AUTO No.1166 del 18 de enero de 2019

Por el cual se formula pliego de cargos dentro de la investigación administrativa Nro.201600499, adelantada en contra de la profesional independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ., identificada con C.C. No. 51.736.039.

LA SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, en especial las conferidas en los numerales 1, 2 y 3 del Artículo 20 del Decreto 507 de 2013 expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá, D.C., Numeral 4 del Artículo 176 de la Ley 100 de 1993 y los Literales q y r del Artículo 12 de la Ley 10 de 1990, en concordancia con lo establecido en el Numeral 3° del Artículo 2.5.1.2.3° y Artículo 2.5.1.7.1. del Decreto 780 de 2016; y,

CONSIDERANDO
1. IDENTIFICACIÓN DEL INVESTIGADO

El prestador de servicios de salud contra quien se dirige la presente investigación es la profesional independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, identificada con C.C. No. 51.736.039., código de prestador No. 1100111462-01, la cual se encuentra ubicada en la CL 20 SUR No. 10 B - 04, y para efectos de notificación judicial en a CL 22 SUR No.10B 04, de la nomenclatura urbana de la ciudad de Bogotá, teléfonos 3002747585 – 4075027, y con dirección de correo electrónico: trssarmiento@hotmail.com.

2. HECHOS

Dio origen a la presente investigación de carácter administrativa, la visita de habilitación realizada por los comisionados adscritos a este despacho, el día 24 de junio de 2016, al consultorio de la Profesional Independiente de servicios de Salud TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, identificada con C.C. No. 51.736.039., código de prestador No. 1100111462-01, la cual se encuentra ubicada en la CL 20 SUR No. 10 B - 04, consultorio que tenía habilitado el servicio de Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica, Intramural Ambulatoria Código 739. Servicio Específico Fisioterapia. Complejidad Baja; En la referida Acta de control consta en su parte final lo siguiente: *"La Dra., fue notificada de la visita vía correo electrónico*

el 13 de junio de 2016. Se cita para lectura de informe final el día martes 5 de julio de 2016 en el 5 piso del edificio administrativo de la Secretaria de salud".

Mediante el acta de asistencia profesional independiente, del día 5 de julio de 2016, el grupo verificador adscrito a esta subdirección de Inspección, Vigilancia Y Control de Servicios de Salud, define el resultado de la visita de habilitación realizada el 24 de junio de 2016, indicando que la Profesional Independiente de servicios de Salud TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, identificada con C.C. No. 51.736.039., código de prestador No. 1100111462-01, la cual se encuentra ubicada en la CL 20 SUR No. 10 B - 04, consultorio que tenía habilitado el servicio de Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica, Intramural Ambulatoria Código 739. Servicio Específico Fisioterapia. Complejidad Baja; "*no cumple con las normas complementarias y las condiciones técnicas y científicas., con la observación de prestador en investigación administrativa".*

Con base en dicha actuación se inició esta investigación.

3. PRUEBAS

Obra dentro de la presente investigación administrativa el siguiente acervo probatorio:

1. Solicitud de Investigación Administrativa con radicado 2016ER52184 del 22 de julio de 2016, por parte de la Profesional Especializada, de la Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Secretaria de Salud (Folio 1).

2. Acta de Asistencia profesional independiente al Profesional Independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, del 24 de junio de 2016 (Folio 2 y vto).

3. informe final de visita al profesional independiente al Profesional Independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, del día 24 de junio de 2016 (Folios 3 y vto).

4. Anexo informe final de visita profesional independiente al consultorio del Profesional Independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, del día 24 de junio de 2016 (Folios 4 al 6).

5. Oficio dirigido a la Profesional Independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, informando sobre la apertura de procedimiento administrativo sancionatorio No.201600499, con soporte de envió del 10 de enero de 2019 (Folios 7 y 8).

4. COMPETENCIA PARA VIGILAR, INSPECCIONAR Y CONTROLAR

La Ley 10 de 1990, "*Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*" en su Artículo 12 Literales q) y r) establece que corresponde a la Dirección Local del Distrito Especial de Bogotá:

q) Cumplir y hacer cumplir las normas de orden sanitario previstas en la Ley 9 de 1979 o código Sanitario Nacional y su reglamentación
r) Desarrollar labores de inspección, vigilancia y control de las instituciones que prestan servicios de salud..."

La Ley 100 de 1993, "*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*", en su artículo 176 numeral 4, dispone:

"*Las direcciones Seccional, Distrital y Municipal de Salud, además de las funciones previstas en las leyes 10 de 1990, tendrán las siguientes funciones:*

La inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes."

El Decreto 780 de 2016 establece en su Artículo 2.5.1.7.1 del Capítulo 7 Título 1 Parte 5: *"Inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación. La inspección, vigilancia y control del Sistema único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 2.5.1.3.2.15 del presente Título, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones".*

El Decreto 507 de 2013, expedido por el Alcalde Mayor de Bogotá, D.C, "Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá" en el artículo 20 radica en cabeza de la SUBDIRECCION INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD, las funciones de:

1. *Ejercer la Inspección, vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud públicos y privados del Distrito Capital.*
2. *Gestionar las quejas recibidas por presuntas fallas en la prestación de servicios de salud.*
3. *Adelantar en primera instancia los procesos administrativos sancionatorios contra los prestadores de servicios de salud y adoptar las decisiones que*

correspondan, en cumplimiento de los objetivos y funciones que le competen, por inobservancia de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras de obligatorio cumplimiento.
(…)".

