uno de los servicios de salud definidos en el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, que hace parte de la Resolución 3100 de 2019 y son de obligatorio cumplimiento para toda clase de prestador que desee habilitarlos.

El enfoque de riesgo es el determinado en la construcción de la norma y debe ser cumplido y verificado en su cumplimiento por parte de los diferentes actores en forma obligatoria.

La forma de verificar el cumplimiento de las condiciones técnico científicas parte de la verificación del cumplimiento de los criterios correspondientes al grupo de “todos los servicios” para luego proceder a realizar la autoevaluación con el servicio específicamente ofertado. Debido a que el grupo de todos los servicios debe ser cumplido de acuerdo al alcance de la oferta o servicio a prestar.

Los servicios interdependientes que apoyen al servicio principal deberán estar siempre habilitados cumpliendo con lo requerido para tales fines.

10. NOVEDADES

Con el propósito de mantener el REPS actualizado, se establece el reporte de novedades, mediante un formulario o el trámite en línea, que diligencia el prestador de servicios de salud y a través de estos se realizará la actualización o modificación de información relacionada del prestador, de la sede, de los servicios o de la capacidad instalada ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, en su respectiva jurisdicción.

Al momento de realizar una novedad, el prestador de servicios de salud debe tener en cuenta:

- Las definiciones de las novedades del prestador, de la sede de los servicios y de la capacidad instalada.
- Definir la novedad a realizar y los requisitos para presentar las novedades
- Diligenciar correctamente el formulario de novedades.

Ejemplo:

Una IPS como única sede va a realizar la novedad “cambio de representante legal”, debe hacer una novedad de prestador y novedad de sede.

Si son varias sedes, la principal y otras, el “cambio de representante legal” debe verse reflejada para todas las sedes, lo mismo ocurre si el representante legal es el mismo gerente. Si el gerente de cada sede es diferente al representante legal solo se cambia el representante.

La IPS se va a trasladar de la calle 127 a la calle 136, debe reportar novedad de cambio de domicilio, entonces debe hacer “novedad de Prestador” y “novedad de la sede”, de tal forma que esta novedad se refleje en todas las sedes que tiene la IPS.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

El prestador va a cambiar el consultorio funcionaba en el 1112 y va a ubicarse en el 1211 en la misma edificación, debe realizar una novedad de cambio de nomenclatura.

La novedad de cambio de gerente se debe realizar para cada una de las sedes.

- Adjuntar la totalidad de documentos que se requieren de acuerdo a la novedad a realizar, estos deben estar vigentes para el caso de Documento de Existencia y Representación Legal.
- Para el caso de la suficiencia patrimonial y financiera puede adjuntar la del año inmediatamente anterior al registro o de periodos menores al año.
- Cuando el criterio refiere el término “copia” el prestador puede adjuntar copia clara y legible del documento solicitado. Si el criterio no refiere copia, significa que debe adjuntar el documento original.

En las tablas de novedades se indican las novedades que permiten el trámite en línea, como son:

- Novedades del Prestador: Cambio de datos de contacto. (teléfono y correo electrónico)
- Novedades de la Sede: Cambio de datos de contacto. (teléfono y correo electrónico). Para esta novedad se aplica novedad del prestador y novedad de la sede.
- Novedades de Servicios: Reactivación del servicio, para esta novedad el prestador debe indicar la complejidad del servicio.
 - Apertura de modalidad
 - Cierre de modalidad
 - Cambio de horario de prestación de servicio.
 - Traslado de servicio
- Todas las Novedades de capacidad instalada.

Tenga presente que el registro de la novedad en línea queda aplicada de manera inmediata en el REPS.

La secretaria de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias debe, para las novedades que no aplica trámite en línea:

- Confirmar si la novedad es la que requiere hacer el prestador.
- Revisar en forma inmediata los documentos antes de realizar la novedad

11. VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS

Previo a la revisión de cada servicio y sus criterios, el prestador deberá revisar los criterios del grupo de todos los servicios según aplique de acuerdo con el alcance de su oferta y cumplir lo allí determinado.

A continuación, se describen los criterios para cada uno de los estándares aplicables, según oferta a todos los servicios.

11.1 Estándar de talento humano

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos según aplique de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.	• “Otros profesionales” hace referencia solo a los referidos en la tabla de detalle. • Las convalidaciones aceptadas se encuentran dentro del siguiente marco normativo así: - Decreto 3134 de 1956 Faculta a la Universidad Nacional con registro del Ministerio de Salud y del MEN. - Ley 14 de 1962 : Faculta a Ascofame para convalidar títulos de especialistas en el área de la salud - Ley 30 de 1992. Art 38. Funciones de convalidación ICFES - Decreto 2662 de 1999 Art. 2 Funciones de convalidación ICFES - Decreto 2230 de 2003: Faculta a MEN a convalidar títulos.
2	El talento humano en salud cuenta con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - ReTHUS.	Todos los profesionales de la salud deben tener autorización para ejercer (pregrado y postgrado). Ninguno puede ejercer sin esta autorización. La única especialidad médica que requiere autorización para ejercer es Anestesiología. Ningún

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		especialista en anestesiología podrá ejercer mientras no tenga la respectiva autorización. Para las demás especialidades se debe verificar el diploma que corresponde al título otorgado por la Institución de educación superior reconocida por el Estado. Tenga en cuenta en la verificación: Verifique en el RETHUS las sanciones por cuanto la autorización en este evento queda suspendida. Si en la revisión de RETHUS, no se encuentra el profesional por el tiempo en que se puede demorar el colegio en subir la información que por norma son 15 días hábiles, se deberá revisar la autorización del ejercicio mediante los documentos en físico.
3	El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. Este criterio no aplica para el profesional independiente de salud.	La cuantificación se realiza por servicio y la periodicidad del cálculo lo define el prestador en procesos prioritarios. No aplica para consulta externa, ni transporte asistencial
4	El prestador de servicios de salud que actúe como escenario de práctica formativa en el área de la salud, cuenta con: • Convenio vigente con la institución educativa autorizada por la entidad competente. • Información documentada de los mecanismos de supervisión permanente del personal en entrenamiento. • Estudio de capacidad instalada en el cual se determine el número máximo de estudiantes que simultáneamente puedan acceder por programa de formación y por jornada, para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, estudio que debe ser elaborado teniendo en cuenta los “lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos” publicados por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Se debe demostrar una programación de capacitación que responda a los procesos prioritarios definidos por el prestador. El prestador independiente debe demostrar un proceso de revisión periódica de los procesos prioritarios o asistencia a Congresos, simposios etc..., relacionados con la oferta de servicios.
5	En los servicios de salud diferentes al servicio de consulta externa especializada de dolor y cuidado paliativo, donde se atienden pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se les decida como conducta médica como parte del plan integral de cuidado que gestiona el equipo de salud, o por solicitud del paciente, el manejo del dolor y cuidado paliativo, el profesional de la medicina tratante cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuando no sea especialista en dolor y cuidado paliativo.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo del dolor y cuidado paliativo, cumple con los alcances que para el tema de certificado de formación define el manual que hace parte de la norma de habilitación.
6	El talento humano en salud de los servicios de atención del parto, cuidado intensivo y cuidado intermedio pediátrico y adultos, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo, cumple con los alcances que para el tema de certificado de formación define el manual que hace parte de la norma de habilitación.
7	En los servicios de salud donde se realicen imágenes diagnósticas por ultrasonido, cuenta con médico especialista en radiología e imágenes diagnósticas o aquellos médicos especialistas, quienes en su pensum o formación académica hayan adquirido los conocimientos del manejo e interpretación del espectro electromagnético, del ultrasonido especialmente, así como de las radiaciones ionizantes para establecer el diagnóstico o el tratamiento de las enfermedades inherentes a su especialidad, para lo cual deberá acreditar el respectivo certificado.	El certificado deberá ser expedido por la Institución educativa reconocida por el estado donde haya realizado la especialización.
8	Los profesionales de la medicina de los servicios de hospitalización de baja, mediana y alta complejidad, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos; urgencias y servicios del grupo quirúrgico en modalidad intramural, cuentan con certificación vigente de aprobación de la evaluación de competencias esenciales para el	La capacitación se encuentra disponible en la página web del INS, quien expide de manera gratuita esta certificación.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	cuidado de la donante expedida por el Instituto Nacional de Salud.	
9	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que adicionalmente habiliten el servicio quirúrgico de neurocirugía, tienen disponibilidad de coordinador operativo de trasplantes.	La disponibilidad del coordinador operativo debe cumplir con lo que al respecto de disponibilidad en talento humano prevé el manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.
10	El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua debe contar como mínimo con lo referido en la Resolución 459 de 2012.
11	El talento humano en salud de los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención a personas víctimas de ataques con agentes químicos.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua deberán contar como mínimo con lo referido en la Resolución 4568 de 2014.
12	Cuando en un servicio de salud se realicen “pruebas en el punto de atención del paciente – (Point of Care Testing – POCT)”, el talento humano en salud que las realice, con excepción del profesional de bacteriología cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de estas pruebas.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua para el manejo de pruebas en el punto atención del paciente- (Point of Care Testing – POCT), cumple con los alcances que para el tema de certificado de formación define el manual que hace parte de la norma de habilitación. La excepción para el profesional de bacteriología, hace referencia a cuando este realice las pruebas.
13	Procedimientos bajo sedación Cuando fuera de salas de cirugía se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuenta con: • Profesional de la medicina especialista en anestesiología, o Profesional de la medicina o profesional de la odontología, según aplique, el cual será el encargado de administrar el medicamento y realizar el monitoreo continuo del paciente (registro de signos vitales y la respuesta a la sedación) de manera exclusiva • Todos los profesionales, a excepción del profesional de la medicina especialista en anestesiología, deben demostrar constancia de asistencia a curso de formación continua en soporte vital básico y sedación. • Para sedación con óxido nitroso en odontología, el profesional de la odontología cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para el uso clínico y práctico de este gas.	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua requeridos en este punto, cumple con los alcances que para el tema de certificado de formación define el manual que hace parte de la norma de habilitación.
	• Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado III, adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento, cuenta con profesional de la medicina con especialidad médico - quirúrgica, quien será el responsable de administrar la sedación. • Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado IV, adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento, cuenta con Profesional de la medicina especialista en anestesiología, quien será el responsable de administrar la sedación. • Cuenta con profesional de la medicina especialista en anestesiología cuando la atención se trate de pacientes con características particulares: 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 o analgesia.	La clasificación de grado de sedación debe quedar registrada dentro de la historia clínica del paciente.
14	Modalidad de Telemedicina prestador remitir – prestador de referencia	La constancia de asistencia en las acciones de formación continua requeridos en este punto, cumple con los alcances que para el tema de

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	Adicional a lo exigido en todos los servicios, el talento humano en salud que presta directamente un servicio de salud bajo la modalidad de telemedicina, cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de la tecnología utilizada por el prestador, los procesos y herramientas inherentes a la prestación de servicios bajo esta modalidad.	certificado de formación define el manual que hace parte de la norma de habilitación. Se debe verificar que cuentan con la constancia de acuerdo con lo establecido para este criterio. En la formación continua se debe evidenciar formación para el desarrollo de habilidades en el manejo de las tecnologías de la información y las comunicaciones utilizadas por el prestador para la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina, en cuanto a la operación de las plataformas tecnológicas y del sistema de información clínico, lo mismo que formación sobre aspectos normativos de la telemedicina en Colombia y sobre el manejo de los dispositivos que se utilicen para monitorización remota de signos vitales, imágenes médicas análogas y digitales y demás que se necesiten según el servicio habilitado. Si la constancia es expedida por el propio prestador solicite y verifique el programa de educación continua.
--	---	---

11.2 Estándar de infraestructura

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Los servicios de salud de urgencias, de atención del parto, hospitalarios y de cirugía que realicen procedimientos quirúrgicos no ambulatorios, solo se pueden prestar en edificaciones de uso exclusivo de salud.	Verificar que la edificación donde se presten estos servicios sea de uso exclusivo para la prestación de servicios de salud, observando que en la edificación o infraestructura no se encuentren ofertadas otras actividades diferentes a salud. (Comercial, residencial, educación, vivienda, entre otros). Nota: Se permite cafeterías o restaurantes para confort de los usuarios.
2	Los servicios de salud de: urgencias, cirugía y del grupo de internación, así como en los servicios de salud donde se realice el proceso de esterilización, deben contar con ambiente de aseo de uso exclusivo.	Verificar que cada uno de estos servicios cuente un ambiente de aseo independiente y exclusivo, no se podrá compartir con otros servicios. En las edificaciones donde estos servicios se presten en varios niveles, se debe contar con un ambiente de aseo por cada nivel. Los demás servicios de salud no incluidos en el presente criterio deberán contar con disponibilidad de ambiente de aseo.
3	Cuando en una edificación de uso exclusivo de salud funcione más de un prestador de servicios de salud con servicios de los grupos de consulta externa y apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, cada prestador cuenta con infraestructura separada y delimitada físicamente. Se pueden compartir los siguientes ambientes y áreas: aseo, salas de espera y unidades sanitarias.	Verificar que la edificación sea de uso exclusivo de salud, en caso afirmativo se podrá compartir entre diferentes prestadores del mismo grupo de servicios los ambientes y área como: aseo, sala de espera y unidades sanitarias.
4	Las edificaciones donde se presten servicios de salud de urgencias y del grupo de internación, cuentan con tanque de almacenamiento de agua para el consumo humano que garantice como mínimo una reserva de 24 horas de servicio continuo, calculado con base en el consumo de 600L por cama/camilla día.	Calcular el volumen del tanque de almacenamiento de agua para consumo humano, teniendo en cuenta el consumo de 600 litros por cama/día garantizando una reserva de agua mínimo por 24 horas.
5	Cuando el prestador de servicios de salud cuente con más de una infraestructura y estas se puedan vincular funcionalmente entre sí, lo harán mediante túnel o puente cubierto, o muro(s) colindante(s) que cuente(n) con acceso(s) que intercomunique(n) las infraestructuras, de uso exclusivo del prestador y adicionalmente cumplen con las siguientes características: - Ancho que permita la movilización de camas, camillas, sillas de ruedas, equipos biomédicos y personal para el traslado de los pacientes en condiciones seguras. - El piso del túnel o puente debe ser uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres. - Lo anterior siempre y cuando la norma urbanística de la jurisdicción donde se localizan las sedes, haya aprobado esta forma de vinculación funcional entre las mismas. - Esta edificación se podrá habilitar como una o varias sedes, de acuerdo con lo que determine el prestador de servicios de salud.	Verificar si el prestador de servicios de salud oferta sus servicios en más de una infraestructura o edificación exclusiva para la prestación de servicios de salud, en caso afirmativo estas se puedan vincular funcionalmente entre sí, y lo harán mediante túnel o puente cubierto, o muro(s) colindante(s) que cuente(n) con acceso(s) que intercomunique(n) las infraestructuras, y cumpliendo las características descritas en el presente criterio. El cumplimiento del estándar de interdependencia, e los servicios de salud como “cuenta con” o “disponibilidad”, se puede cumplir con esta vinculación entre sedes.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	Lo anterior siempre y cuando la norma urbanística de la jurisdicción donde se localizan las sedes haya aprobado esta forma de vinculación funcional entre las mismas. Esta edificación se podrá habilitar como una o varias sedes, de acuerdo con lo que determine el prestador de servicios de salud.	
6	Cuando en una edificación de uso mixto funcione más de un prestador de servicios de salud, cada uno cuenta con infraestructura separada y delimitada físicamente. Se pueden compartir las salas de espera y las unidades sanitarias.	Verificar que la infraestructura o edificación sea de uso mixto (funcionan diferentes actividades comercial, residencial, educación, vivienda, salud, entre otros), en caso afirmativo se podrá compartir entre diferentes prestadores de servicios de salud que oferten y presten servicios de los grupos de consulta externa, de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y los servicios del grupo quirúrgico que realicen exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria, los ambientes y área como: sala de espera y unidades sanitarias. Cada Prestador deberá contar ambiente de aseo.
7	En edificaciones de uso mixto pueden funcionar los prestadores de servicios de salud que oferten y presten servicios de los grupos de consulta externa, de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica y los servicios del grupo quirúrgico que realicen exclusivamente procedimientos de cirugía ambulatoria.	
8	Los prestadores de servicios de salud ubicados en edificaciones de hasta tres (3) pisos o niveles contados a partir del nivel más bajo construido, y que funcionen en segundo o tercer nivel o piso, cuentan con ascensor o rampa o sistema alternativo de elevación. El sistema alternativo de elevación no puede ser utilizado cuando se presten servicios hospitalarios, cirugía, urgencias, o de atención del parto.	Verificar el número de pisos o niveles de la edificación o infraestructura donde se localiza el prestador, teniendo en cuenta que los pisos o niveles, son contados a partir del nivel más bajo construido (sótano). En caso de que el prestador se encuentra localizado en un segundo o tercer nivel o piso, la edificación o infraestructura deberá contar con ascensor o rampa o sistema alternativo de elevación. Sistemas alternativos No aplican para prestadores que oferten servicios de hospitalización, cirugía, urgencias, o de atención del parto.
9	Los sistemas alternativos de elevación deben cumplir con las siguientes condiciones: • Su ubicación no interfiera con el acceso y evacuación de los usuarios por las escaleras. • Estén disponibles tanto para el acceso como para la evacuación de los usuarios. • Su manejo sea autónomo. • Garanticen seguridad durante su uso	Comprobar el funcionamiento de las condiciones de los sistemas de elevación, según los criterios establecidos, cuando el prestador de servicios de salud cuente con estos sistemas, se deberá solicitar la correspondiente hoja de vida del equipo y verificar su cronograma y soportes de mantenimiento preventivo y correctivo. La autonomía del sistema alternativo hace referencia, a que el usuario no necesite asistencia para su uso.
10	Las edificaciones con más de tres (3) pisos o niveles, contados a partir del nivel más bajo construido, cuentan con ascensor.	Verificar el número de pisos o niveles de la edificación o infraestructura donde se localiza el prestador, teniendo en cuenta que los pisos o niveles, son contados a partir del nivel más bajo construido (sótano). Si se evidencia que el prestador se encuentra localizado en un cuarto piso o nivel o la edificación o infraestructura cuenta con más pisos o niveles, debe contar con ascensor, se deberá solicitar la correspondiente hoja de vida del equipo y verificar su cronograma y soportes de mantenimiento preventivo y correctivo.
11	En edificaciones donde se presten servicios de los grupos de internación, atención del parto, quirúrgicos o urgencias para la movilización de pacientes en camilla, la cabina de los ascensores debe tener las dimensiones interiores mínimas de 2.20 de profundidad y de 1.20 de ancho, que garantice el traslado seguro de los pacientes. Las dimensiones de la cabina podrán ser variables en el o los ascensores que el prestador determine para la movilización de usuarios a pie o en sillas de ruedas.	Verificar que en las edificaciones o Infraestructura donde se presten servicios de los grupos de internación, atención del parto, quirúrgicos o urgencias, se cuente con ascensor camillero para la movilización de pacientes con las dimensiones establecidas en el criterio. Para la movilización de usuarios a pie o en sillas de ruedas las dimensiones de la cabina podrán ser variables, se deberá solicitar la correspondiente hoja de vida del equipo y verificar su cronograma y soportes de mantenimiento preventivo y correctivo.
12	Si se tienen escaleras o rampas, el piso debe ser uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a uno o ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.	Observar cuando el prestador este localizado en varios niveles o pisos que la edificación o Infraestructura cuenten con escaleras o rampas, y que los pisos de estos sean uniformes y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos a uno o ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.
13	Las edificaciones donde se presten servicios de salud cuentan con suministro de agua, energía eléctrica, conexión a la red de alcantarillado y sistemas de comunicaciones.	Verificar donde se presten servicios de salud que las edificaciones o infraestructura cuenten con servicios públicos domiciliarios, para lo cual se observará los recibos correspondientes de la prestación de servicios.
14	En edificaciones donde se presten servicios de cirugía, atención del parto, laboratorio clínico, urgencias, gestión pre transfusional, diálisis, hospitalarios, imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico y los que requieran cadena de frío, cuentan con planta eléctrica.	Verificar que cuando se oferten los servicios de servicios de cirugía, atención del parto, laboratorio clínico, urgencias, gestión pre transfusional, diálisis, hospitalarios, imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico y los que requieran cadena de