5. ACTUACIÓN Y CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

A continuación, el Despacho procederá a realizar el análisis de los elementos probatorios que reposan en el expediente a fin de establecer si existe mérito para formular pliego de cargos en contra de la Profesional Independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, o por el contrario se debe proceder a decretar la cesación de todo procedimiento a su favor.

Dentro de las responsabilidades del Estado colombiano está la de proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud de todas las personas residentes en Colombia e igualmente tiene a su cargo la organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos de atención de la salud, saneamiento ambiental y ejercer la vigilancia y control de la prestación de servicios de salud. Es su deber legal el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad.

La atención de salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Es por ello, que el principal objetivo de esta Secretaría Distrital de Salud es implementar mecanismos de seguimiento que permitan establecer los atributos de la calidad en la atención en salud, a través de las quejas, peticiones, reclamos e inquietudes de los usuarios afiliados al sistema general de seguridad social de salud, sin tener en cuenta las diferencias sociales.

En el presente asunto se cuenta con el Acta de visita de Habilitación, realizadas el día 24 de junio de 2016, por los comisionados adscritos a este Despacho donde se evidencio en su anexo final que:

""DESCRIPCIÓN DE INCUMPLIMIENTOS

CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS:

TODOS LOS SERVICIOS

ESTANDAR 2. INFRAESTRUCTURA.

Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección no son evidentes y no responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados; no cuenta con protocolos de limpieza y desinfección para los procesos que desarrolla. Se observan muchos cables en desorden y conectados a un solo tomacorriente.

La institución no cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares (resolución 1164 de 2002, decreto 351 de 2014 y circular 047 de 2006), dado que:

No cuenta con Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios ni Plan de contingencia para manejo de residuos hospitalarios y similares.
No cuenta con protocolo de limpieza y desinfección de recipientes ni de áreas de almacenamiento de residuos.No tiene establecida ni descrita la ruta interna de recolección de residuos.
No cuenta con ruta de operador externo (ECOCAPITAL)
No hay evidencia del reporte SHIRO correspondiente al año 2014, 2015.
Las bolsas para residuos biosanitarios no se encuentran rotuladas.
No aporta carnet de vacunas.

No cuenta con almacenamiento central de residuos hospitalarios, ni registra peso de sus residuos.
El prestador no dispone de ambientes de aseo exclusivo con peseta para lavado de elementos de aseo. El área donde se almacena los elementos e insumos de aseo está compartida con el hidrocolector donde se calientan los paquetes para las terapias (los traperos están ubicados sobre este). Las paredes presentan pintura levantada y humedad en diferentes puntos, se evidenció división entre las camillas con cortinas de tela, las cuales presentan perforaciones. Se evidencian luminarias sin protección.

El prestador no aportó las siguientes condiciones de infraestructura que deben ser cumplidas, antes de iniciar su proceso de habilitación -página 199 de Resolución 2003 de 2014.

1. Concepto de condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Titulo IV de la Ley 9 de 1979 y sus decretos reglamentarios.
2. Plan de emergencias y desastres (en los casos previstos por la normatividad vigente). 3. Planes de mantenimiento de la planta física e instalaciones físicas e instalaciones fijas.

ESTANDAR 3. DOTACION.
Los equipos que utiliza en la prestación de los servicios, no cuentan con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico — científico.

No se evidenció el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Los equipos biomédicos

no cuentan con las hojas de vida ni se evidenció registros de mantenimientos preventivos ni correctivos periódicas definidas. No cuenta con profesional, técnico o empresa que realice el mantenimiento a los equipos.

ESTANDAR 4. MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS

Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica. La prestadora no cuenta con soporte documental donde registre la información definida de los dispositivos médicos utilizados en la prestación del servicio ofertado.
Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frio, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) .así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique
Al momento de la visita, la prestadora no cuenta con documento que incluya las especificaciones técnicas definidas para el uso de dispositivos médicos.

Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de dispositivos médicos mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA"... No tiene implementado el programa de Tecnovigilancia, ni se evidencian consultas permanentes de las alertas y/o recomendaciones del INVIMA.

ESTANDAR 5. PROCESOS PRIORITARIOS

Se evidenció que los procesos no se encuentran documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique. La prestadora no cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:

Planeación estratégica de la seguridad: No existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia, no tiene diligenciado el FORMATO No. I definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, ni es conocido por la prestadora.
Fortalecimiento de la cultura institucional La prestadora no tiene conocimientos básicos en seguridad al paciente, tampoco cuenta con el diligenciamiento del FORMATO No. 2 del Ministerio de Salud y Protección Social para su evaluación, la prestadora no tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La prestadora no cuenta con un procedimiento definido para el reporte de eventos adversos donde incluya la gestión de barreras de seguridad y prevenir la ocurrencia de nuevos eventos, no cuenta ni tiene conocimiento de los FORMATOS No. 3 y No. 4 definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Procesos Seguros: de igual manera no se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos del servicio.

No se tienen definidos y documentados las guías clínicas de atención, de acuerdo con las patologías más frecuentes consultadas en el servicio, ni se incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento, igualmente no cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia.

En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, no cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos.

La Institución no cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:

Normas de bioseguridad, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según el servicio ofertado y el riesgo identificado.
No define el uso y reúso de dispositivos médicos.
Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.
Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.
No cuenta con protocolo de: Limpieza y desinfección de áreas, superficies, descontaminación por derrames de sangre u Otros fluidos corporales en los procedimientos de salud; no se encuentran definido, clasificado ni ajustado, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.
La prestadora no cuenta con un proceso o procedimiento que garantice la identificación de todos los pacientes ya que no se evidencia definido ni documentado.
No se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:

I. Estabilización del paciente antes del traslado.
Medidas para el traslado.
Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:
a. Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y Contrareferencia.
b, Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.
Resumen de historia clínica.
Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).