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		frio, la infraestructura o edificación donde se encuentra el prestador cuenta con planta eléctrica, se deberá verificar la correspondiente hoja de vida del equipo y verificar su cronograma y soportes de mantenimiento preventivo y correctivo.
15	El prestador de servicios de salud que utilice equipos generadores de radiaciones ionizantes, cuenta con licencia de práctica médica vigente expedida por la entidad competente.	Registrar acto administrativo, fecha de expedición y vigencia de la licencia de práctica médica expedida por la entidad competente, cuando el prestador utilice equipos generadores de radiaciones ionizantes.
16	El prestador de servicios de salud que utilice fuentes radioactivas cuenta con autorización vigente de empleo de material radiactivo, expedida por la entidad reguladora competente.	Registrar acto administrativo, fecha de expedición y vigencia de la autorización vigente de empleo de material radiactivo, expedida por la entidad reguladora competente, cuando el prestador utilice equipos generadores de radiaciones ionizantes.
17	Cada prestador de servicios de salud debe contar con el respectivo concepto sanitario que dé cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitaria vigente en aspectos tales como agua para consumo humano, gestión de residuos, control de vectores, orden y aseo, condiciones locativas, entre otros. Este concepto será emitido por las autoridades sanitarias correspondientes, en el marco de sus competencias, y debe considerar los servicios de apoyo como lavandería y servicio de alimentación. Cuando estos servicios de apoyo son contratados con terceros, dichos proveedores deben contar con el concepto sanitario correspondiente a la actividad de bienes y servicios que presta.	Verificar que cada prestador de servicios de salud debe contar con el concepto sanitario que dé cumplimiento a lo establecido en la normatividad sanitaria vigente. Cuando se cuente con contratos de servicios con terceros cada uno deberá contar con su correspondiente concepto sanitario.
18	Las áreas y ambientes de todos los servicios de salud cuentan con ventilación e iluminación natural o artificial.	Observar que la edificación o infraestructura cada ambiente o área donde se presten servicios de salud cuente con ventilación e iluminación natural o artificial.
19	Las áreas de circulación de los servicios están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos.	Observar que sobre pasillos y áreas de circulación de las edificaciones o infraestructura donde se prestan servicios de salud, están libres de obstáculos de manera que permitan la movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos.
20	Los ambientes y áreas que hagan parte de cualquier servicio de salud, deben permitir la instalación y movilización de equipos biomédicos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia.	Verificar que los ambientes y áreas donde se presten servicios de salud permiten la instalación y movilización de equipos biomédicos y personal necesarios para la atención del paciente en condiciones de rutina o de emergencia
21	En los servicios del grupo quirúrgico, los ambientes y áreas clasificados como no restringidos, semi-restringidos y restringidos, deben señalizarse mediante la demarcación permanente en piso con material lavable y resistente al tráfico pesado, utilizando los siguientes colores: - Verde: Ambientes o áreas no restringidas - Amarillo: Ambientes o áreas semi-restringidas - Roja: Ambientes o áreas restringidas	Verificar que el servicio quirúrgico tenga implementado el código de colores en piso, según las características descritas en el presente criterio.
22	Cada uno de los pisos o niveles de la edificación cuenta con señalización y planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro, visible al público en general.	Verificar que la edificación o infraestructura cuente con señalización y planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro, visible al público en general, en todo su recorrido.
23	Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios habilitados, tiene disponibilidad de un área con iluminación y ventilación natural o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo con los componentes sanguíneos a transfundir.	Verificar cuando el prestador no tenga habilitado el servicio gestión pre transfusional y en algún servicio realiza procedimientos de transfusión sanguínea, deberá contar en la edificación o infraestructura con un área cerrada con iluminación y ventilación natural o artificial, para la ubicación de la dotación requerida de acuerdo con los componentes sanguíneos a transfundir.
24	Cuando un prestador de servicios de salud realice procedimientos bajo sedación fuera de salas de cirugía, tiene disponibilidad de área o ambiente para la recuperación de pacientes que puede ser la misma área o ambiente donde se realiza el procedimiento, garantizando la privacidad del usuario.	Verificar cuando el prestador realice procedimientos bajo sedación fuera de salas de cirugía, contar en la edificación o infraestructura del prestador con área o ambiente para la recuperación de pacientes que puede ser la misma área o ambiente donde se realiza el procedimiento, garantizando la privacidad del usuario.
25	El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización, cuenta con: - Ambiente o área de recibo de material contaminado. - Ambiente o área de lavado. - Ambiente o área de secado. - Ambiente o área de empaque. - Ambiente o área de esterilización. - Ambiente o área para almacenamiento del material estéril. - Mesón de trabajo con poceta.	Verificar según el tipo de prestador que el ambiente o área donde se realiza los procesos de esterilización cuenta con los criterios establecidos y el proceso se realiza en forma unidireccional.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	Lavamanos, cuando el proceso se realice fuera del servicio de salud.	
26	El prestador de servicios de salud que contrate el proceso de esterilización, dentro de su infraestructura cuenta con: - Ambiente o área para lavado, limpieza y desinfección y entrega de material limpio al proveedor. - Ambiente o área para la recepción y almacenamiento de material estéril.	Verificar cuando el proceso de esterilización este contratado con un tercero, fuera de la infraestructura del prestador, que el prestador cuente dentro de su infraestructura con un ambiente o área para lavado, limpieza y desinfección y entrega de material limpio al proveedor y un ambiente o área para la recepción y almacenamiento de material estéril.
27	El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en una central de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida: - Ambiente de recibo y lavado de material contaminado. - Ambiente limpio con las siguientes áreas: - Área de secado. - Área de empaque. - Área de esterilización - Ambiente para almacenamiento del material estéril.	Verificar cuando el prestador cuente con Central de esterilización que el ambiente donde se realiza los procesos de esterilización cuenta con los criterios establecidos y el proceso se realiza en forma unidireccional.
28 al 40	Características de los ambientes y áreas que pueden ser requeridos en varios servicios de salud: - Consultorio donde se realiza examen físico. - Consultorio donde se realizan procedimientos. - Consultorio odontológico con una unidad odontológica. - Consultorio odontológico con más de una unidad odontológica. - Consultorio donde se realiza únicamente entrevista. - Sala de procedimientos o curaciones. - Sala de procedimientos de litotricia. - Sala de procedimientos endoscópicos. - Sala de procedimiento de monitorización electroencefalográfica. - Sala de procedimientos terapéuticos con láser de argón o yag láser. - Puesto de enfermería. - Ambiente o área de trabajo limpio. - Ambiente de trabajo sucio. - Baño. - Unidad Sanitaria. - Batería sanitaria.	Verificar cuando el prestador oferte alguno de los servicios descritos que los ambientes y áreas cumplan con los criterios establecidos, teniendo en cuenta que los ambientes son independientes y no pueden ser utilizados para fines diferentes a los descritos en el presente marco normativo.
41	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados.	Verificar que la edificación o infraestructura presenta condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección, lo cual es soportado con los documentos donde se establecen estos procesos, de acuerdo con los servicios prestados
42	En las edificaciones destinadas a la prestación de servicios de salud, los pisos deben ser resistentes a factores ambientales, deben ser continuos, antideslizantes, impermeables, lavables, sólidos, resistentes a procesos de lavado y desinfección. Cuando se tengan dilataciones y juntas, estas deben ser selladas de manera que ofrezcan continuidad de la superficie.	Verificar que los pisos de la infraestructura o de la edificación donde se presten servicios de salud, deben ser resistentes a factores ambientales, deben ser continuos, antideslizantes, impermeables, lavables, sólidos, resistentes a procesos de lavado y desinfección. Cuando se tengan dilataciones y juntas, estas deben ser selladas de manera que ofrezcan continuidad de la superficie
43	Los cielos rasos o techos y paredes o muros deben ser impermeables, lavables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles y de superficie lisa y continua.	Verificar que los cielos rasos o techos y paredes o muros de la infraestructura o de la edificación donde se presten servicios de salud, deben ser impermeables, lavables, sólidos, resistentes a factores ambientales e incombustibles y de superficie lisa y continua.
44	En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR, salas de procedimientos, consultorios donde se realicen procedimientos, servicios de internación en cuidado básico, intermedio e intensivo, urgencias, diálisis, hemodinámica e intervencionismo, laboratorios, gestión pre transfusional, quimioterapia, consulta odontológica y los ambientes o áreas donde se requieran procesos de limpieza y asepsia más profundos, adicional al criterio anterior, la unión entre paredes o muros y el piso debe ser en media caña evitando la formación de aristas o de esquinas.	Verificar la unión entre paredes o muros y el piso debe ser en media caña evitando la formación de aristas o de esquinas, cuando se presten servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR, salas de procedimientos, consultorios donde se realicen procedimientos, servicios de internación en cuidado básico, intermedio e intensivo, urgencias, diálisis, hemodinámica e intervencionismo, laboratorios, gestión pre transfusional, quimioterapia, consulta odontológica y los ambientes o áreas donde se requieran procesos de limpieza y asepsia más profundos.
45	En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR y el ambiente de esterilización, la unión entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, debe contar con media caña, evitando la formación de aristas o de esquinas.	Verificar la unión entre cielo raso o techo y la pared o muro y la unión entre paredes o muros, debe contar con media caña, evitando la formación de aristas o de esquinas, cuando se presten servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR y esterilización.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

46	Cuando un prestador de servicios de salud preste sus servicios exclusivamente en la modalidad extramural, la sede cuenta con: - Ambiente o área para el almacenamiento de medicamentos o dispositivos médicos e insumos, cuando se requiera. - Ambiente o área para el almacenamiento de equipos biomédicos. - Ambiente o área para el archivo de las historias clínicas y registros.	Verificar que la infraestructura o edificación donde se presten servicios en modalidad extramural, se cuente con ambiente o área para el almacenamiento de medicamentos o dispositivos médicos e insumos, cuando se requiera, ambiente o área para el almacenamiento de equipos biomédicos y ambiente o área para el archivo de las historias clínicas y registros.
47	Disponibilidad de ambiente o área para las labores de aseo, limpieza y desinfección para las unidades móviles.	Verificar cuando el prestador oferte el servicio de transporte asistencial, la de un ambiente o área para las labores de aseo, limpieza y desinfección para las unidades móviles.
48	El domicilio del paciente cumple con las siguientes condiciones: - Servicios públicos domiciliarios: Acueducto, alcantarillado, energía eléctrica y sistema de comunicación. - Unidad sanitaria o baño.	Verificar cuando el prestador oferte atención domiciliaria que la infraestructura del dominio domicilio del paciente cumple con las siguientes condiciones: Servicios públicos domiciliarios: Acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, sistema de comunicación y unidad sanitaria o baño.
49	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo con los servicios prestados. (repetido)	Verificar que la edificación o infraestructura presenta condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección, lo cual es soportado con los documentos donde se establecen estos procesos, de acuerdo con los servicios prestados
50	La unidad móvil cuenta con: - De acuerdo con los servicios a prestar, los ambientes y áreas cumplen con los criterios del servicio de salud de la modalidad intramural. - Suministro de agua potable de manera permanente. - Tanque para el almacenamiento de aguas residuales. Las aguas residuales no se vierten en la vía pública o en el cauce fluvial. - Identificación visual como unidad móvil terrestre o acuática según aplique. - Acceso al servicio de energía eléctrica o fuente de energía alternativa. - Señalización y condiciones que garanticen la seguridad durante el abordaje, incluyendo el ingreso de personas con discapacidad. - Estructuras firmes para el ingreso y salida de pacientes y usuarios, con protecciones laterales a espacios libres. - Señalización de áreas restringidas al interior de la unidad móvil. - Barreras o mecanismos que impidan el ingreso de usuarios a las áreas restringidas. - Para unidades móviles marítimas o fluviales, las uniones con tierra firme son continuas, sin desniveles y permiten el flujo de camillas y sillas de ruedas.	Verificar al interior de la unidad móvil que se cuente con: - De acuerdo con los servicios a prestar, los ambientes y áreas cumplen con los criterios del servicio de salud de la modalidad intramural. - Suministro de agua potable de manera permanente. - Tanque para el almacenamiento de aguas residuales. Las aguas residuales no se vierten en la vía pública o en el cauce fluvial. - Identificación visual como unidad móvil terrestre o acuática según aplique. - Acceso al servicio de energía eléctrica o fuente de energía alternativa. - Señalización y condiciones que garanticen la seguridad durante el abordaje, incluyendo el ingreso de personas con discapacidad. - Estructuras firmes para el ingreso y salida de pacientes y usuarios, con protecciones laterales a espacios libres. - Señalización de áreas restringidas al interior de la unidad móvil. - Barreras o mecanismos que impidan el ingreso de usuarios a las áreas restringidas. - Para unidades móviles marítimas o fluviales, las uniones con tierra firme son continuas, sin desniveles y permiten el flujo de camillas y sillas de ruedas.
51	Modalidad telemedicina – prestador remitir Adicional a los criterios del estándar de infraestructura enunciados que le aplique, el prestador de servicios de salud cuenta con: - Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico). - Plataformas tecnológicas que garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios de salud, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad o lineamientos que regulen la materia. - Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos necesarios. - Nivel de iluminación homogénea con luz fluorescente blanca fría y no mezclar tipos de iluminación cálida con fría.	Verifique que el prestador garantiza la conectividad y el Suministro de energía eléctrica o baterías de forma permanente y las plataformas tecnológicas para la comunicación que requiere de acuerdo con los servicios que presta por ejemplo si transmite imágenes por Internet, se debe garantizar el acceso a este servicio. Revise el documento firmado por el ingeniero de sistemas con TP, responsable de las TIC del prestador, donde certifique: - la conectividad que garantiza la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utiliza el prestador (sincrónico o asincrónico). - que la plataforma tecnológica usada para la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina garantiza la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		de datos personales establecidos en la normatividad que regule la materia.
52	Modalidad telemedicina – prestador de referencia Adicional a los criterios del estándar de infraestructura enunciados que le aplique, el prestador de servicios de salud cuenta con: • Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico). • Plataformas tecnológicas que garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios de salud, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad o lineamientos que regulen la materia. • Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos necesarios. • Nivel de iluminación homogénea.	Verifique en el prestador de servicios de salud que cuente con: • Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico). • Plataformas tecnológicas que garanticen la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios de salud, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad o lineamientos que regulen la materia. • Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos necesarios. • Nivel de iluminación homogénea.
53	Modalidad telemedicina – prestador de referencia exclusivo Cuando el prestador de servicios de salud preste sus servicios exclusivamente en la modalidad de telemedicina como prestador de referencia, cuenta con: • Ambiente exclusivo para la realización de la atención a distancia que garantiza la privacidad y la confidencialidad durante la atención, la seguridad de los equipos frente a la extracción no autorizada y condiciones ambientales para su correcto funcionamiento, libre de interferencias visuales y sonoras. • Conectividad que garantice la prestación de servicios de salud con integridad y continuidad de acuerdo con el método de transferencia de información que utilice (sincrónico o asincrónico). • Plataformas tecnológicas que garantizan la seguridad y privacidad de la información y la disponibilidad permanente para prestar los servicios, cumpliendo con los criterios de seguridad, privacidad y protección de datos personales establecidos en la normatividad que regule la materia. • Suministro de energía eléctrica o baterías que permitan el uso de los instrumentos de comunicación y de los equipos biomédicos cuando aplique. • Nivel de iluminación homogénea.	Cuando el prestador de servicios de salud preste sus servicios en la modalidad de telemedicina como prestador de referencia exclusivo verifique solo el ambiente que garantiza la privacidad y la confidencialidad durante la atención, la seguridad de los equipos frente a la extracción no autorizada y condiciones ambientales para su correcto funcionamiento, libre de interferencias visuales y sonoras y lo demás igual al criterio 52

11.3 Estándar de dotación

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	El prestador de servicios de salud cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud, este registro cuenta como mínimo con la siguiente información: • Nombre del equipo biomédicos. • Marca. • Modelo. • Serie. • Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera. • Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.	Recuerde que los equipos biomédicos son dispositivo médicos, instrumental y mobiliario entre ellos no se encuentran aquellos dispositivos médicos implantados en el ser humano o aquellos destinados para un sólo uso. Ejemplo: jeringas, máscaras laríngeas, guía de intubación, etc. Adicionalmente, tenga en cuenta que los equipos biomédicos no incluyen equipos de cómputo, comunicación e industriales, a excepción de las neveras utilizadas en los servicios de salud. El inventario de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de los servicios declarados o habilitados por el prestador, debe coincidir con los equipos biomédicos que se encuentran definidos en el estándar de dotación de cada servicio o aquellos que el prestador haya documentado en el estándar de procesos prioritarios; la relación de los equipos puede estar en formato físico o digital. Los equipos biomédicos ubicados en el servicio de salud, deben coincidir con la relación o inventario y con la información registrada en el manual del equipo por el fabricante. Los equipos biomédicos deben estar funcionando.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		Para el caso de los equipos biomédicos que no requieren registro sanitario o permiso de comercialización o fueron adquiridos antes del año 2007, se debe aportar: - El acta de la sala especializada o certificado emitido por el Invima, donde se evidencie que el equipo biomédico no requiere registro sanitario o permiso de comercialización. - Documento que acredite la adquisición del equipo biomédico antes del año 2007. Tenga en cuenta que los equipos biomédicos de tecnología controlada requieren permiso de comercialización emitido por el Invima y se identifican en su registro sanitario como añoEBC-XXXX; los demás equipos biomédicos se identifican en su registro sanitario como añoDM-XXX. A continuación se ilustran dos ejemplos en los cuales se puede tener dos tipos de registros sanitarios: Equipo biomédico con permiso de comercialización. - Tomógrafo Toshiba, accesorios y repuestos, marca Toshiba, Canon. Registro Sanitario: 2009EBC-0003569 Vigencia 2019/04/03 Riesgo IIb. - Dispositivo Médico Fonendoscopio y /o estetoscopio – marca GMD Diagnostic. Registro Sanitario: INVIMA 2011DM-0008136 Vigencia 2021/11/11 Riesgo: I Recuerde que la clase de riesgo de los equipos biomédicos está consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización expedido por el Invima, información que se puede consultar en la página de ésta entidad, en el siguiente link. http://consultaregistro.invima.gov.co:8082/Consultas/consultas/consreg_encabcum.jsp Tenga en cuenta que los equipos biomédicos tienen diferentes denominaciones y funcionalidades, las cuales se precisan por el fabricante. Cuando los equipos biomédicos, no son propiedad del prestador y se encuentren en comodato, alquiler, leasing, entre otras figuras, se cuenta con el soporte documental donde se establezca la permanencia de los equipos en el servicio.
2	El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, para lo cual cuenta con: - Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, éste último cuando no esté definido por el fabricante. - Hoja(s) de vida del(los) equipo(s) biomédicos(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda.	El programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos corresponde al documento de planeación anual que evidencia las actividades de mantenimiento preventivo según las recomendaciones establecidas por el fabricante, y contiene como mínimo la siguiente información: - Servicio donde está ubicado el equipo. - Datos del equipo: marca, modelo, serie. - Fecha y responsable del mantenimiento. El programa de mantenimiento debe contener las recomendaciones del fabricante, su ejecución se registra en protocolos de mantenimiento, rutinas o listas de chequeo. En caso de no contar con el manual del equipo, el prestador puede homologar la tecnología del equipo biomédico con manuales de equipos de tecnología similar. La hoja de vida del equipo biomédico cuenta como mínimo con la siguiente información: - Nombre, marca, modelo, serie, registro sanitario o permiso de comercialización y clasificación por riesgo. - Registros de mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda. - Registros de calibración según las especificaciones del fabricante, únicamente cuando el manual del fabricante lo indique, no obstante el prestador podrá realizar actividades de medición y verificación de acuerdo a lo documentado en la hoja de vida de los equipos. Recuerde que de conformidad con el Decreto 1595 de 2015, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) y las alcaldías

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		municipales son las entidades que ejercerán control metrológico legal, directamente o con el apoyo de organismos autorizados de verificación metrológica (OAVM) y/u organismos evaluadores de la conformidad, por lo tanto la verificación de los certificados no se encuentra en el marco del Sistema único de Habilitación (SUH) y en consecuencia no incluye la validación de esta documentación ni alguna relacionada con control metrológico legal, la verificación se limitará a observar que la evidencia de las actividades de calibración sea acordes con las establecidas en los manuales del fabricante.
3	El prestador de servicios de salud cuenta con un programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando éstos lo requieran, el cual puede ser desarrollado por el fabricante, importador o por el mismo prestador.	El cronograma de capacitación al talento humano del servicio que hace uso de los equipos biomédicos, se realiza teniendo en cuenta la clasificación por riesgo de los equipos, priorizando equipos clase IIB y III. La evidencia de las capacitaciones se verifica con listado de asistencia, presentaciones, evaluaciones, entre otras.
5	La suficiencia de equipos biomédicos está relacionada con la frecuencia de uso de los mismos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.	Para definir la suficiencia del equipo biomédico tenga en cuenta la frecuencia de uso, tiempo de atención, tiempos de: limpieza, desinfección, reprocesamiento o esterilización cuando lo requiera, garantizando condiciones de uso seguro entre paciente y paciente.
6	El mantenimiento de los equipos biomédicos es ejecutado por talento humano profesional, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas. Este mantenimiento puede ser realizado directamente por el prestador de servicios de salud o mediante contrato o convenio con un tercero.	El talento humano profesional en ingeniería biomédica, bioingeniero o ingenierías afines, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos. El mantenimiento de los equipos biomédicos puede ser contratado a través de un proveedor externo, en dicho caso se debe evidenciar un contrato, convenio y/o acuerdo de voluntades documentado, en el cual se especifique como mínimo: objeto, relación de equipos biomédicos, tiempos de respuesta y vigencia.
7	Los servicios de salud que se presten en la modalidad extramural no pueden elaborar ni adaptar dispositivos médicos sobre medida.	Tenga en cuenta que en la modalidad extramural los prestadores de servicios de salud no pueden elaborar ni adaptar dispositivos médicos sobre medida.
8	Los servicios de salud que requieran carro de paro, cuenta con la siguiente dotación: - Desfibrilador bifásico con sistema de visualización integrado, capacidad de cardioversión, marcapasos transcutáneo y paletas para adultos y pediátricas según aplique. - Resucitador pulmonar manual. - Aspirador o sistema de vacío. - Monitor de signos vitales con accesorios que cuenta como mínimo con: - Trazado electrocardiográfico si no está incorporado en el desfibrilador - Presión no invasiva - Saturación de oxígeno que puede estar integrado en el monitor o externo - Batería - Laringoscopio con hojas rectas y curvas para adultos y pediátricas, según aplique - Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, definidos por el prestador.	El contenido del carro de paro tiene la dotación acorde al tipo de población a atender (Adulto o Pediátrico o Neonatal).
9	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural, cuentan con equipos de telecomunicaciones de doble vía y conectividad para notificar a la Red de Donación y Trasplantes sobre la existencia de un posible donante.	Los equipos de telecomunicaciones de doble vía y conectividad deben ser exclusivos para la actividad de salud, propiedad del prestador de servicios de salud. <i>Ejemplo:</i> Teléfono móvil, radioteléfonos etc...de uso institucional.
	<i>Modalidad telemedicina</i> El prestador de servicios de salud realiza el mantenimiento de la tecnología de información y de comunicaciones para avalar la calidad de la información, y adicionalmente cuenta con: <u>Prestador remitir</u> Documento firmado por un ingeniero biomédico con tarjeta profesional vigente, que certifique que: Los dispositivos periféricos necesarios, de acuerdo con el tipo de servicios ofertados,	Solicite el inventario de equipos utilizados para telemedicina y verifique que la institución cuenta con contratos vigentes para su mantenimiento, o que dispone de personal capacitado para estas actividades. Igualmente se debe verificar en las hojas de vida de los equipos que estas cuentan con la información que permita establecer cronológicamente los mantenimientos que se han realizado y las novedades del equipo Revise que el documento firmado por el ingeniero biomédico y el firmado por el ingeniero de sistemas contiene lo solicitado por los criterios del estándar.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

garantizan la obtención de la información requerida por el prestador de referencia. - Los equipos de captura utilizados por el prestador de servicios de salud garantizan que la información obtenida es equivalente a la original, de manera que al ser reproducida se garantice su calidad y confiabilidad. - Los parámetros de digitalización y compresión seleccionados en los equipos durante la captura de datos o imágenes garantizan la resolución necesaria para permitir el diagnóstico. - Si el prestador de servicios de salud realiza consulta dermatológica en la modalidad de telemedicina cuenta con cámara digital de alta resolución que permita un fácil enfoque de las lesiones de piel y revisión de las imágenes capturadas previo a la transmisión al dermatólogo. Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique que: - Los dispositivos utilizados para transferencia de información sincrónica por videoconferencia garantizan óptima fidelidad y calidad del video y sonido para el prestador remitir y para el prestador de referencia. - El software utilizado se adapta al cambio en la disponibilidad del ancho de banda sin perder conexión. En el caso que la videoconferencia sea grabada se deberán contemplar todos criterios de seguridad informática, que permita resguardar adecuadamente la confidencialidad y privacidad del paciente. - Las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes cuentan con una distancia máxima de 0.25 milímetros entre píxeles (dot pitch), para garantizar la interpretación adecuada de la información recibida. <u>Prestador de referencia</u> Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique que: - Los dispositivos utilizados para transferencia de información sincrónica por videoconferencia garantizan una óptima fidelidad y calidad del video y sonido tanto para el prestador remitir como para el prestador de referencia, - El software utilizado se adapta al cambio de la disponibilidad del ancho de banda sin perder la conexión. - En el caso que la videoconferencia sea grabada se deberán contemplar todos los criterios de seguridad informática, que permita resguardar adecuadamente la confidencialidad y privacidad del paciente. Las pantallas o monitores grado médico utilizados para el despliegue de imágenes cuentan con una distancia máxima de 0.19 milímetros entre píxeles (dot pitch), resolución mínima de 1024 x 768 pixeles, como mínimo un ratio de contraste de 500:1 y mínimo de luminancia (brillo) de 250 cd/m2 que permita garantizar la interpretación adecuada de la información recibida.	Revise las especificaciones técnicas de las pantallas y monitores que se utilizan para la prestación de los servicios en la modalidad de telemedicina en el manual del equipo y verifique que cumple con lo solicitado en el criterio De acuerdo con los servicios ofrecidos por el prestador determine cuáles equipos periféricos se requieren para poder realizar la actividad. Ejemplo los equipos periféricos deben tener salida digital o análoga. Si la imagen es digitalizada debe garantizar que la calidad corresponda a la original. Solicite al prestador una demostración de la forma como se captura la información y evalúe la calidad de la imagen y los datos al ser reproducidos. Cerciórese de que los equipos periféricos de captura utilizados estén diseñados para esa labor, que cuenten con el soporte técnico, y que en ningún momento se van a constituir en un riesgo para el paciente Cuando se preste servicio de dermatología Verifique que el prestador cuenta con cámara y solicite el manual del equipo para corroborar que cumple con las especificaciones solicitadas en el criterio.
---	--

11.4 Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	El prestador de servicios de salud lleva registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que oferte; dichos registros cuentan con la siguiente información: Principio activo.	Alcance a criterios 1, 2 y 3 Para la verificación de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y reactivos, tenga en cuenta lo siguiente:

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	• Forma farmacéutica. • Concentración. • Lote. • Fecha de vencimiento. • Presentación comercial. • Unidad de medida. • Registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el Invima.	• Servicio a verificar con su modalidad y complejidad. • Procedimientos que se realizan en el servicio. La información de todos los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y reactivos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios se encuentra actualizada en medio físico o magnético, la cual puede estar en uno o varios archivos, evidenciando que la información solicitada en el criterio coincide con las existencias de los mismos en los servicios, almacenamientos, depósitos y reservas. Recuerde que los medicamentos homeopáticos magistrales u oficinales, no requieren registro sanitario, y tienen una vida útil máxima hasta de 18 meses. Tenga en cuenta que la forma farmacéutica hace referencia a la disposición externa que se da a las sustancias medicamentosas para facilitar su administración, como por ejemplo: jarabes, soluciones, suspensiones, soluciones Inyectables, tabletas, cremas, etc. La concentración hace referencia a: mg, g, UI, mg/mL, %, entre otras. La presentación comercial hace referencia a: frasco 60 mL, ampolla 2 cc, Bolsa x 100mL, vial, caja x 30 tabletas, entre otras. En los servicios de consulta externa se puede tener muestras médicas siempre y cuando se garantice su trazabilidad e información requerida en el criterio.
2	Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información: • Descripción. • Marca del dispositivo. • Serie (cuando aplique). • Presentación comercial. • Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima. • Clasificación por riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización). • Vida útil, cuando aplique. • Lote • Fecha de vencimiento	Los insumos no requieren registro sanitario, ejemplo: bajalenguas, materiales de curación. La descripción de los dispositivos médicos hace referencia al nombre referido en el registro sanitario.
3	Los reactivos de diagnóstico in vitro requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información: • Nombre • Marca • Presentación comercial. • Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima. • Clasificación del riesgo sanitario • Vida útil, cuando aplique • Fecha de vencimiento y lote.	