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

ÉSTANDAR 6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.
Las historias clínicas y/o registros asistenciales:
Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma.
Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.
Los registros asistenciales no llevan la hora en la que se realiza la atención.
No tiene establecido en el protocolo de historia clínica el registro de los tratamientos suministrados

CONSULTA EXTERNA GENERAL
ESTANDAR 5. PROCESOS PRIORITARIOS

Si ofrece fisioterapia. "tiene definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice". Este manual incluye el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento cuenta con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.

No cuenta con Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización.

CUENTA CON RUTA SANITARIA	*SI*	*NO X*
CUENTA CON PLAN DE GESTION DE RESIDUOS HOSPITALAR	*SI*	*NO X*
CUENTA CON AREA DE ALMACENAMIENTO CENTRAL	*SI*	*NO X".*

Hechas las anteriores premisas, debemos tener en cuenta que nuestro ordenamiento procesal civil a cuyas normas nos remite el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo establece que las pruebas deberán ser apreciadas en conjunto, de acuerdo con las reglas de la sana critica, sin perjuicio de las solemnidades prescritas en la ley sustancial para la existencia o validez de ciertos actos, por lo que se expondrá siempre razonadamente el mérito que le asigne a cada prueba.

El servicio de salud, es un servicio público y quienes están autorizados por la ley para prestarlo deben hacerlo de manera óptima, garantizando el cumplimiento de sus fines y los derechos de quienes a él concurren en ejercicio de las garantías

establecidas en la Constitución y la Ley. Cuando dicho servicio no alcanza el fin o propósito perseguido, se presume su deficiente funcionamiento, por lo tanto, el derecho a la salud debe ser respetado por las entidades responsables de asegurar y prestar servicios de salud (IPS y EPS). Además, los órganos de regulación y vigilancia tienen el deber de adoptar las medidas para proteger el derecho a la salud. Por ende, la protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, segura, eficiente y de calidad.

Por ende, el sistema de habilitación es un facilitador del incentivo legal para la calidad de la atención en salud, es un componente obligatorio y estatal del sistema de garantía de calidad y constituye la herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud. Su propósito fundamental es la protección de los usuarios de los potenciales riesgos propios de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar que de acuerdo a la visita de habilitación al consultorio de la profesional independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, identificada con C.C. No. 51.736.039., código de prestador No. 1100111462-01, la cual se encuentra ubicada en la CL 20 SUR No. 10 B - 04, consultorio que tenía habilitado el servicio de Apoyo Diagnostico y Complementación Terapéutica, Intramural Ambulatoria Código 739. Servicio Específico Fisioterapia. Complejidad Baja; no cumple con las normas complementarias y las condiciones técnicas y científicas, por lo que se presume el incumplimiento al Decreto 780 de 2016, motivo por el cual se profiere los siguientes cargos, en los siguientes términos:

CARGO PRIMERO: Se presume una infracción al Resolución 2003 de 2014, Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, Numeral 3.3. Capacidad tecnológica y científica, en concordancia con el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 2.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica 2.3.1 Estándares de habilitación. 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios. Estándares. Infraestructura; Dotación., Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos., Procesos Prioritarios., Historia Clínica y Registros., 2.3.2.3 Consulta Externa. Consulta Externa General. Estándar. Procesos Prioritarios. Criterio; Por cuanto según las pruebas obrantes en el plenario, especialmente el acta final de visita realizada por los comisionados adscritos a esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, el día 24 de junio de 2016, al consultorio de la profesional independiente

TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, identificada con C.C. No. 51.736.039., código de prestador No. 1100111462-01, la cual se encuentra ubicada en la CL 20 SUR No. 10 B - 04, se encontraron presuntas irregularidades a los estándares de:

"INFRAESTRUCTURA.

Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección no son evidentes y no responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados; no cuenta con protocolos de limpieza y desinfección para los procesos que desarrolla. Se observan muchos cables en desorden y conectados a un solo tomacorriente.

El prestador no aportó las siguientes condiciones de infraestructura que deben ser cumplidas, antes de iniciar su proceso de habilitación - página 199 de Resolución 2003 de 2014.

DOTACION.

Los equipos que utiliza en la prestación de los servicios, no cuentan con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico — científico.

No se evidenció el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Los equipos biomédicos no cuentan con las hojas de vida ni se evidenció registros de mantenimientos preventivos ni correctivos periódicas definidas. No cuenta con profesional, técnico o empresa que realice el mantenimiento a los equipos.

MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS

La prestadora no cuenta con soporte documental donde registre la información definida de los dispositivos médicos utilizados en la prestación del servicio ofertado.

Al momento de la visita, la prestadora no cuenta con documento que incluya las especificaciones técnicas definidas para el uso de dispositivos médicos.

PROCESOS PRIORITARIOS

Se evidenció que los procesos no se encuentran documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique. La prestadora no cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:

Planeación estratégica de la seguridad: No existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia, no tiene diligenciado el FORMATO No. I definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, ni es conocido por la prestadora.

Fortalecimiento de la cultura institucional La prestadora no tiene conocimientos básicos en seguridad al paciente, tampoco cuenta con el diligenciamiento del FORMATO No. 2 del Ministerio de Salud y Protección Social para su evaluación, la prestadora no tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La prestadora no cuenta con un procedimiento definido para el reporte de eventos adversos donde incluya la gestión de barreras de seguridad y prevenir la ocurrencia de nuevos eventos, no cuenta ni tiene conocimiento de los FORMATOS No. 3 y No. 4 definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Procesos Seguros: de igual manera no se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos del servicio.