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

4	El prestador de servicios de salud de salud, cuenta con información documentada de los procesos generales según aplique, para: • Selección • Adquisición • Transporte • Recepción • Almacenamiento • Conservación • Control de fechas de vencimiento • Control de cadena de frío, Manejo de contingencias con la cadena de frío. • Distribución • Dispensación • Devolución • Disposición final • Seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida, elementos de rayos X y de uso odontológico), reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que se utilicen incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador de servicios de salud y en la modalidad extramural.	Tenga en cuenta que la descripción de los procesos generales incluya la información de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y reactivos entregados desde el servicio farmacéutico hacia otros servicios, cuando se realice. Cada prestador de servicios de salud define el mecanismo para el control de fechas de vencimiento. El transporte hace referencia al traslado de medicamentos y dispositivos médicos e insumos y reactivos, que realiza el proveedor hasta la entrega a su destinatario, no incluye la distribución de medicamentos entre servicios. Recuerde que la consulta permanente de las alertas sanitarias, publicadas por el Invima, forma parte del seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos y reactivos de diagnóstico in vitro, para la evidencia de la implementación de este criterio no se hace necesario la impresión de todas las alertas, éste se puede evidenciar a través de actas, registros de consulta, entre otros.
5	El prestador de servicios de salud que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud cuenta con la resolución de autorización vigente, expedida por el Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces.	Cuando un prestador realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial éste debe contar con la resolución de autorización vigente emitida por la UAE FNE, la cual contiene información como código de inscripción del REPS del prestador, dirección donde se ubica el prestador, el director técnico, entre otros, ésta información debe coincidir con lo evidenciado en la verificación, en el caso de encontrar que el director técnico cambió, se contará con la evidencia radicada donde se informa el cambio del director técnico ante la UAE FNE.
6	El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la planeación y ejecución de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, que garanticen el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, cuando aplique.	El término “cuando aplique” hace referencia a la correspondencia del programa o programas, con las actividades desarrolladas por el prestador de servicios de salud. Tenga en cuenta que cuando se trate de una visita previa no se requiere que el prestador de servicios de salud presente reportes al INVIMA, desde la planeación debe contar con el programa según le corresponda. En la construcción de los programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos y reactivos, el prestador de servicios de salud puede apoyarse en la información de los ABC y Preguntas frecuentes publicadas en la página del Invima. Recuerde que la verificación de éste criterio en las visitas de habilitación no abarca la totalidad de lo solicitado en la normatividad vigente que regula cada programa. Todos los actores del Sistema de Salud y específicamente todo prestador de servicios de salud, incluyendo a los profesionales independientes deben contar con programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia, independientemente de si realiza o no prescripción, dispensación o uso de medicamentos y dispositivos médicos, ya que busca establecer el perfil de seguridad de los medicamentos y dispositivos médicos, así

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		como promocionar el uso adecuado de los mismos. Es decir que el estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, le aplica a todos los prestadores de servicios de salud. Es potestad del prestador de servicios de salud definir los medicamentos, dispositivos médicos y reactivos a los cuales les realizará vigilancia activa.
7	El prestador de servicios de salud que cuente con reservas de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, y demás insumos asistenciales, debe garantizar que se almacenen en condiciones apropiadas de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o el banco del componente anatómico, según aplique, y contar con instrumento para medir humedad relativa y temperatura y evidenciar su registro, control y gestión.	Tenga en cuenta que todos los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y reactivos que se encuentran en uso en los servicios de salud no corresponden a una reserva, se configura en una reserva cuando existe almacenamiento de más de una unidad.
8	Para la aplicación del protocolo de lavado de manos o higienización, los servicios de salud cuentan con los insumos de aseo, limpieza y secado que garanticen su cumplimiento.	Tenga en cuenta en el momento de seleccionar el tipo de jabón a utilizar: el servicio y los procedimientos que se realizan, ejemplo: jabón quirúrgico, antiséptico. El lavado de manos en los servicios de salud donde no se requiere asepsia total e integral, se puede realizar con productos de limpieza que garanticen el barrido de la biocarga en las manos. (Ej. Jabón con Registro Sanitario de cosmético).
10	El prestador de servicios de salud, cuenta con paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización, disponible para su uso en los servicios y ambientes donde se requieran. El prestador de servicios de salud define su contenido de acuerdo con los medicamentos utilizados y lo sugerido por el fabricante en las fichas técnicas.	Tenga en cuenta que no se requiere un paquete para manejo de derrames y rupturas de medicamentos en cada servicio, éste puede ser compartido entre varios servicios siempre y cuando se encuentre ubicado en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.
15	En los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias cuenta con kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos.	El contenido del kit de emergencias para la atención a víctimas de ataques con agentes químicos está acorde con lo definido en la Resolución 4568 de 2014 o la norma que la modifique. Solicite el listado del contenido del Kit y verifique que su contenido concuerde.
16	<i>Modalidad telemedicina - Prestador Remisor</i> Información documentada de la prestación de servicios en esta modalidad que evidencie: - La o las categorías de telemedicina que se ofrece(n) en cada uno de los servicios habilitados en dicha modalidad y si se presta el servicio como prestador remisor o como prestador de referencia. - Los flujos de la información - Los responsables de la atención. - El método de comunicación que se utiliza (sincrónico o asincrónico) para la atención y los criterios para la identificación de los casos en los cuales se debe transferir y recibir la información en tiempo real (sincrónico) o mediante almacenamiento – envío (asincrónico), - Las características y formas de relacionamiento entre prestadores de telemedicina (remisor y de referencia) cuando aplique, definiendo los tiempos de respuesta. - Procedimiento para la captura, almacenamiento y transmisión de la información. - Parámetros para la digitalización y compresión durante la captura de datos o imágenes que garanticen la resolución necesaria para permitir el diagnóstico.	Solicite y verifique los soportes documentales de los procesos y procedimientos de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina que evidencie lo solicitados en el criterio
16	<i>Modalidad telemedicina - prestador de referencia</i> Adicional a los criterios solicitados para el prestador remisor, cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos de los servicios que oferte, acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos	Solicite y verifique los soportes documentales de los procesos y procedimientos de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina que evidencie lo solicitados en el criterio

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.	
--	--	--

11.5 Estándar de procesos prioritarios

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	La política de seguridad del paciente se evidencia mediante documento en el que el prestador de servicios de salud de acuerdo con sus prioridades plasma su intencionalidad frente a la seguridad del paciente, para lo cual se basa en los lineamientos técnicos que ha desarrollado este Ministerio "Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente y que pueden ser consultados en el siguiente enlace: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf Las IPS, prestadores con objeto social diferente, transporte especial de pacientes definen quién o quiénes son las personas encargadas de la definición de la política de seguridad del paciente, no necesariamente debe ser la alta dirección. En el caso del profesional independiente puede hacer uso del formato “Compromiso del profesional independiente con la atención en salud segura de los usuarios”. Si el prestador cuenta con más de una sede, este documento puede ser transversal a todas éstas.
2	El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.	El prestador de servicios de salud cuenta con plan, programa, manual, procedimiento u otro documento que describa las actividades que va a realizar en el marco de la seguridad del paciente en cada servicio o para toda la institución en el caso de IPS, prestadores con objeto social diferente, transporte especial de pacientes. En el caso que el prestador tenga más de una sede puede presentarse un plan, programa, o procedimiento por cada sede o uno general en el que se evidencia las particularidades para cada sede. Adicionalmente con base en el documento descrito se verifica que las actividades se desarrollen hacia la promoción de una atención en salud segura, la disminución del riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes, la prevención de la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención
3	El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador.	El prestador de servicios de salud puede integrar otros comités o temáticas en un mismo comité o instancia, o tenerlos por separado. No se exige un número mínimo de integrantes, o perfiles de estos. En el caso que el prestador tenga más de una sede, podrá definirse que esta estancia está centralizada en una única sede, no obstante el prestador debe documentar que las acciones de dicha estancia tienen cobertura sobre cada sede.
4	El prestador de servicios de salud adopta las siguientes prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud y cuenta con información documentada para:	El prestador adopta mediante un documento las prácticas seguras que son transversales a todos los servicios y las demás que le sean

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación) - Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales. - Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol). - Detectar, analizar y gestionar eventos adversos. - Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. - Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, en los servicios donde aplique. - Prevenir y reducir la frecuencia de caídas, en los servicios donde aplique. - Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido, en los servicios donde aplique. - Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea, en los servicios donde aplique. - Prevenir úlceras por presión, en los servicios donde aplique. - Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, en los servicios donde aplique.	aplicables de acuerdo con los servicios que oferta. Las prácticas seguras que aplican a todos los servicios y a todos los prestadores de servicios de salud independientemente de los servicios que oferten y presten son las referidas desde el numeral 4.1 hasta 4.5, teniendo en cuenta que ésta última se implementa cuando el prestador realiza procedimientos que ameritan el consentimiento previo del paciente. Frente a la práctica segura 4.2, se aclara que el enfoque diferencial lo define el prestador, este puede darse por género, por etnia, por ciclo de vida u otros que el prestador considere de acuerdo con el tipo de población que atiende. Estas prácticas no deben confundirse con los paquetes instruccionales del MinSalud que contienen una serie recomendaciones acerca de la mejor manera de alcanzar el propósito hacia el cual está dirigida la buena práctica, por lo tanto el prestador puede acoger otras herramientas para su implementación. Los paquetes instruccionales pueden consultarse en: https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx La ejecución de las prácticas seguras se evidencia mediante documento que incluya las actividades que el prestador desarrollará para su cumplimiento en los servicios.
5	El prestador de servicios de salud promueve la cultura de seguridad del paciente que involucra a todo el personal de manera sistemática con un enfoque educativo no punitivo mediante: - Capacitación del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención. - Actividades donde se ilustra al paciente y sus allegados en el autocuidado de su seguridad.	En el numeral 5.1 se incluye al personal asistencial, administrativo y de servicios generales, independientemente de su tipo de vinculación con el prestador. El cumplimiento del estándar se evidencia mediante un cronograma o plan de capacitación, así como los registros de asistencia a dichas capacitaciones, que pueden ser realizadas de manera presencial o virtual mediante distintas estrategias. Este cronograma o plan de capacitación debe contener como mínimo los temas relacionados con los principales riesgos de la atención que el prestador determine para lo cual el prestador debe tener documentado dichos riesgos. El documento que dé cuenta de la capacitación puede ser institucional o por cada servicio. La cobertura de dicha capacitación es progresiva, es decir que de manera sucesiva el prestador puede ir incluyendo al personal. El lapso de ejecución del plan es potestativo del prestador de servicios de salud, es decir que este puede ser anual, semestral, mensual, etc. El numeral 5.2 se evidencia mediante documento que incluya las actividades dirigidas al paciente, cuidador o responsable y su forma de implementación. El prestador puede determinar diversas estrategias y herramientas para su aplicación. En el caso que el prestador cuente con más de una sede, el plan de capacitación puede ser establecido por cada sede o tener un documento general en el que se evidencie la inclusión del personal de cada una éstas.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

6	El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.	El prestador debe documentar todas las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio, que estén relacionadas con el proceso de atención. Estos documentos en los cuales se soporta la atención en el servicio son guías de práctica clínica que deben cumplir con los criterios específicos para éstas, protocolos, procedimientos y todos los demás documentos que el prestador considere. Tales documentos pueden estar en medio físico o electrónico y en este último caso no se debe exigir su impresión. Este criterio se relaciona con todos los criterios que tengan la frase “... de acuerdo con lo establecido por el prestador en el estándar de procesos prioritarios”. Es decir que el prestador debe documentar lo que este criterio estipule. Por lo tanto, los documentos que den cuenta de las actividades y procedimientos en el servicio relacionadas con el proceso de atención deben tener como mínimo la siguiente información: • Nombre de actividad o acción, o procedimiento o proceso, o protocolo o como el prestador determine su denominación. • Enfoque diferencial • Talento humano responsable • Medicamentos, insumos y dispositivos médicos requeridos cuando aplique • Equipos biomédicos <i>Por ejemplo:</i> Nombre: Procedimiento de tomas de muestras sanguíneas a pacientes pediátricos. Actividad 1: Alistamiento de insumos requeridos: tubos, agujas, algodón, alcohol antiséptico, torniquete, curitas. Responsable: Auxiliar de enfermería. Cuando el prestador cuente con más de una sede, los documentos pueden contener información transversal a todas las sedes, no obstante, se deben particularizar todas aquellas características de la atención en cada sede. La forma como el prestador determine su gestión documental no es objeto de verificación.
7	La información documentada es conocida mediante acciones de formación continua por el talento humano encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el talento humano en entrenamiento, y existe evidencia de su socialización.	Es responsabilidad del prestador socializar los documentos que dan cuenta de los procedimientos, protocolos y demás información requerida para la prestación del servicio. El prestador puede emplear diferentes estrategias para la socialización de tal información, que debe tener cobertura sobre todos los involucrados en la atención, de acuerdo con sus responsabilidades en esta. La evidencia del cumplimiento de este criterio se soporta en el cronograma o plan de capacitación y en los documentos como listas de asistencia, constancias de asistencia, certificados entre otros
8	Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías	No debe exigirse impresión de estos documentos.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente.	No se exige un número mínimo o máximo de guías por servicio, cada prestador definirá las GPC que el servicio requiera de acuerdo con las condiciones de salud que priorice, no existiendo formula alguna para tal fin.
9	El prestador de servicios de salud de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio define la guía o guías de práctica clínica a adoptar, o adaptar o desarrollar.	Adicionalmente, la decisión de cuales guías debe adoptar o adaptar, debe tomarla el prestador de servicios de salud, no por el nivel de atención, si no de acuerdo con el portafolio de servicios habilitado y al análisis de las causas de atención de cada servicio, siempre y cuando den respuesta a su necesidad.
10	El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la adopción, o adaptación o desarrollo de guías práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica.	Una GPC puede ser utilizada en más de un servicio. Si del resultado de la búsqueda y evaluación de calidad de GPC, resulta que la guía candidata a ser adoptada esté en un idioma diferente al español, en tal sentido, de acuerdo al procedimiento institucional definido, este debe considerar las implicaciones y consecuencias que una traducción no idónea de las recomendaciones de una GPC pueda generar; sin perjuicio de la responsabilidad que frente a su adopción, le correspondería asumir al prestador y al médico tratante. Por otra parte, cuando un tercero pretende utilizar una obra protegida por el derecho de autor, necesita de la autorización del titular de los derechos patrimoniales de manera previa (anterior al uso) y expresa (no tácita) para tal efecto y puede ser concedida a título gratuito u oneroso. En este contexto, se recomienda que el prestador no modifique la obra primigenia y por el contrario registre en el plan de implementación las recomendaciones que van a ser objeto de la implementación, traducidas al idioma español para comprensión de todas las personas que estarán implicadas en la atención, asimismo la obra primigenia siempre estará como documento de consulta para todos los funcionarios. Una vez seleccionada la GPC, el prestador puede orientarse en el Manual de Implementación Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) Colombia, para definir las recomendaciones que le aplican en el servicio, establecer las actividades de implementación y evaluación de adherencia a las recomendaciones. El documento está disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/manual_implementacion.aspx En dicho manual encontrará en el anexo 2 un instrumento que ayuda a documentar el plan de implementación de la GPC adoptada. Lo que se espera es que el prestador identifique las recomendaciones que le aplican específicamente al servicio que pretende habilitar, esta actividad responde al alcance de su necesidad como prestador, en algunos casos su necesidad puede ser menor al alcance definido en una GPC publicada. Adicionalmente en el mismo instrumento podrá documentar sus estrategias de socialización e implementación de la GPC adoptada y también podrá definir los