No se tienen definidos y documentados las guías clínicas de atención, de acuerdo con las patologías más frecuentes consultadas en el servicio, ni se incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento, igualmente no cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia.

En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, no cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos.

La Institución no cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:

Normas de bioseguridad, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según el servicio ofertado y el riesgo identificado.

No define el uso y reúso de dispositivos médicos.

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

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

No cuenta con protocolo de: Limpieza y desinfección de áreas, superficies, descontaminación por derrames de sangre u Otros fluidos corporales en los procedimientos de salud; no se encuentran definido, clasificado ni ajustado, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.

La prestadora no cuenta con un proceso o procedimiento que garantice la identificación de todos los pacientes ya que no se evidencia definido ni documentado.

No se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:

I. Estabilización del paciente antes del traslado.

2. Medidas para el traslado.

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

a. *Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y Contrareferencia.*
b. *Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.*
c. *Resumen de historia clínica.*
d. *Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).*
e. *Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso*

HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

Los registros asistenciales no llevan la hora en la que se realiza la atención.

No tiene establecido en el protocolo de historia clínica el registro de los tratamientos suministrados

CONSULTA EXTERNA GENERAL
ESTANDAR 5. PROCESOS PRIORITARIOS

Si ofrece fisioterapia. "tiene definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice". Este manual incluye el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento cuenta con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.

No cuenta con Procedimientos para la información al paciente sobre preparación, y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos de procedimientos sin hospitalización".

Las normas citadas como presuntamente violadas en el presente acto disponen lo siguiente:

"Resolución 2003 de 2014:

Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud.

3.3. Capacidad Tecnológica y Científica.

En concordancia con el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de Salud:

2.3 Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica
2.3.1 Estándares de habilitación.

2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio
2.3.2.1 Todos los servicios.

Estándar

Infraestructura

Criterio:

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

Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.

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

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

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

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

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

Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

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

3.2. Verificación del Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación de la página 198 y 199:

3.2.2 En Infraestructura.

Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada, modificada o

inscrita, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado. Las siguientes condiciones de infraestructura deben ser cumplidas por el prestador, antes de iniciar su proceso de habilitación: - Cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Titulo IV de la Ley 9° de 1979 y sus decretos reglamentarios. - Licencia de construcción aprobada para el uso de salud. - Permiso de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas. - Sistema de prevención y control de incendios. - Estudio de vulnerabilidad estructural (En los casos previstos por la norma vigente). - Reforzamiento sísmico estructural (En los casos previstos por la norma vigente). - Plan de emergencias y desastres (En los casos previstos por la norma vigente). - Planes de mantenimiento de la planta física e instalaciones físicas e instalaciones fijas. - Planes de mantenimiento de los equipos fijos. - Las instalaciones eléctricas están actualizadas con el reglamento técnico de instalaciones eléctricas RETIE. - La institución cumple con las condiciones de accesibilidad en Colombia (Resolución Min Salud 14861 de 1985 y Ley 361 de 1997). Si el prestador no puede demostrar el cumplimiento de alguno o algunos de los requisitos anteriores, el verificador deberá notificar del hecho, a la autoridad competente de vigilar el cumplimiento de las condiciones anotadas.

Dotación

Criterio:

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

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

Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos

Criterio:

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

Procesos Prioritarios
Criterio:
Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.

Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:

a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.

b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

d. Procesos Seguros: Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.

Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.

Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.

La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.

Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social.

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

Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.
Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.

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

La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.

Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.

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

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

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

Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:
1. Estabilización del paciente antes del traslado.

2. Medidas para el traslado.

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

a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.
b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.
c) Resumen de historia clínica.

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

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

Historia Clínica y Registros

Criterio:

Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.

2.3.2.3 Consulta Externa

Grupo: Consulta externa Servicio: Consulta Externa General

Descripción del Servicio: Atención en salud en la cual toda actividad, procedimiento e intervención, se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento y/o mejoramiento de la salud del paciente. En ocasiones se realizan tratamientos que son de tipo ambulatorio.

Procesos Prioritarios

Criterio:

Si ofrece fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje tiene definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice. Este manual incluye el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento cuenta con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.

CARGO DOS: Se presume una infracción al Artículo 6 del Decreto 351 de 2014 (vigente para la época de los hechos), en concordancia con el artículo 2° de la Resolución 1164 de 2002, en el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y similares, MPGIRH numerales 6.2, 7.1.2, 7.2, 7.2.1, 7.2.3, 7.2.6.2, 7.2.9.1, 7.2.10, 8; Por cuanto según las pruebas obrantes en el plenario, especialmente el acta final de visita realizada por los comisionados adscritos a esta Subdirección de Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud, el día 24 de junio de 2016, al consultorio de la profesional independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, identificada con C.C. No. 51.736.039., código de prestador No. 1100111462-01, la cual se encuentra ubicada en la CL 20 SUR No. 10 B - 04, se encontraron presuntas irregularidades en el cumplimiento del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares, evidenciándose que:

"La institución no cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares (resolución 1164 de 2002, decreto 351 de 2014 y circular 047 de 2006), dado que:

No cuenta con Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios ni Plan de contingencia para manejo de residuos hospitalarios y similares.
No cuenta con protocolo de limpieza y desinfección de recipientes ni de áreas de almacenamiento de residuos.
No tiene establecida ni descrita la ruta interna de recolección de residuos.
No cuenta con ruta de operador externo (ECOCAPITAL)
No hay evidencia del reporte SHIRO correspondiente al año 2014, 2015.
Las bolsas para residuos biosanitarios no se encuentran rotuladas.
No aporta carnet de vacunas.
No cuenta con almacenamiento central de residuos hospitalarios, ni registra peso de sus residuos".

Las normas citadas como presuntamente violadas en el presente acto disponen lo siguiente:

DECRETO 351 de 2014 "Artículo 6. Obligaciones del generador. Además de las• disposiciones contempladas en las normas vigentes, en el marco de la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades, el generador tiene las siguientes obligaciones:

Formular, implementar, actualizar y tener a disposición de las autoridades ambientales, direcciones departamentales, distritales y municipales de salud e INVIMA en el marco de sus competencias, el plan de gestión integral para los residuos generados en la atención en salud y otras actividades reguladas en el presente decreto, conforme a lo establecido en el Manual para la Gestión Integral de Residuos Generados en la Atención en Salud y otras Actividades.

RESOLUCIÓN 1164 DE 2002: Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los residuos hospitalarios y similares.

ARTICULO 2°. Los procedimientos, procesos, actividades y estándares establecidos en el manual para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares, serán de obligatorio cumplimiento por los generadores de residuos hospitalarios y similares y prestadores de los servicios de desactivación y especial de aseo, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2676 de 2000.

Numerales:

6.2. Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares - PGIRH Los generadores, prestadores del servicio de desactivación y prestadores del servicio especial de aseo de residuos hospitalarios y similares, diseñarán e implementarán el PGIRH de acuerdo con las actividades que desarrollen, teniendo como punto de partida su compromiso institucional de carácter sanitario y ambiental, el cual debe ser: real, claro, con propuestas de mejoramiento continuo de los procesos y orientado a la minimización de riesgos para la salud y el medio ambiente. El compromiso debe responder claramente a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué y con quién. El plan debe contener los aspectos contemplados en este manual. La planeación se inicia con el diagnóstico del establecimiento generador, para identificar los aspectos que no presentan conformidad con la normatividad ambiental y sanitaria vigente y establecer de esta manera los ajustes y medidas correctivas pertinentes. El Plan para la gestión integral de residuos hospitalarios y similares debe enfocarse a diseñar e implementar buenas prácticas de gestión orientadas a la prevención de los efectos perjudiciales para la salud y el ambiente por el inadecuado manejo de los residuos, al igual que al mejoramiento en la gestión. La gestión debe orientarse a minimizar la generación de residuos, mediante la utilización de insumos y procedimientos con menos aportes a la corriente de residuos y una adecuada segregación para minimizar la cantidad de residuos peligrosos. A dicional con lo anterior se realizará el aprovechamiento cuando sea técnica, ambiental y sanitariamente viable. Los generadores, prestadores del servicio de desactivación y los prestadores del servicio público especial de aseo, responderán por los efectos ocasionados en el manejo inadecuado de los residuos hospitalarios y similares en los términos establecidos en la Ley 430 de 1998 y el Decreto 2676 de 2000 o las normas que los modifiquen o sustituyan. El Plan para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares - PGIRH, se estructurará con base en dos componentes generales: componente gestión interna y componente gestión externa.

7.1.2 Aspectos Funcionales Corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria cumplir las siguientes funciones:

Función 1. Realizar el diagnóstico situacional ambiental y sanitario El Grupo Administrativo realizará el diagnóstico situacional ambiental y sanitario del generador en relación con el manejo de los residuos hospitalarios y similares, efectuando la gestión para que se realicen las mediciones y caracterizaciones necesarias y confrontando los resultados con la normatividad ambiental y sanitaria vigente. La elaboración del diagnóstico parte de efectuar la caracterización cualitativa y cuantitativa de los residuos generados en las diferentes secciones de la institución, clasificándolos conforme a lo dispuesto en el Decreto 2676 de 2000 y en este Manual. El diagnóstico incluirá la evaluación de los vertimientos líquidos al alcantarillado municipal, la evaluación de emisiones atmosféricas, las tecnologías implicadas en la gestión de residuos, al igual que su capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia.

Función 2. Formular el compromiso institucional sanitario y ambiental El compromiso de carácter sanitario y ambiental debe ser claro, realista y verdadero, con propuestas de mejoramiento continuo de los procesos, orientado a la minimización de riesgos para la salud y el medio ambiente. El compromiso debe ser divulgado ampliamente y responder a las preguntas qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué y con quién.

Función 3. Diseñar el PGIRH - componente interno El Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares - componente interno debe contener los programas, proyectos y actividades, con su correspondiente presupuesto y cronograma de ejecución, para la adecuada gestión interna de los residuos hospitalarios, de conformidad con los lineamientos que se establecen en el presente capítulo.

Función 4. Diseñar la estructura funcional (organigrama) y asignar responsabilidades específicas. Corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, establecer la estructura organizativa (organigrama) de las áreas funcionales y personas involucradas en el desarrollo del PGIRH - componente interno, asignando funciones y responsabilidades específicas, para garantizar su ejecución.

Función 5. Definir y establecer mecanismos de coordinación Le corresponde al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria, como coordinador y gestor del Plan de Gestión Integral PGIRH - componente interno, definir y establecer los mecanismos de coordinación a nivel interno (con las diferentes áreas funcionales) y externo (con las entidades de control sanitario y ambiental, los prestadores de servicios, proveedores, etc.) para garantizar la ejecución del Plan.