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	indicadores con los cuales va a realizar el seguimiento de adherencia. Mas el diligenciamiento de este instrumento específico no es un requerimiento de la norma, solo es un orientador para facilitar su gestión. Si una vez se realice la búsqueda de guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica y dicho procedimiento no conduzca a la identificación y adopción de una GPC disponible en el medio nacional o internacional o no sea factible el desarrollo de una GPC por parte del prestador a partir de la guía metodológica para la elaboración de guías de práctica clínica, el prestador puede optar por elaborar un protocolo de atención para su institución, documento que aportará a disminuir la variabilidad injustificada en la práctica clínica, impactando positivamente en la calidad de la atención en salud. Dando claridad a las definiciones de GPC y protocolo de manejo, es importante mencionar que las instituciones interesadas en el desarrollo de GPC, manuales o protocolos definirán, el alcance y contenido para cada uno de los documentos, que den respuesta a los requerimientos de atención, de acuerdo al tema específico de interés Frente a los protocolos, cabe aclarar que éste Ministerio no posee metodología para el desarrollo de los mismos. Frente a las herramientas para la adopción y evaluación de la calidad de las guías, en el portal de GPC del Ministerio de Salud y Protección Social en la ventana Recursos, algoritmo GPC, decisión de adopción/adaptación, se encuentran los algoritmos que orientan en el proceso de adopción teniendo en cuenta las actividades, consideraciones y herramientas que se deben seguir en la adopción o adaptación de una GPC, y específicamente en la calificación de la calidad de una GPC, encontrará en el portal, el instructivo para uso del instrumento AGREE si así lo decide el prestador y la calculadora como ayuda para su calificación, aclarando que el instrumento AGRE II no es el único instrumento de calificación de la calidad de una GPC y que el prestador puede definir cuál usa. Las GPC publicadas por este Ministerio de salud, no requieren de validaciones adicionales ya que gozan de alta rigurosidad, que les permite ostentar una alta calidad metodológica. Los temas que abordan las Guías de práctica clínica pueden incluir en su alcance más un aspecto relacionado con una o varias condiciones clínicas o por el contrario hay guías específicas que abordan un tema en particular. No se exige un tiempo mínimo establecido para la actualización de las GPC, los prestadores deben validar la existencia de nueva evidencia científica que permita la actualización de cada una de las recomendaciones que han seleccionado como priorizadas, sin tener que actualizar la GPC en su totalidad.
--	---

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

11	Los servicios de salud donde se atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se determine el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuentan con información documentada para su manejo.	Este requerimiento específico se realiza por mandato de la Ley 1733 DE 2014,³ que establece tal obligatoriedad para los prestadores. Entonces en los servicios donde se da la atención del dolor y cuidado paliativos a pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad, se debe contar con la información documentada De tal forma que el prestador debe documentar y soportar la atención de dichos pacientes en GPC, protocolos u otros documentos
12	El prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada: • Detección, prevención y disminución del riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico, en los servicios donde aplique. • Aseo, limpieza y desinfección de áreas y superficies. • Procedimiento de reanimación cerebro cardío pulmonar, en los servicios donde se realice. • Acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas en los servicios donde se realicen procedimientos de venopunción. • Aspectos de bioseguridad acordes con las condiciones y características del servicio. • Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales • Manejo de gases medicinales que incluya como mínimo la atención de emergencias y sistema de alarma, cuando se utilicen.	El prestador puede documentar estos criterios mediante cualquier tipo de documento, como un manual, un proceso, un procedimiento que este determine. En un mismo documento el prestador puede incluir temas afines, por ejemplo lo relacionado con aseo, limpieza, desinfección y los aspectos de bioseguridad.
13	El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización cuenta con la siguiente información documentada: • Buenas prácticas de esterilización de acuerdo con los procedimientos y técnicas que se utilicen, que describa como mínimo los siguientes aspectos: - Recibo de productos contaminados y entrega de material estéril. - Transporte. - Lavado, secado y lubricación. - Empaque. - Etiquetado. - Esterilización. - Almacenamiento. - Verificación de la integridad del material estéril. - Control de calidad que incluya el análisis de los reportes de dicho control, para la toma de medidas preventivas y correctivas.	Alcance a números 13 y 14. El proceso de esterilización ya no es habilitable, no obstante el prestador mantiene la obligación de documentar cada uno de los criterios establecidos. Debe tenerse en cuenta que la Resolución 2183 de 2004, contiene una serie de recomendaciones que no son del alcance de la norma de habilitación. Independientemente que el proceso sea contratado con un tercero, la responsabilidad sobre los productos esterilizados sigue siendo del prestador. Si el prestador contrata el proceso con un tercero, debe documentar como hace el manejo de los productos contaminados y hace la entrega a ese tercero, cómo hace el recibo y el almacenamiento de dicho material.
14	Cuando un prestador de servicios de salud contrate el proceso de esterilización con un tercero, cuenta con un contrato, convenio o acuerdo escrito entre las partes, el cual debe incluir como mínimo las características de calidad de los productos, la supervisión del estado de las instalaciones y la aplicación de los procedimientos del tercero para realizar el proceso. No obstante, el prestador de servicios de salud que requiere el proceso de esterilización es el responsable de garantizar la esterilidad y el desempeño del producto final.	Adicionalmente el prestador debe documentar como realiza la auditoría del proceso. Se debe verificar que el documentado por el prestador corresponda con las especificaciones del fabricante.
15	Los prestadores de servicios de salud tienen definidos procedimientos que garanticen el cumplimiento del no reúso de dispositivos médicos cuando el fabricante así lo haya establecido.	El prestador no podrá realizar reúso de dispositivos médicos que el fabricante no lo ha autorizado. El prestador debe contar con información documentada en la que se indique el cumplimiento de esta condición

³ Ley 1733 DE 2014 Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

16	Hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social regule la materia, el prestador de servicios de salud podrá reusar dispositivos médicos, siempre y cuando el fabricante de dichos dispositivos autorice su reúso. En tal caso, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada que defina: • Los procedimientos, siguiendo las recomendaciones del fabricante, para el reprocesamiento y control de calidad que demuestren la eficacia, desempeño y esterilidad del producto. • Acciones de seguimiento a través de los comités de infecciones, de seguridad del paciente y del programa de tecnovigilancia, que garanticen que el dispositivo no ha perdido la eficacia y desempeño para el cual fue diseñado, ni exponga al riesgo de infecciones o complicaciones al usuario.	En el caso que el fabricante autorice el reúso del dispositivo médico y el prestador desee hacer dicho reúso, lo deberá hacer cumpliendo con las indicaciones establecidas en el criterio
17	Para la referencia de pacientes, el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada: • Estabilización del paciente antes del traslado. • Medidas para el traslado. • Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: - Diligenciamiento del formato de referencia de pacientes. - Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. - Resumen de historia clínica. - Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso (software, correo, entre otros). - Talento humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso. - La referencia de pacientes que se detecten como víctimas de violencia sexual debe hacerse a un servicio de urgencias.	En este criterio debe tener en cuenta que no es lo mismo referencia que interconsulta o remisión de pacientes. <i>Remisión</i> Por ejemplo en una consulta externa de medicina general el médico tratante envía al paciente a consulta externa especializada de urología, esto no se considera una referencia.
18	Cuando se realicen procedimientos bajo sedación fuera de salas cirugía, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada para: • Realizar la sedación. • Definición de la atención por profesional de la medicina especialista en anestesiología cuando se identifiquen riesgos para el paciente relacionados con la sedación. • Manejo de emergencias. • 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. • Determinación del tiempo de ayuno. • 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. • Observación bajo la supervisión del profesional que realiza la sedación. • Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente. • Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante o acudiente.	El prestador debe documentar cada uno de los criterios establecidos. La lista de chequeo debe evidenciarse como documento en el estándar de procesos prioritarios y como registro en el estándar de historia clínica
19	Si el prestador de servicios de salud no tiene habilitado el servicio de gestión pre transfusional, pero realiza procedimientos de transfusión sanguínea en alguno de sus servicios de salud habilitados, cuenta con la siguiente información documentada: • Transporte, conservación, embalaje y remisión de muestras al banco de sangre para la realización de pruebas pre transfusionales. • Manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia. • Guía de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos.	Este criterio aplica a prestadores que en sus servicios habilitados no requieren por el estándar de interdependencia contar o tener disponibilidad del servicio de gestión pre transfusional y sin embargo transfunden componentes sanguíneos. Si el prestador de servicios de salud realiza procedimientos de transfusión, independiente de si cuenta o no con el servicio de gestión pre-transfusional habilitado, adopta la práctica segura para prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		sangre, componentes y a la transfusión sanguínea Adicionalmente tiene documentado: • Transporte, conservación, embalaje y remisión de muestras al banco de sangre para la realización de pruebas pre transfusionales. • Manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia. • Guía de práctica clínica para el uso de componentes sanguíneos. • Información de los componentes sanguíneos. • Solicitud de los componentes sanguíneos. • Muestras tomadas para la realización de pruebas pre transfusionales. • Muestras remitidas al Banco de Sangre y resultado de las pruebas pre transfusionales con el nombre del Banco de Sangre que las realizó, cuando el prestador no cuente con el servicio de gestión pre transfusional. • Información post-transfusional. • Informe ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sobre la estadística mensual de componentes sanguíneos transfundidos. • Temperaturas de los equipos biomédicos que lo requieran. • Entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o componentes sanguíneos descartados. • 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.
20	La Institución Prestadora de Servicios de Salud que cuente con servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación o el servicio de urgencias, cuenta con: • Documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales. • Documento que dé cuenta la conformación del equipo institucional para la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales.	Tenga en cuenta que este criterio aplica únicamente a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten y presten los servicios mencionados, no a las demás clases de prestadores. Es importante que el prestador tenga en cuenta para elaboración de los documentos citados y su implementación, lo establecido por la norma específica que regula la materia: Resolución 459 de 2012⁴ o aquella que la modifique o sustituya Lo anterior no implica que el verificador deba evaluar lo establecido en la mencionada de resolución
21	El Profesional Independiente de Salud y las Entidades con Objeto Social Diferente que oferten y presten servicios de salud de los grupos de consulta externa y los prestadores de servicios de salud de Transporte Especial de Pacientes cuentan con documento del proceso que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.	Este criterio aplica los prestadores que oferten servicios del grupo de consulta externa y en el caso de prestador de servicios de Transporte Especial de Pacientes a los servicios de transporte asistencial de baja o mediana complejidad y el servicio de atención prehospitalaria Es importante que el prestador tenga en cuenta para elaboración del documento citado y su implementación, lo establecido por la norma específica que regula la materia: Resolución 459 de 2012 o aquella que la modifique o sustituya

⁴ Por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		Lo anterior no implica que el verificador deba evaluar lo establecido en la mencionada de resolución
22	En los servicios de transporte asistencial, atención prehospitalaria y urgencias, se cuenta con documento del proceso que orienta la atención en salud a víctimas de ataques con agentes químicos.	Tenga en cuenta que este criterio aplica únicamente a los prestadores que oferten y presten los servicios mencionados. Es importante que el prestador tenga en cuenta para elaboración del documento citado y su implementación, lo establecido por la norma específica que regula la materia: Resolución 4568 de 2014⁵ o aquella que la modifique o sustituya. Lo anterior no implica que el verificador deba evaluar lo establecido en la mencionada de resolución
23	Los prestadores de servicios de salud cuentan con información documentada de las condiciones de almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, uso y custodia de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos contenidos en los kits de derrames de medicamentos, ataque con agentes químicos y de violencias sexuales, según su contenido.	Este criterio aplica únicamente si el prestador de servicios de salud les es exigido dichos kits. En el caso del kit de derrame de medicamentos, es exigible a los servicios donde se haga gestión de los mismos. Los demás kits (violencia sexual, ataque con agentes químicos) son específicos en los servicios donde específicamente se solicitan.
24	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios de hospitalización, hospitalización de paciente crónico con y sin ventilador, cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto, urgencias y del grupo quirúrgico, en la modalidad intramural, cuentan con la siguiente Información documentada:	Alcance para 24 y 25 Estos criterios aplican únicamente a las IPS que oferten y presten los servicios en mención.
25	Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con servicios de cuidado intensivo pediátrico y adulto que cuenten con servicios quirúrgicos de neurocirugía de alta complejidad, cuentan con información documentada del procedimiento para el diagnóstico de muerte encefálica y muerte en asistolia.	
26	Los servicios de salud que realicen pruebas de interés en salud pública deben inscribirse en el Registro de Laboratorios- RELAB.	Se debe verificar de acuerdo con las actividades o procedimientos que el prestador realice en el servicio donde se evidencia que realiza dichas pruebas. El soporte de cumplimiento del criterio es la verificación de la inscripción del prestador en el aplicativo RELAB. El prestador para dar cumplimiento a dicho criterio debe previamente haber dado observancia a lo establecido en la Resolución 561 del 2019⁶. En el siguiente enlace se encuentra el ABC de dicha Resolución: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/abece-relab.pdf Lo anterior no implica que el verificador deba evaluar lo establecido en la mencionada de resolución.
27	Cuando el prestador de servicios de salud realice “pruebas en el punto de atención del paciente - (Point of Care Testing - POCT)” en un servicio habilitado cuenta con:	Las pruebas POCT no están limitadas al servicio de laboratorio o de toma de muestras de laboratorio. Pueden ser realizadas en los servicios donde el prestador lo requiera.

⁵ Por la cual se adopta el “Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos”.

⁶ Por la cual se establecen los procedimientos de inscripción y verificación de los laboratorios que realicen pruebas para eventos de interés en salud pública y de la inspección , vigilancia y control sanitario en la Red Nacional de Laboratorios - RELAB

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	- Controles de calidad realizados por un servicio de laboratorio clínico que puede ser propio o contratado para tal fin, cuando aplique, de acuerdo a las especificaciones del fabricante. - Análisis de los reportes del control de calidad y toma de medidas preventivas y correctivas.	No obstante el acompañamiento del laboratorio clínico en los controles de calidad y su interpretación, es de carácter obligatorio, cuando el fabricante de las pruebas indique que deben contar con dichos controles. Los controles de calidad pueden ser realizados adicionalmente por instituciones especializadas en esta actividad. Como prestador tenga en cuenta lo establecido en la Resolución 2338 de 2013⁷. Lo anterior no implica que el verificador deba evaluar lo establecido en la mencionada de resolución
28 al 30	Adicional a los criterios enunciados que le aplique, para las siguientes modalidades el prestador de servicios de salud cuenta con la siguiente información documentada: <i>Modalidad extramural jornadas en salud y unidad móvil</i> Orientación a los usuarios sobre las condiciones, requisitos y restricciones de acceso, permanencia y salida del vehículo, en condiciones de rutina o en condiciones de emergencia, a cargo del conductor del vehículo y el talento humano en salud. Mecanismos que garanticen comunicación para el seguimiento de los pacientes que lo requieran. Mecanismos de supervisión de las actividades realizadas en el marco de los eventos de interés en salud pública, cuando aplique.	El prestador que oferte servicios en las modalidades mencionadas debe dar cumplimiento a cada uno de los criterios establecidos adicionalmente a los anteriormente citados que le sean aplicables. Por ejemplo si el prestador en un servicio de consulta de medicina general en la modalidad de jornada de salud no realizará sedación fuera de salas de cirugía, no le aplica cumplir con el criterio específico para tal fin. El criterio 30, hace referencia a los casos en que se cuente con un gestor comunitario o un auxiliar que realice acciones en el marco de los eventos de interés en salud pública, para lo cual éste requiere supervisión de las actividades que realiza.
31	<i>Modalidad telemedicina - Prestador Remisor</i> Información documentada de la prestación de servicios en esta modalidad que evidencie: - La o las categorías de telemedicina que se ofrece(n) en cada uno de los servicios habilitados en dicha modalidad y si se presta el servicio como prestador remisor o como prestador de referencia. - Los flujos de la información - Los responsables de la atención. - El método de comunicación que se utiliza (sincrónico o asincrónico) para la atención y los criterios para la identificación de los casos en los cuales se debe transferir y recibir la información en tiempo real (sincrónico) o mediante almacenamiento – envío (asincrónico). - Las características y formas de relacionamiento entre prestadores de telemedicina (remisor y de referencia) cuando aplique, definiendo los tiempos de respuesta. - Procedimiento para la captura, almacenamiento y transmisión de la información. - Parámetros para la digitalización y compresión durante la captura de datos o imágenes que garanticen la resolución necesaria para permitir el diagnóstico.	Solicite y verifique los soportes documentales de los procesos y procedimientos de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina que evidencie lo solicitado en el criterio. El prestador remisor debe cumplir adicionalmente los anteriores criterios que le sean aplicables.
32	<i>Modalidad telemedicina - prestador de referencia</i> Adicional a los criterios solicitados para el prestador remisor, cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos de los servicios que oferte, acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.	Solicite y verifique los soportes documentales de los procesos y procedimientos de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina que evidencie lo solicitados en el criterio.