Función 6. Gestionar el presupuesto para la ejecución del Plan Durante el diseño del Plan de Gestión Integral PGIRH - componente interno el grupo administrativo identificará las inversiones y fuentes de financiación, gestionando los recursos necesarios para su ejecución, haciendo parte del mismo el correspondiente presupuesto de gastos e inversiones.

Función 7. Velar por la ejecución del PGIRH El Grupo de Gestión Ambiental y Sanitaria, observará atentamente que se ejecuten todas y cada una de las actividades contempladas en el PGIRH - componente interno, estableciendo instrumentos de seguimiento y control tales como auditorías internas, listas de chequeo, etc. y realizando los ajustes que sean necesarios.

Función 8. Elaborar informes y reportes a las autoridades de vigilancia y control El Grupo preparará los informes y reportes requeridos en este manual y aquellos que las autoridades ambientales y sanitarias consideren pertinentes de acuerdo con sus competencias, la periodicidad de los reportes deberá ser concertada con la autoridad competente y debe hacer parte del cronograma de Implementación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios.

7.2. PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y SIMILARES – PGIRH - COMPONENTE INTERNO El PGIRH – componente interno, debe contemplar además del compromiso institucional y la conformación del Grupo Administrativo, los siguientes programas y actividades:

7.2.1 ELABORAR EL DIAGNOSTICO SITUACIONAL AMBIENTAL Y SANITARIO La elaboración del PGIRH – componente interno parte de realizar el diagnóstico ambiental y sanitario del manejo de los residuos hospitalarios y similares, frente al cumplimiento de la normatividad vigente sobre los diferentes temas.

En el diagnóstico se debe efectuar la caracterización cualitativa y cuantitativa de los residuos generados en las diferentes secciones de la Institución, clasificándolos conforme a lo dispuesto en el Decreto 2676 de 2000 y este Manual. El diagnóstico incluirá la evaluación de los vertimientos líquidos al alcantarillado municipal, las emisiones atmosféricas, las tecnologías implicadas en la gestión de residuos, al igual que su capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia.

Una vez identificadas las fuentes de generación de residuos, se procede a estimar las cantidades y el tipo de residuos, efectuando su registro en el formulario RH1 presentado en el Anexo 1 de este Manual, siendo conveniente referenciar los sitios de generación mediante planos o diagramas de planta para facilitar el diagnóstico y la elaboración del Plan de Gestión.

7.2.3. SEGREGACION EN LA FUENTE La segregación en la fuente es la base fundamental de la adecuada gestión de residuos y consiste en la separación selectiva inicial de los residuos procedentes de cada una de las fuentes determinadas, dándose inicio a una cadena de actividades y procesos cuya eficacia depende de la adecuada clasificación inicial de los residuos.

Para la correcta segregación de los residuos se ubicarán los recipientes en cada una de las áreas y servicios de la institución, en las cantidades necesarias de acuerdo con el tipo y cantidad de residuos generados. Los recipientes utilizados deben cumplir con las especificaciones de este manual.

Servicios de atención y unidades de apoyo

En las salas de cirugía, cardiología, pediatría, gineco-obstetricia, gastroenterología, urgencias, odontología, urología, hospitalización de pacientes infectados o de cirugías o con heridas, terapia respiratoria, diálisis, quimioterapia, salas de cuidados intermedios e intensivos o de aislados, urgencias, patología, curaciones, investigación, laboratorios clínico y de genética, bancos de sangre, toma de muestras, consulta externa, morgue, unidades de apoyo como lavandería, centrales de enfermería, vacunación y todos los demás donde se desarrollen procedimientos invasivos o actividades similares, se utilizan recipientes para residuos peligrosos y no peligrosos según la clasificación establecida en el Decreto 2676 de 2000 y en este manual. En servicios de consulta externa donde no se generan residuos infecciosos como terapias de lenguaje y física,

fisioterapia, psiquiatría, psicología, promoción y prevención, nutrición, medicina deportiva, así mismo para algunas hospitalizaciones asociadas con ellas; se utilizan recipientes para residuos no peligrosos (…).

7.2.6.2. ALMACENAMIENTO CENTRAL

Es el sitio de la institución generadora donde se depositan temporalmente los residuos hospitalarios y similares para su posterior entrega a la empresa prestadora del servicio público especial de aseo, con destino a disposición final si han sido previamente desactivados o a la planta de tratamiento si es el caso.

El tamaño de la unidad técnica de almacenamiento central debe obedecer al diagnóstico de las cantidades generadas en cada institución; será diseñada para almacenar el equivalente a siete días de generación en IPS de segundo y tercer nivel y de cinco días para instituciones de primer nivel y demás generadores de residuos hospitalarios y similares.

Adicional a las condiciones de la unidad técnica de almacenamiento intermedio, el almacenamiento central debe reunir las siguientes características:
– Localizado en el interior de la institución, aislado del edificio de servicios asistenciales y preferiblemente sin acceso directo al exterior.
– Disponer de espacios por clase de residuo, de acuerdo con su clasificación (reciclable, infeccioso, ordinario)
– Permitir el acceso de los vehículos recolectores
– Disponer de una báscula y llevar un registro para el control de la generación de residuos.
– Debe ser de uso exclusivo para almacenar residuos hospitalarios y similares y estar debidamente señalizado.

En el almacenamiento central los residuos hospitalarios peligrosos serán colocados en canastillas o recipientes rígidos, impermeables y retornables, los cuales serán suministrados por la empresa del servicio público especial de aseo o por la entidad generadora.