⁷ Por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

11.6 Estándar de historia clínica y registros

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Todos los pacientes atendidos cuentan con historia clínica.	Tenga en cuenta para la verificación las definiciones de Historia Clínica, Historia Clínica Ocupacional, Consentimiento informado:, Sistema de Información Clínico, Firma Electrónica
2 al 14	El prestador de servicios de salud cuenta con procedimientos para utilizar una historia única y para el registro de entrada y salida de historias del archivo físico. Ello implica que el prestador de servicios de salud cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud. Los medios electrónicos para la gestión de la historia clínica garantizan la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en esta y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros. Las historias clínicas cuentan con los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia. La historia clínica y los registros asistenciales se diligencian en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultánea o inmediatamente después de la atención en salud. La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva. El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial. Cuando el prestador de servicios de salud utilice mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente expedida por el Archivo General de la Nación, la Superintendencia de Industria y Comercio y el Ministerio de Tecnologías de información y Comunicaciones, para lo cual el prestador presentará un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada. Cuenta con los siguientes registros, cuando los prestadores de servicios de salud realicen el proceso de esterilización dentro del servicio y fuera de centrales de esterilización: • Actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reúso de dispositivos médicos acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reúsos por cada dispositivo esterilizado. • Registro de cargas. • Resultados del control de calidad. • Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan. • Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización. Cuando se realicen procedimientos de transfusión de sangre o sus componentes, cuenta con los siguientes registros: • Información de los componentes sanguíneos. • Solicitud de los componentes sanguíneos. • Muestras tomadas para la realización de pruebas pre transfusionales. • Muestras remitidas al Banco de Sangre y resultado de las pruebas pre transfusionales con el nombre del Banco de Sangre	Durante la revisión de documentos y el recorrido, utilice como fuente de verificación el criterio del estándar y registre el resultado de la verificación para cada criterio. En caso de incumplimiento anote con precisión el registro ausente o que no haya sido diligenciado sistemáticamente para cada evento que aplique y si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio del prestador identificándola. Solicite con base en los servicios declarados los registros que apliquen de acuerdo con los criterios del servicio para este estándar. Verifique su existencia y que sean diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Revise los registros de actividades asistenciales y escoja al azar por lo menos 10 pacientes atendidos y corrobore que estos cuentan con historia clínica. Constate que se cuenta con procedimientos con mecanismos de divulgación y verificación de adherencia para: • La apertura y el archivo de las historias clínicas. • El diligenciamiento correcto y oportuno de la historia y registros clínicos por parte de los profesionales que atienden al paciente en los distintos servicios de acuerdo con la normatividad vigente. • Unificar los registros clínicos de la atención realizada a los pacientes en los distintos servicios. • Custodiar la historia clínica garantizando la reserva y confidencialidad de la información, durante todo el ciclo de atención en los diferentes servicios. • El consentimiento informado • Constate la existencia y funcionamiento del Comité de historias clínicas y si cuenta con procedimientos para verificar el cumplimiento de las normas y procedimientos para la gestión de la historia clínica. • El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, en el marco de la normatividad vigente que le aplica.(cuando el prestador gestione sus expedientes clínicos en medios electrónicos) Cuando se utilicen medios electrónicos solicite al prestador el documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando el cumplimiento de los requisitos tecnológicos, archivísticos y jurídicos, que garanticen la conservación disposición y recuperación de la información a largo plazo de acuerdo con la normatividad vigente (Ley 594 de 2000 y la regulación que de ella se desprende, Ley 1581 de 2012, Ley 527 de 1999).

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	que las realizó, cuando el prestador no cuente con el servicio de gestión pre transfusional. • Información post-transfusional. • Informe ante la secretaría de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, sobre la estadística mensual de componentes sanguíneos transfundidos. • Temperaturas de los equipos biomédicos que lo requieran. • Entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o componentes sanguíneos descartados. • 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. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios en la modalidad intramural para Hospitalización, hospitalización paciente crónico con y sin ventilador, cuidados intensivos neonatales, pediátricos y adultos, urgencias y servicios del grupo quirúrgico, cuentan con: • Registro de donantes detectados. • Registro de consulta del documento de voluntad anticipada de todos los pacientes fallecidos. • Registros en la historia clínica de la información sobre el proceso de donación efectuado por los profesionales de salud inscritos ante el Instituto Nacional de Salud. <i>Modalidad extramural</i> La historia clínica utilizada en la modalidad extramural es custodiada por el prestador de servicios de salud que oferta y presta el servicio de salud en la modalidad extramural y cuenta con los siguientes registros: <i>Modalidad extramural domiciliaria</i> • Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento. • Nombre de los pacientes atendidos • Registros de referencia y contrarreferencia, cuando se requieran • Cuidados por parte del personal de salud • Cuidados encargados a la familia cuando aplique <i>Modalidad extramural jornada de salud y unidad móvil</i> • Registro de rutas, horarios y frecuencias de la prestación de los servicios ofertados. • Nombre de los pacientes atendidos. • Nombre de los pacientes trasladados. • Fecha y hora de ingreso al servicio. • Cuidados por parte del personal de salud. • Cuidados encargados a la familia cuando aplique. • Registros de las fechas de llegada y de salida, cuando aplique. • Registros de las actividades realizadas.	Identifique posibles riesgos
15	Documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente, que certifique: • Los mecanismos que garantizan la custodia, seguridad confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida en la historia clínica y demás registros asistenciales y la reproducibilidad de la información de acuerdo con la legislación vigente. • Los mecanismos de compresión utilizados por el prestador para que la información recuperada corresponda al dato, imagen o señal original (compresión sin pérdidas). • El método utilizado para el uso de la firma electrónica o digital. • La encriptación de la información para su transmisión y mecanismos de acceso a la misma de acuerdo con lo definido por el prestador de servicios de salud. • Los sistemas de seguridad y control de acceso a la aplicación, según tipo de usuario, cuando se utilizan sistemas de información compartidos o de acceso remoto.	Indague sobre la política o mecanismos establecidos por el prestador para garantizar el cumplimiento del estándar y cada uno de sus criterios. Indague sobre los mecanismos que aplica el prestador para unificar la información de cada paciente y garantizar su disponibilidad para el equipo de salud Revise el documento firmado por el ingeniero de sistemas con TP, responsable de las TIC del prestador, donde se certifique el cumplimiento de los criterios del estándar que debe certificar. Solicite una demostración de los mecanismos adoptados por el prestador que garantizan la custodia, seguridad confidencialidad y conservación integral, durante la transmisión y almacenamiento de la información contenida en la historia clínica y demás registros asistenciales y la reproducibilidad de la información de acuerdo con la legislación vigente. Solicite una demostración de que los mecanismos de compresión utilizados por el prestador permiten que la información

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		recuperada corresponde al dato, imagen o señal original (compresión sin pérdidas). Solicite al equipo de salud información sobre los mecanismos adoptados por el prestador para garantizar el acceso a la información almacenada. Solicite información sobre los controles adoptados por la institución para identificar el responsable de la información registrada, y solicite una demostración del método adoptado para firma electrónica o forma digital Solicite una demostración de los sistemas de seguridad y control de acceso a la aplicación, según tipo de usuario cuando se utilizan sistemas de información compartidos o de acceso remoto. Solicite una demostración de la encriptación de la información para su transmisión y de los mecanismos de acceso a la misma.
16	Plan de contingencia en caso de fallas del sistema activo o pérdida de datos.	Revise el documento del Plan de contingencia en caso de fallas del sistema activo o pérdida de datos, pida un registro de las contingencias del último año y solicite al prestador una demostración de la forma como se manejan.
17	Todos los eventos y transacciones que se realicen con ocasión de la prestación de servicios en la modalidad de telemedicina son documentados y almacenados, y son parte integral de la historia clínica.	Analice el modelo de historia clínica utilizado por el prestador y verifique que a todo nuevo usuario se le abre historia clínica, que a todos los pacientes que se atienden con la modalidad de telemedicina se les realiza el registro respectivo de la atención en la historia clínica, y que los pacientes con atenciones previas en la modalidad cuentan con su historia clínica con todos sus componentes.
18	Registro de las atenciones realizadas en la modalidad de telemedicina.	Solicite el registro de atenciones en la modalidad de telemedicina de último trimestre.

11. 7 Estándar de interdependencia

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Cuando el servicio interdependiente sea contratado, debe mediar un contrato o un acuerdo escrito entre las dos partes, en el que se establezca que el servicio interdependiente apoya el servicio principal, estableciendo como mínimo: - Calidad en la entrega de los productos. - Procedimientos documentados de atención en cada servicio interdependiente. - Tiempos de entrega de los productos. - Supervisión al contratista que garantice la seguridad del resultado del producto contratado.	En el estándar de interdependencia se definen los servicios que se requieren para apoyar el funcionamiento del servicio principal. Un servicio por el estándar de interdependencia en “cuenta con” o en “disponibilidad” puede ser propio o contratado, en el caso de sedes de un mismo prestador se puede garantizar esta interdependencia a través de un acuerdo escrito entre las dos partes.

12. VERIFICACIÓN DE ESTÁNDARES Y CRITERIOS POR SERVICIO DE SALUD

En este numeral se incluye el modo de verificación de aquellos criterios que se consideran requieren mayor detalle en su interpretación.

12.1 GRUPO CONSULTA EXTERNA

Tenga en cuenta que el grupo de consulta externa incluye los siguientes servicios:

- Consulta externa general
- Consulta externa especializada

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

- Vacunación
- Seguridad y Salud en el trabajo

12.1.1 Servicio consulta externa general

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
20	Para el consultorio donde no se realiza examen físico ni procedimientos, no se exige la dotación anterior. El prestador de servicios de salud cuenta con la dotación necesaria de acuerdo con lo documentado en el estándar de procesos prioritarios.	Antes de iniciar la verificación del estándar de dotación, el verificador debe leer lo que el prestador de servicios de salud tiene documentado en el estándar de procesos prioritarios, para saber los equipos biomédicos que requiere para la prestación del servicio de salud.
21	El consultorio donde se realicen procedimientos cuenta con la dotación mínima definida para el consultorio donde se realice examen físico y adicionalmente cuenta con la dotación necesaria para realizar los procedimientos documentados en el estándar de procesos prioritarios.	Verificar en el estándar de procesos prioritarios los procedimientos que se van a realizar en el desarrollo de la consulta, información que debe incluir el equipo biomédico o la dotación requerida para el mencionado procedimiento.

12.1.2 Servicio consulta externa especializada

Tenga en cuenta que la habilitación de estas consultas especializadas en el REPS, solo permite en mediana complejidad.

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Para medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias, cuenta con profesional de la salud con título de especialista en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberá acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado y de acuerdo con lo documentado por el prestador de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios.	Cuando el prestador de servicios de salud habilite un servicio de Terapia alternativa, debe contar con el título de especialista en el ámbito de su competencia. No se permiten diplomados.

12.1.3 Servicio de vacunación

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
4	Consultorio o ambiente que, de acuerdo con la oferta, cumple con los siguientes requisitos: Para los servicios en modalidad intramural de prestadores de servicios de salud que separen el servicio de vacunación en dos ambientes cuenta con: Consultorio para administración de medicamentos biológicos que cuenta con: • Área para entrevista. • Área para el alistamiento y administración de medicamentos biológicos. • Lavamanos.	Cuando el prestador de servicios de salud Profesional Independiente habilite un servicio de Vacunación, el área para administrar los biológicos corresponde al área de examen o al área de procedimientos si cuenta con esta.
6	<u>Complejidad baja</u> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: • Refrigerador precalificado por la Organización Mundial de la Salud para almacenamiento de vacunas. • Para los refrigeradores con alimentación eléctrica cuenta con regulador o estabilizador electrónico de voltaje independiente, o conexión a una fuente regulada con indicador de polo a tierra. • Papelería, cajas de transporte y termos portavacunas precalificados por la Organización Mundial de la Salud para manejo de vacunas; y los demás insumos necesarios para la prestación del servicio.	El prestador puede consultar el Manual Técnico Administrativo PAI emitido por el <i>Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de 2006. Octubre 09 de 2006.</i>
9	Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada: • Vacunación segura.	La información específica de biológicos – vacunas la puede consultar en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	Reporte y manejo de Eventos Supuestamente Adversos Atribuidos a la Vacunación o Inmunización -ESAVI (medición, análisis, reporte, gestión y monitoreo).	y en la página del INS disponible en el siguiente link: http://www.ins.gov.co/
--	---	---

12.1.4 Servicio de seguridad y salud en el trabajo

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Descripción: Es el servicio de salud donde se interroga y examina a un paciente, con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo laborales y determinar la existencia de consecuencias en la salud de las personas por dicha exposición. Se realizan valoraciones complementarias como apoyo al diagnóstico y forman parte de las evaluaciones médicas ocupacionales.	Este servicio lo habilitan las IPS y las Entidades con Objeto Social diferente y aplica solamente para el talento humano con perfil de médico especialista. Las valoraciones complementarias forman parte de la evaluación médica ocupacional y las deben realizar los profesionales competentes. No es necesario habilitar los servicios por separado.

12.1.5 Servicio de terapias

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
7	De acuerdo con el tipo de terapia ofertada, el servicio cuenta con: - Área para camillas, sillas de ruedas y demás aditamentos o ayudas ortopédicas, cuando se requiera. - Vestidor de pacientes, con área para casilleros y unidad sanitaria de uso mixto, cuando el tipo de terapia lo requiera de acuerdo con lo documentado en procesos prioritarios. - Ambiente para realizar entrevista, cuando se requiera de acuerdo con lo documentado en procesos prioritarios. - Área para atención individual, con barrera física fija o móvil, cuando el tipo de terapia requiera privacidad para el paciente. - Área de depósito para almacenamiento de insumos, equipos biomédicos y materiales, cuando el tipo de terapia lo requiera de acuerdo con lo documentado en procesos prioritarios. - Área con equipamiento para actividades de terapia ocupacional, cuando se requiera de acuerdo con lo documentado en procesos prioritarios. - Área húmeda o de hidroterapia (cuando se oferte), que debe garantizar pisos antideslizantes y tomas eléctricas con protección para ambientes húmedos cuando se requiera de acuerdo con lo documentado en procesos prioritarios.	Tenga presente que al momento de verificar la infraestructura de un servicio de Terapia, este estándar depende de las actividades y equipos que se requieran en la prestación del servicio, lo cual se puede consultar en el estándar de procesos prioritarios. En éstos servicios de Terapia se pueden llevar a cabo actividades individuales o grupales, para lo cual contarán con las áreas requeridas.

12.2 GRUPO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA

12.2.1 Servicio farmacéutico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
3	<i>Modalidades intramural y extramural domiciliaria Complejidad baja</i> Cuenta con: - Ambiente o área administrativa. - Ambiente o área de recepción de medicamentos y dispositivos médicos. - Ambiente o área de dispensación de medicamentos y entrega de dispositivos médicos. - Ambiente o área de almacenamiento, que garantice las condiciones temperatura y humedad recomendadas por el fabricante. - Ambiente o área independiente de medicamentos de control especial, que garantice las condiciones temperatura y humedad recomendadas por el fabricante. - Ambiente o área para almacenamiento de productos rechazados, devueltos y retirados. - Ambiente o área para almacenamiento de productos destruidos o desnaturalizados por vencimiento o deterioro. - Ambiente o área de cuarentena de medicamentos.	Tenga en cuenta que los ambientes o áreas de medicamentos de control especial y de cadena de frío se verificarán cuando el prestador de servicios de salud maneje este tipo de medicamentos y corresponda con lo documentado en sus procesos prioritarios. Tenga en cuenta que en la modalidad extramural domiciliaria, los ambientes o áreas descritos en el criterio, aplican para el servicio farmacéutico responsable del sistema de distribución de medicamentos al domicilio, no hacen referencia para ser cumplidos en el domicilio del paciente.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	Ambiente o área de cadena de frío, cuando las condiciones de almacenamiento de los medicamentos lo requieran.	
5	Complejidad baja Modalidades	Se aclara que los criterios del numeral 5 no son aplicables para la modalidad extramural – domiciliaria.