Se recomienda a las IPS de segundo y tercer nivel, llevar un control microbiológico periódico en estos lugares (paredes, aire e implementos utilizados en el manejo de los residuos), con el fin de evaluar los procedimientos de desinfección y adoptar las medidas sanitarias a que haya lugar. Los residuos hospitalarios peligrosos infecciosos (anatomopatológicos) de IPS de segundo y tercer nivel deben almacenarse en ambientes con una temperatura no mayor de 4ºC, nunca a la intemperie.

No habrá necesidad de filtros biológicos por estar refrigerados. Los residuos infecciosos no deben almacenarse por más de 7 días, debido a sus características y posible descomposición. No obstante lo anterior, los pequeños generadores (farmacias, centros de pigmentación) podrán ampliar el tiempo de almacenamiento (en ningún caso superior a un mes), siempre y cuando no sean anatomopatológicos o de animales y se adopten las medidas previstas en este manual para minimizar los riesgos sanitarios y ambientales.

7.2.9.1. PROTECCION A LA SALUD DE LOS TRABAJADORES QUE MANEJAN RESIDUOS HOSPITALARIOS

Las medidas de higiene y seguridad permitirán proteger la salud del trabajador y prevenir riesgos que atenten contra su integridad.

Estas medidas contemplan aspectos de capacitación en procedimientos de bioseguridad y el trabajo, higiene personal y protección personal, entre otras y son complementarias a las condiciones del ambiente de trabajo, tales como iluminación, ventilación, ergonomía, etc. Especial importancia reviste el cumplimiento de lo establecido en el documento "Conductas Básicas de Bioseguridad, Manejo Integral" expedido por el Ministerio de Salud.

Todo empleador que tenga a su cargo trabajadores que participen en la manipulación de residuos hospitalarios debe cumplir con lo estipulado en la normatividad vigente sobre programas de salud ocupacional. El personal involucrado en el manejo de residuos hospitalarios tendrá en cuenta las siguientes medidas de seguridad:
– Conocer sus funciones específicas, la naturaleza y responsabilidades de su trabajo y el riesgo al que está expuesto.
– Someterse a un chequeo médico general y aplicarse el esquema completo de vacunación.
– Encontrarse en perfecto estado de salud, no presentar heridas.
– Desarrollar su trabajo con el equipo de protección personal.
– Utilizar el equipo de protección adecuado de conformidad con los lineamientos del presente manual y los que determine el Grupo Administrativo para prevenir todo riesgo.
– Abstenerse de ingerir alimentos o fumar mientras desarrolla sus labores
– Disponer de los elementos de primeros auxilios – Mantener en completo estado de asepsia el equipo de protección personal.

La entidad generadora suministrará guardaropas, unidad sanitaria, sitios y estanterías exclusivas para el almacenamiento de los elementos de protección personal, los cuales deben mantenerse en óptimas condiciones de aseo. Las personas que manipulen los residuos hospitalarios y similares deben cambiar diariamente su ropa de trabajo y ducharse utilizando jabones desinfectantes.

En caso de accidentes de trabajo por lesión con agujas u otro elemento cortopunzante, o por contacto de partes sensibles del cuerpo humano con residuos contaminados, es necesario actuar de acuerdo a las siguientes medidas: 6

-Lavado de la herida con abundante agua y jabón bactericida, permitiendo que sangre libremente, cuando la contaminación es en piel. Si la contaminación se presenta en los ojos se deben irrigar estos con abundante solución salina estéril o agua limpia. Si esta se presenta en la boca, se deben realizar enjuagues repetidos con abundante agua limpia.
-Se debe elaborar el Reporte de Accidente de Trabajo con destino a la Aseguradora de Riesgos Profesionales. • Realizar la evaluación médica del accidentado y envío de exámenes (pruebas serológicas), antígenos de superficie para hepatitis B (AgHBs), anticuerpos de superficie para hepatitis B (AntiHBs), anticuerpos para VIH (Anti VIH) y serología para sífilis (VDRL o FTAAbs). De acuerdo con los resultados de laboratorio obtenidos se debe realizar seguimiento clínico y serológico al trabajador accidentado a las 6, 12 y 24 semanas.

7.2.9.2. PLAN DE CONTINGENCIA El Plan de Contingencia forma parte integral del PGIRH – componente interno y debe contemplar las medidas para situaciones de emergencia por manejo de residuos hospitalarios y similares por eventos como sismos, incendios, interrupción del suministro

de agua o energía eléctrica, problemas en el servicio público de aseo, suspensión de actividades, alteraciones del orden público, etc.

7.2.10. MONITOREO AL PGIRH - COMPONENTE INTERNO. Con el fin de garantizar el cumplimiento del PGIRH, se establecerán mecanismos y procedimientos que permitan evaluar el estado de ejecución del Plan y realizar los ajustes pertinentes. Entre los instrumentos que permiten esta función se encuentran los indicadores y las auditorias e interventorías de gestión.

Para el manejo de indicadores, han de desarrollarse registros de generación de residuos y reportes de salud ocupacional.
El formulario RH 1, el cual se presenta en el ANEXO 3, debe ser diligenciado oportunamente por el generador; este registro permitirá establecer y actualizar los indicadores de gestión interna de residuos.

FORMULARIO RH1. Diariamente el generador debe consignar en el formulario RHI el tipo y cantidad de residuos, en peso y unidades, que entrega al prestador del servicio especial de aseo, para tratamiento y/o disposición final o someterlos a desactivación para su posterior disposición en relleno sanitario, especificando tipo de desactivación, sistema de tratamiento y/o disposición final que se dará a los residuos. El generador en la gestión externa de sus residuos, verificará el cumplimiento de las condiciones en que se presta el servicio de recolección, reportando las observaciones pertinentes en el formulario a fin de mejorar las condiciones de recolección para la gestión externa.