12.2.2 Servicio de radiología odontológica

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
7	<i>Modalidad extramural: unidad móvil</i> Adicional a lo establecido en la modalidad intramural, cuenta con acceso al servicio de energía eléctrica o fuente de energía alternativa, la cual contará con fijación.	En la modalidad extramural- unidad móvil se evidencia que la fuente de energía eléctrica o fuente de energía alternativa, cuenta con fijación, cuando se encuentra sujeta a la estructura de la unidad móvil.
9	<i>Modalidad intramural</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: - Equipo generador de radiación ionizante según los exámenes diagnósticos realizados. - Elementos de protección radiológica adulto o pediátrico, según oferta, protocolos y especificaciones técnicas del equipo: - Delantal plomado - Protector de tiroides <i>Modalidad extramural unidad móvil</i> Adicional a lo establecido en la modalidad intramural, cuenta con: - Equipo generador de radiación ionizante según la oferta, cuyas indicaciones del fabricante refieran que está diseñado para ser instalado y operado y mantenido en una unidad móvil. - La unidad móvil está dotada con señal luminosa o sonora indicando la presencia de radiación.	La Resolución de licencia de práctica médica categoría I o II, incluye los equipos que se encuentran instalados en la sede del prestador de servicios de salud, la cual contiene la siguiente información como mínimo: marca, modelo y serie Verifique que los elementos de protección radiológica deben estar acorde con el tipo paciente a atender, adulto o pediátrico. Tenga en cuenta que las indicaciones del fabricante descritas en el manual del equipo o en el registro sanitario refieran que el equipo biomédico está diseñado para ser instalado y operado y mantenido en una unidad móvil.
15	<i>Modalidades intramural y telemedicina: Prestador Remisor</i> Verificación de la calidad de la imagen, del equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas preventivas y correctivas cuando apliquen.	La calidad de la imagen se comprueba con un simulador de imagen, ejemplo: phantom, fantoma, la cual es realizada por una persona natural o jurídica autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien presta servicios de protección radiológica y control de calidad a equipos generadores de radiaciones ionizantes, verifique que éste procedimiento está documentado como parte del control de calidad, dicho control tiene una vigencia de 2 años. Recuerde que la toma de medidas preventivas y correctivas se basan en la información histórica de los controles de calidad, teniendo en cuenta que los resultados no hayan cambiado más de lo tolerable, la tolerancia debe estar establecida en el protocolo de control de calidad.
18	<i>Modalidad intramural y telemedicina: Prestador Remisor</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con los siguientes registros: - Dosis de radiación expresadas en unidades según sea la tecnología del equipo. Adicional a lo anterior cuenta con: - Registro de verificación de la calidad de imagen. - Registro del control de calidad general. - Registro de la evaluación de los niveles de exposición ocupacional tanto del personal involucrado en la práctica, como del público.	Las dosis de radiaciones el prestador debe definirlas y documentarlas, donde indique que tipo de unidades maneja, como las mide o calcula. El registro de verificación de la calidad de la imagen hace referencia a los valores obtenidos de los parámetros que permite obtener el simulador de imagen, ejemplo: resolución, contraste, colimación, en el caso de unidad móvil estos registros se llevan por cada movimiento o desplazamiento de la unidad. Tenga en cuenta que el equipo generador de radiación ionizante ubicado en la unidad móvil puede desajustarse y por tanto la calidad de la imagen se verá afectada, por lo anterior compruebe que se encuentra documentado como parte del control de calidad la verificación de la calidad de imagen

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		en cada movimiento o desplazamiento de la unidad. El control de calidad general es realizado por una persona natural o jurídica autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien presta servicios de protección radiológica y control de calidad a equipos generadores de radiaciones ionizantes, éste registro incluye el control de calidad de la imagen y la evaluación de parámetros geométricos y dosimétricos, verifique que se tiene documentado el procedimiento, así como los registros de dicho control.
--	--	--

12.2.3 Servicio de imágenes diagnósticas

- Métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante equipos generadores de radiaciones ionizantes

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
6	<i>Modalidad intramural</i> <i>Complejidades baja, mediana y alta:</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: - Ambiente oscuro con luz de seguridad de acuerdo con la tecnología del equipo o, área o ambiente de procesamiento de imágenes, cuando se requiera. Puede ser compartido con los ambientes de la baja, mediana y alta complejidad. Disponibilidad de: - Sala de espera - Unidades sanitarias discriminadas por sexo. - Ambiente de lectura y transcripción de resultados.	Tenga en cuenta el tipo de procesamiento de la imagen: análogo o digital. - El ambiente oscuro solo aplica para los casos en que se cuente con revelado análogo o tradicional, es decir que la imagen se revela usando líquidos, ya sea, manualmente o con una reveladora automática. Recuerde que las películas se afectan por la luz natural, motivo por el cual debe ser un área o ambiente oscuro. - Para imágenes digitales, se cuenta con un área o ambiente donde se ubican las máquinas para procesar las imágenes. Tenga en cuenta que esta área o ambiente no debe ser el ambiente de lectura del radiólogo, ni el área de disparo del equipo. En el ambiente de lectura y transcripción de resultados la iluminación afecta la capacidad del lector de ver el contraste e identificar estructuras, verifique que tenga iluminación baja o controlable.
3	<i>Modalidad intramural</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, <i>Complejidad baja</i> Cuenta con: - Equipo generador de radiación ionizante según los exámenes diagnósticos realizados. - Pantalla o monitor grado médico para imágenes radiológicas. <i>Complejidades baja y mediana</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios, la modalidad intramural baja complejidad y adicionalmente cuenta con: - El o los equipo(s) generador(es) de radiaciones ionizantes, cuyas indicaciones del fabricante refieran que está diseñado para ser instalado y operado en una unidad móvil. - La unidad móvil está dotada con señal luminosa o sonora indicando la presencia de radiación. <i>Modalidad telemedicina</i> - Cuenta con pantalla o monitor grado médico para imágenes radiológicas.	Verifique en el manual de la pantalla o monitor grado médico para imágenes radiológicas, que el fabricante diseño éstos dispositivos médicos para desplegar imágenes médicas y que las especificaciones técnicas cumplen con lo requerido. Tenga en cuenta que las indicaciones del fabricante descritas en el manual del equipo o en el registro sanitario refieran que el equipo biomédico está diseñado para ser instalado y operado y mantenido en una unidad móvil.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

9	<i>Modalidad intramural</i> <i>Complejidad baja</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada: - Verificación de la calidad de la imagen, incluida la toma de medidas preventivas y correctivas, cuando se requiera. - Control de calidad del equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas correctivas cuando aplique. <i>Modalidad extramural unidad móvil</i> <i>Complejidades baja y mediana</i> Adicional a lo definido en la modalidad intramural en baja y mediana complejidad, cuenta con la siguiente información documentada: - Verificación de la calidad de la imagen, para cada desplazamiento realizado por la Unidad móvil en la que está instalado el equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas preventivas y correctivas cuando aplique.	La calidad de la imagen se comprueba con un simulador de imagen, ejemplo: phantom, fantoma, la cual es realizada por una persona natural o jurídica autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien presta servicios de protección radiológica y control de calidad a equipos generadores de radiaciones ionizantes, verifique que éste procedimiento está documentado como parte del control de calidad, dicho control tiene una vigencia de 2 años. Recuerde que la toma de medidas preventivas y correctivas se basan en la información histórica de los controles de calidad, teniendo en cuenta que los resultados no hayan cambiado más de lo tolerable, la tolerancia debe estar establecida en el protocolo de control de calidad.
18 al 20	<i>Modalidad intramural</i> <i>Complejidades baja, mediana y alta</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con los siguientes registros: - Dosis de radiación expresadas en unidades según la tecnología del equipo. - Control de calidad vigente, de los equipos generadores de radiación ionizante. <i>Modalidad extramural unidad móvil</i> <i>Complejidades baja y mediana</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicional a lo definido en la Modalidad intramural cuenta con los siguientes registros: - Verificación de la calidad de imagen para cada desplazamiento de la Unidad Móvil donde está ubicado el equipo generador de radiación ionizante, que incluye la toma de medidas correctivas, cuando aplique. <i>Modalidad telemedicina</i> <i>Complejidades baja, mediana y alta</i> Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y lo definido en la modalidad intramural.	Las dosis de radiaciones el prestador debe definir las y documentarlas, donde indique que tipo de unidades maneja, como las mide o calcula. El registro de verificación del control de calidad vigente, de los equipos generadores de radiación ionizante, incluye la calidad de la imagen que hace referencia a los valores obtenidos de los parámetros que permite obtener el simulador de imagen, ejemplo: resolución, contraste, colimación, en el caso de unidad móvil estos registros se llevan por cada movimiento o desplazamiento de la unidad. Tenga en cuenta que el equipo generador de radiación ionizante ubicado en la unidad móvil puede desajustarse y por tanto la calidad de la imagen se verá afectada, por lo anterior compruebe que se encuentra documentado como parte del control de calidad la verificación de la calidad de imagen en cada movimiento o desplazamiento de la unidad. El control de calidad es realizado por una persona natural o jurídica autorizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien presta servicios de protección radiológica y control de calidad a equipos generadores de radiaciones ionizantes, éste registro incluye el control de calidad de la imagen y la evaluación de parámetros geométricos y dosimétricos, verifique que se tiene documentado el procedimiento, así como los registros de dicho control.

- Métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante equipos generadores de radiaciones no ionizantes

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Tenga en cuenta que el ultrasonido hace parte de los equipos biomédicos que no utilizan radiaciones ionizantes, su uso está relacionado con procedimientos que se pueden realizar en diferentes servicios como son: consulta externa especializada, servicios del grupo de internación, servicio de urgencias, entre otros, de tal forma que el prestador de servicios de salud que haga uso de esta tecnología en los mencionados servicios de salud no requiere habilitar imágenes diagnósticas, únicamente documentará el procedimientos en el estándar de procesos prioritarios.	

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

12.2.4 Servicio de gestión pre-transfusional

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
Descripción del servicio Los prestadores de servicios de salud habilitarán este servicio para brindar apoyo a otros servicios de salud. No podrá habilitarse como servicio único.		Este servicio es el apoyo para el funcionamiento de otros servicios, motivo por el cual un prestador no puede habilitarlo como su único servicio. Un servicio de gestión pre-transfusional puede estar ubicado en un banco de sangre siempre y cuando cumpla con los estándares y criterios establecidos en la norma de habilitación para éste servicio. El banco de sangre no es considerado un servicio de salud y su vigilancia corresponde al invima.
1	Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuando el servicio de gestión pre- transfusional sea interdependiente de: <u>Servicios de salud de alta complejidad:</u> 1.1 Cuenta con profesional de bacteriología. <u>Servicios de salud de baja y mediana complejidad:</u> 1.2 Disponibilidad de profesional de bacteriología	Al ser un servicio de apoyo para otros servicios, verifique que servicios y su complejidad requieren del servicio de gestión pre-transfusional en el estándar de interdependencia. Si el servicio que lo requiere está habilitado en alta complejidad, el talento humano del servicio de gestión pre-transfusional debe estar en cuenta con y no podrá compartirse con otros servicios. Ejemplos: Un prestador tiene habilitado el servicio de cirugía en alta complejidad y el estándar de interdependencia define contar con servicio de gestión pre-transfusional, por lo tanto el servicio de gestión pre-transfusional debe contar en su estándar de talento humano con profesional de bacteriología. Un prestador que tiene habilitado el servicio de cirugía en mediana complejidad y el estándar de interdependencia define contar con servicio de gestión pre-transfusional, por lo tanto el servicio de gestión pre-transfusional debe contar en su estándar de talento humano con profesional de bacteriología.

12.2.5 Servicio de laboratorio clínico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
Descripción del Servicio: En este servicio se podrá realizar toma de muestras de origen humano. En tal caso, no será necesario habilitar el servicio de toma de muestras de laboratorio clínico.		Cuando un servicio de laboratorio clínico oferta toma de muestras, no requiere la habilitación del servicio de toma de muestras, no obstante deberá cumplir con lo definido en el estándar de infraestructura del servicio de toma de muestras de laboratorio clínico.
1	Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente, cuenta con: 1.2 Talento humano profesional que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en las actividades relacionadas con el laboratorio clínico, cuando se requiera. 1.4 Gestor comunitario en salud que cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la detección temprana, el diagnóstico de enfermedades de interés en salud pública, entre otras, cuando se requiera.	1.2 El talento humano profesional se entiende como no profesionales de la salud, como por ejemplo: Biólogos, químicos, etc. 1.4 El perfil del gestor comunitario en salud será definido por el Ministerio de Salud y Protección Social en la norma que regule la materia.
4	Cuando se realicen controles de calidad a las “pruebas en el punto de atención del paciente - (point of care testing - POCT)” a otros servicios de salud que hacen uso de estas pruebas, el profesional de bacteriología cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de las mismas.	Los controles de calidad de las “pruebas en el punto de atención del paciente - (point of care testing - POCT)” se realizarán de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.
8	Estándar de infraestructura Numeral 8.2	Entiéndase que los procedimientos técnicos pueden realizarse en ambientes o áreas.
18	Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: Registro de validación secundaria.	La validación secundaria corresponde a la evaluación sobre las características de desempeño del método (sensibilidad, especificidad, robustez) obtenidos en el laboratorio donde se realizan las pruebas, que verifica si dichas pruebas funcionan de acuerdo a los parámetros establecidos en la validación del método. Es la

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

		comprobación del correcto funcionamiento del método en el propio laboratorio.
--	--	---

12.2.6 Servicio de Toma de Muestras de Cuello Uterino y Ginecológicas

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
3	Estándar de infraestructura	Entiéndase cuenta con los numeral 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4

12.2.7 Servicio de Laboratorio de Histotecnología

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Descripción del Servicio: Servicio donde se realizan los procedimientos técnicos para la preparación y montaje de tejidos y material citológico de origen humano.	Se aclara que las actividades realizadas en este servicio no incluyen el análisis macroscópico ni la lectura de las muestras ya que estas actividades se realizan en el servicio de Patología.

12.2.8 Servicio de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: Profesional de bacteriología o auxiliar de laboratorio clínico o auxiliar de enfermería.	Las auxiliares de laboratorio clínico graduadas antes del Decreto 3616 de 2005 son un talento humano que tiene la competencia para trabajar en este servicio. La supervisión cuando la toma de muestras es realizada por el auxiliar, corresponde a la verificación por parte del Profesional de bacteriología acorde con lo definido en los procesos prioritarios por el prestador.
2	Disponibilidad de: Profesional de bacteriología quien realiza la supervisión cuando la toma de muestras es realizada por el auxiliar.	La supervisión en este servicio abarca entre otros: • Responsable de la supervisión. • Horarios de supervisión. Actividades de supervisión documentadas en donde se evidencie la verificación del cumplimiento por parte de la auxiliar de los protocolos, procedimientos y demás información documentada en el servicio

12.2.9 Servicio de Quimioterapia

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	<u>Complejidad alta</u> <i>Modalidades intramural, telemedicina - prestador remitir</i> 1. Cumple con los criterios que le sean aplicables de todos los servicios y adicionalmente cuenta con: 1.1. Profesional de la enfermería especialista en oncología o profesional de la enfermería con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el cuidado integral del paciente adulto o pediátrico con quimioterapia, según oferta. 1.2. Auxiliares de enfermería con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el cuidado integral del paciente adulto o pediátrico con quimioterapia, según oferta. 1.3. Químico (a) Farmacéutico (a) con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el cuidado integral del paciente adulto o pediátrico con quimioterapia, según oferta.	Tenga presenta al verificar el talento humano del servicio de quimioterapia que el Químico (a) Farmacéutico (a) con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el cuidado integral del paciente adulto o pediátrico con quimioterapia, es un profesional diferente al talento humano que se solicita en el servicio farmacéutico, debido a que para cada servicio (quimioterapia- servicio farmacéutico) el criterio es cuenta con lo que significa que <u>“Es la existencia obligatoria y permanente del talento humano, dotación, medicamentos, dispositivos médicos e insumos dentro de un servicio de salud.”</u> Esta condición no permite compartir este profesional.
7 y 8	Área para la administración de medicamentos cuenta con: • Salida de oxígeno medicinal por silla o camilla. • Ambiente o área para administración prolongada de quimioterapia. • Puesto de enfermería. • Área o ambiente de trabajo limpio • Ambiente de trabajo sucio. • Sala de procedimientos.	Se entiende que para los numerales 7 y 8 el área de administración de medicamentos cuenta con: • Salida de oxígeno medicinal por silla o camilla. • Ambiente o área para administración prolongada de quimioterapia. • Puesto de enfermería. • Área o ambiente de trabajo limpio • Ambiente de trabajo sucio. • Sala de procedimientos. • Área de recuperación, que puede ser la misma silla de tratamiento.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	- Área de recuperación, que puede ser la misma silla de tratamiento. - Unidad sanitaria.	Unidad sanitaria. <i>Es decir estas condiciones aplican para el área de administración de medicamentos.</i>
--	--	--

12.2.10 Servicio de Radioterapia

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Oficial de protección radiológica para toda la institución.	El Oficial de protección radiológica es cualquier persona o profesional que cuente con el certificado de formación en materia de protección radiológica, expedido por una institución de educación superior o por una institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano. No se requiere un cargo adicional dentro de la institución. (Resolución 482 de 2018 MSPS)

12.2.11 Servicio de Medicina Nuclear

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
Descripción del servicio		Cuando se realicen terapias con radiofármacos con actividad igual a 30 mCi, el prestador de servicios de salud determinará si le aplican los criterios de menor o mayor a 30 mCi, de acuerdo con lo documentado en sus procesos prioritarios.
1	Oficial de protección radiológica para toda la institución.	El Oficial de protección radiológica es cualquier persona o profesional que cuente con el certificado de formación en materia de protección radiológica, expedido por una institución de educación superior o por una institución de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano. No se requiere un cargo adicional dentro de la institución. (Resolución 482 de 2018 MSPS)
23	Cumple con los criterios que le sean aplicables a todos los servicios y adicionalmente, cuenta. 23.2 Servicio de diagnóstico vascular, cuando en el servicio de se realicen estudios de perfusión miocárdica.	Si el prestador de servicios de salud tiene documentado procedimientos de perfusión miocárdica en el servicio de medicina nuclear, no requiere contar con la interdependencia del servicio de diagnóstico vascular.

12.2.12 Servicio de Diálisis

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
Descripción del servicio		Cuando se oferte por un mismo prestador de servicios de salud hemodiálisis y diálisis peritoneal puede compartir el talento humano y los criterios 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5, 8.6 y 8.7 del estándar de infraestructura.

12.3 GRUPO DE INTERNACIÓN

12.3.1 Servicio de hospitalización paciente crónico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
11 y 12		Entiéndase que el numeral 11.1 es igual al numeral 12.1.
33	Disponibilidad de: 33.4 Ambiente para la preparación de fórmulas artificiales y extracción de leche materna	No se requiere el cumplimiento del numeral 33.4.
47	Para el servicio de hospitalización del paciente crónico sin ventilador en modalidad extramural domiciliaria telemedicina – prestador remitir - categoría teleexpertise y categoría telemonitoreo, adicionalmente cuenta con la siguiente información documentada: - Criterios de inclusión de pacientes para la modalidad domiciliaria, que incluya: - Valoración de las condiciones de accesibilidad al domicilio. - Verificación de la existencia de nevera en el domicilio del paciente, cuando los medicamentos requieran cadena de frío. - Condición clínica del paciente para el ingreso al programa. - Egreso del paciente. - Manejo de medicamentos en el domicilio. - Entrenamiento y capacitación al paciente, familia y cuidador, que incluya:	La nevera será un requerimiento que verifique el prestador en la casa del paciente, más no un equipo que deba dotar el prestador al paciente.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

	○ Manejo de asepsia y antisepsia en el domicilio. ○ Manejo de residuos. ○ Uso y almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos.	
--	--	--

12.3.2 Servicio de cuidado básico neonatal, cuidado intermedio e intensivo neonatal, pediátrico y adulto

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
1	Estándar de talento humano	Cuando se compartan áreas de UIC y UCE, no puede ser compartido el TH cuando la norma defina permanencia y los cálculos deberán ser por separado.

12.3.3 Servicio de cuidado intermedio pediátrico

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
3	Todo el talento humano en salud cuenta con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en atención del paciente de cuidado intermedio pediátrico con excepción del profesional especialista en cuidado intensivo pediátrico.	El proceso de capacitación se desarrolla a partir del análisis del prestador de las necesidades de formación continua del talento humano; a partir de ello se establece la planificación de dichas acciones, la definición de los contenidos, duración, formadores, evaluación, seguimiento, vigencia y demás mecanismos. El prestador de servicios de salud que ofrece el servicio determina la necesidad de formación continua en atención del paciente de cuidado intermedio pediátrico
5	Ambiente de cubículos por cunas (4 m2), o camas (8 m2), señalado y de circulación restringida solo para personal autorizado, con: Salida de oxígeno medicinal por incubadora o cuna. Salida de aire medicinal por incubadora o cuna. vacío por incubadora o cuna.	En la verificación, se debe exigir como obligatorio las medidas de Cubículos por cunas (4 m2), o camas (8 m2), como las medidas mínimas.
5	Lavamanos, que puede ser compartido entre varios cubículos.	En la verificación, el término varios, deja indeterminado el número máximo de cubículos. El prestador de servicios de salud que ofrece el servicio determina el número.

12.3.4 Servicio de cuidado básico neonatal

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
2	Profesional de la enfermería con constancia de acciones de formación continua en atención del paciente neonatal.	Los pacientes deben ser evaluados por los profesionales de Enfermería en cada turno y se revisara dicha actividad mediante las notas y planes de cuidado
5	Disponibilidad de ambiente para extracción de leche materna y preparación de fórmulas artificiales	La disponibilidad del ambiente se entiende dentro de la estructura de la IPS y no necesariamente dentro del servicio

12.3.5 Servicio de cuidado intermedio e intensivo neonatal

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
2	Disponibilidad de: • Profesional de terapia respiratoria • Profesional de fisioterapia.	El profesional en fisioterapia que ejecute labores de terapia respiratoria, debe tener entrenamiento y estudios en terapia respiratoria específicamente. Cuando la fisioterapeuta realice el rol de terapeuta respiratoria no podrá ejercer doble rol.

12.4 GRUPO QUIRÚRGICO

12.4.1 Servicio de cirugía

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
4	Si ofrece trasplante de órganos cumple con los criterios definidos para el servicio de cirugía en mediana complejidad y adicionalmente, cuenta con: Coordinador operativo de trasplantes.	Se hace referencia a un Coordinador operativo de trasplantes, este debe entenderse como el profesional de la medicina que realiza actividades propias de la gestión operativa de la donación en las Instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas con programas de trasplantes y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud generadoras, que incluye la promoción, identificación, detección de donantes potenciales, obtención del consentimiento informado familiar y manejo de los donantes de órganos y tejidos, (Resolución 2640 de 2005).
6	Disponibilidad con permanencia de acuerdo con lo definido en el estándar de procesos prioritarios del profesional de la medicina responsable del acto quirúrgico.	Entiéndase como profesional de la medicina responsable del acto quirúrgico, incluye tanto al profesional de la medicina especialista en cirugía y al profesional de la medicina especialista en anestesiología.
20	Sala de recuperación que cuenta con: • Camilla con barandas, ruedas y freno. • Carro de paro. • Bomba de infusión. • Monitor de signos vitales con accesorios adultos o pediátricos que cuenta como mínimo con: • Trazado electrocardiográfico. • Presión no invasiva. • Saturación de oxígeno. • Temperatura.	El monitor de signos vitales a que hace referencia el numeral 20.4 del estándar de dotación es por camilla.

12.5 GRUPO ATENCIÓN INMEDIATA

12.5.1 Servicio de urgencias

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	Descripción del Servicio: Servicio responsable de dar atención a las alteraciones de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la prestación inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. El servicio debe ser prestado las 24 horas del día.	El servicio de urgencias está concebido para atender todas las patologías que requieran una atención de urgencia, no existen servicios de urgencias específicos por patología, por lo tanto los prestadores de servicios de salud deben dar cumplimiento a todos los estándares y criterios del servicio de acuerdo con la complejidad que oferten.

12.5.2 Servicio de transporte asistencial

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
38	Cumple con los criterios que le sean aplicables a todos los servicios y adicionalmente cuenta con convenio o contrato escrito vigente con un banco de sangre, certificado por la autoridad competente para el suministro de componentes sanguíneos y la realización de pruebas transfusionales.	No se requiere el cumplimiento del convenio o contrato escrito vigente con un banco de sangre, certificado por la autoridad competente para el suministro de componentes sanguíneos y la realización de pruebas transfusionales.

12.5.3 Servicio para la atención del parto

No. Criterio	Descripción	Modo de verificación
	El servicio de atención del parto viene del servicio de hospitalización obstétrica, mencionado en la Resolución 2003 de 2014. Cuando la resolución 3100 de 2019, haga referencia al servicio de hospitalización obstétrica, entiéndase servicio para la atención del parto.	

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

ANEXOS

Anexo 1. PRINCIPALES CAMBIOS CONTENIDOS EN LA RESOLUCIÓN 3100 de 2019 Vs RESOLUCIÓN 2003 DE 2014

Cambios taxonómicos

Resolución 2003 de 2014	Resolución 3100 de 2019
Grupos - Protección específica y detección temprana. - Consulta externa. - Urgencias. - Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. - Internación. - Quirúrgicos. - Transporte asistencial. - Otros servicios. - Esterilización.	Grupos - Consulta externa. - Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. - Internación. - Quirúrgicos. - Atención Inmediata.
Servicios de Salud <u>Grupo protección específica y detección temprana</u> Protección específica y detección temprana <u>Grupo consulta externa</u> - Consulta externa general - Consulta externa especialidades médicas - Consulta odontológica general y especializada - Medicinas alternativas	Servicios de Salud Se elimina. Programas e intervenciones no son objeto de habilitación. <u>Grupo consulta externa</u> - Servicio de consulta externa general (incluye todas las generales, médica, odontológica, enfermería, etc.) - Servicio de consulta externa especializada (incluye todas las especialidades, incluye medicina alternativa y terapias alternativas) - Servicio de vacunación (se incluyen especificidades para el servicio) - Servicio de seguridad y salud en el trabajo (nuevo servicio)
<u>Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica</u> - Servicio farmacéutico baja complejidad. - Servicio farmacéutico mediana y alta complejidad. - Toma e interpretación de radiografías odontológicas. - Radiología e imágenes diagnósticas baja complejidad. - Radiología e imágenes diagnósticas mediana y alta complejidad. - Ultrasonido. - Medicina Nuclear. - Radioterapia. - Quimioterapia. - Diagnóstico Cardiovascular. - Electrodiagnóstico. - Transfusión Sanguínea. - Toma de muestras de laboratorio clínico. - Laboratorio clínico baja, mediana y alta complejidad. - Tamización de cáncer de cuello uterino. - Laboratorio de citologías cervico-uterinas. - Laboratorio de Histotecnología - Laboratorio de Patología. - Endoscopia Digestiva. - Diálisis peritoneal. - Hemodiálisis - Terapias alternativas - Neumología -laboratorio función pulmonar - Hemodinamia	<u>Grupo apoyo diagnóstico y complementación terapéutica</u> - Servicio de terapias (Servicio nuevo). - Servicio farmacéutico. - Servicio de radiología odontológica. - Servicio de imágenes diagnósticas. - Métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante equipos generadores de radiaciones ionizantes. - Métodos diagnósticos con imágenes obtenidas mediante equipos generadores de radiaciones no ionizantes. - Servicio de medicina nuclear. - Servicio de radioterapia. - Servicio de quimioterapia. - Servicio de diagnóstico vascular. - Servicio de gestión pre-transfusional. - Servicio de toma de muestras de laboratorio clínico. - Servicio de laboratorio clínico. - Servicio de toma de muestras de cuello uterino y ginecológicas. - Servicio de laboratorio de citologías cervico-uterinas. - Servicio de laboratorio de Histotecnología. - Servicio de patología. - Servicio de diálisis. - Servicio de hemodinámica e intervencionismo.
<u>Grupo de internación</u> - Hospitalización baja complejidad. - Hospitalización mediana y alta complejidad. - Hospitalización obstétrica baja, mediana y alta complejidad. - Atención institucional de paciente crónico. - Cuidado básico neonatal. - Cuidado intermedio neonatal. - Cuidado intensivo neonatal. - Cuidado intermedio pediátrico. - Cuidado intensivo pediátrico. - Cuidado intermedio adulto.	<u>Grupo de internación</u> - Servicio de hospitalización. - Servicio de hospitalización paciente crónico. - Servicio de cuidado básico neonatal. - Servicio de cuidado intermedio neonatal. - Servicio de cuidado intensivo neonatal. - Servicio de cuidado intermedio pediátrico. - Servicio de cuidado intensivo pediátrico. - Servicio de cuidado intermedio adulto. - Servicio de cuidado intensivo adultos. - Servicio de hospitalización en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas.

Continuación de la Resolución “Por la cual se adopta el Manual para la verificación de las condiciones de habilitación”

11. Cuidado intensivo adultos. 12. Unidad de quemados adultos y/o pediátricos. 13. Internación hospitalaria e internación parcial para la atención al consumidor de sustancias psicoactivas. 14. Hospitalización en unidad de salud mental. 15. Internación parcial en hospital. 16. Atención institucional no hospitalaria al consumidor de sustancias psicoactivas.	11. Servicio de hospitalización parcial. 12. Servicio para el cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas.
Grupo quirúrgico 1. Cirugía baja, mediana y alta complejidad. 2. Cirugía ambulatoria. 3. Trasplante de órganos. 4. Trasplante de tejidos. 5. Trasplante de progenitores hematopoyéticos.	Grupo quirúrgico 1. Servicio de cirugía (Incluye los criterios de cirugía ambulatoria y de trasplantes de órganos y tejidos).
Grupo Urgencias 1. Urgencias baja complejidad. 2. Urgencias mediana y alta complejidad. Grupo transporte asistencial 1. Transporte asistencias básico y medicalizado. Grupo otros servicios 1. Atención prehospitalaria.	Grupo atención inmediata 1. Servicio de urgencias. 2. Servicio de transporte asistencial. 3. Atención prehospitalaria. 4. Servicio para atención del parto.
Grupo otros servicios 1. Atención domiciliaria paciente agudo. 2. Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador. 3. Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador. 4. Consulta domiciliaria. 5. Atención consumidor de sustancias psicoactivas. 6. Atención ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas.	1. El servicio atención domiciliaria paciente agudo, se reubica como criterios adicionales en el servicio de hospitalización en modalidad domiciliaria. 2. Los servicios de atención domiciliaria de paciente crónico con y sin ventilador, se reubican como criterios adicionales en el servicio de hospitalización del paciente crónico en modalidad domiciliaria. 3. La consulta domiciliaria se reubica como criterios en el servicio de consulta externa general o especializada en modalidad domiciliaria. 4. Para los servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas se reubican en los servicios correspondientes.
Proceso 1. Esterilización.	Se reubican los criterios en las generalidades de todos los servicios.
Complejidades 1. Baja 2. Media 3. Alta	Complejidades 1. Baja 2. Mediana 3. Alta
Modalidades 1. Intramural 1.1 Ambulatorio. 1.2 Hospitalaria. 1.3. Brigadas o jornadas 2. Extramural 2.1 brigadas o jornadas 2.2 Unidad móvil 2.3 Atención domiciliaria 2.4 Otras extramural 3. Telemedicina 3.1 Prestador remitso 3.2 Centro de referencia	Modalidades 1. Intramural 2. Extramural 2.1 Jornada de salud 2.2 Unidad móvil 2.3 Domiciliaria 3. Telemedicina 3.1 Prestador remitso 3.2 Prestador de referencia Categorías: • Telemedicina Interactiva • Telemedicina no interactiva • Telexperticia • Telemonitoreo