Por su parte el prestador del servicio especial de aseo, verificará que la cantidad de residuos entregada por el generador sea la declarada. y que las condiciones en las cuales el generador entrega sus residuos cumplan con los lineamientos establecidos en este manual.

Estos formularios deben estar a disposición de las autoridades, ser diligenciados diariamente, con el fin de efectuar un consolidado mensual, el cual debe ser presentado semestralmente a la autoridad ambiental competente."

PRESENTACIÓN DE INFORMES A LAS AUTORIDADES AMBIENTALES Y SANITARIAS

De la gestión interna se presentarán informes a las autoridades ambientales y sanitarias, con sus correspondientes indicadores de gestión, de acuerdo con los contenidos de este documento.
Estos informes los deben presentar las IPS de tercer nivel cada seis meses, las IPS de segundo y primer nivel cada 12 meses, ante las autoridades sanitaria y ambiental competentes, firmado por presentante legal director o gerente.

De igual forma los demás generadores de residuos hospitalarios y similares, presentarán su informe anualmente, ante las mismas autoridades.

Los informes se constituyen en uno de los instrumentos para el control y vigilancia de la implementación del PGIRH. Su alcance y contenido será definido por las autoridades ambientales y sanitarias competentes de acuerdo con el contenido en este manual y demás normas vigentes.(...)"

8. Gestión externa. Es el conjunto de operaciones y actividades de la gestión de residuos que por lo general se realizan por fuera del establecimiento del generador como la recolección, aprovechamiento, el tratamiento y/o la disposición final. No obstante lo anterior, el tratamiento será parte de la Gestión Interna cuando sea realizado en el establecimiento del generador. La Gestión Externa de residuos hospitalarios y similares puede ser realizada por el mismo generador, o ser contratada a través de una empresa prestadora del servicio público especial de aseo y en cualquier caso, se deben cumplir las normas y procedimientos establecidos en la legislación ambiental y sanitaria vigente".

Dilucidado lo anterior, tenemos que se ha descrito que el servicio de salud es un servicio público y quienes están autorizados por la ley para prestarlo deben hacerlo de manera óptima, garantizando *el* cumplimiento de sus fines y los derechos de quienes a él concurren en ejercicio de las garantías establecidas en la Constitución y la Ley. Cuando dicho servicio no alcanza el fin o propósito perseguido, se presume su deficiente funcionamiento, por lo tanto, el derecho a la salud debe ser respetado por las entidades responsables de asegurar y prestar servicios de salud (IPS y EPS).

Además, vale la pena resaltar que los órganos de regulación y vigilancia tienen el deber de adoptar las medidas para proteger el derecho a la salud.

Así las cosas, el despacho considera que existe mérito suficiente para la formulación de cargos por la infracción de las normas arriba transcritas, pues hasta esta etapa procesal se ha evidenciado una presunta irregularidad en cabeza del prestador, que ha sido puesta de presente.

En consecuencia, el Despacho requiere a la institución investigada a efectos de que presenten las explicaciones respectivas, pruebas y demás medios de defensa pertinentes y conducentes para el esclarecimiento de los hechos materia de investigación.

Necesario se hace advertir al investigado que cuando se imputa responsabilidad a una persona natural o jurídica en Pliego de Cargos se habla de responsabilidad presunta, que como tal puede desvirtuarse, por lo que este Despacho requiere al prestador a efectos de que presente las explicaciones respectivas, pruebas y demás medios de defensa pertinentes y conducentes para el esclarecimiento de los hechos materia de investigación.

De igual manera, el Despacho considera pertinente precisar, que en caso de que no se presenten los argumentos y pruebas suficientes para desvirtuar los cargos impuestos mediante el presente acto administrativo, este Despacho, como Entidad Territorial de Salud, y sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades,

podrá aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan, las cuales, teniendo en cuenta la gravedad del hecho, van desde una Amonestación, o una multa hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales vigentes, e inclusive hasta el cierre temporal o definitivo del establecimiento, las cuales serán determinadas por el fallador al momento de tomar una decisión de fondo, teniendo en cuenta las pruebas allegadas al expediente, las circunstancias atenuantes o agravante establecidas en el artículo 50 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y de acuerdo con los principios de proporcionalidad, necesidad y razonabilidad, aplicables a la conducta realizada por el investigado y que inspiran el ejercicio del ius puniendi.

En mérito de lo expuesto este despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Formular pliego de cargos en contra de la profesional independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, identificada con C.C. No.51.736.039., código de prestador No. 1100111462-01, la cual se encuentra ubicada en la CL 20 SUR No. 10 B - 04, y para efectos de notificación judicial en a CL 22 SUR No.10B 04, de la nomenclatura urbana de la ciudad de Bogotá, teléfonos 3002747585 – 4075027, y con dirección de correo electrónico: trssarmiento@hotmail.com., por la presunta infracción a lo dispuesto en las siguientes normas: Resolución 2003 de 2014, Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, Numeral 3.3. Capacidad tecnológica y científica, en concordancia con el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. 2.3 Condiciones de capacidad tecnológica y científica 2.3.1 Estándares de habilitación. 2.3.2 Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio 2.3.2.1 Todos los servicios. Estándares. Infraestructura; Dotación., Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos., Procesos Prioritarios., Historia Clínica y Registros., 2.3.2.3 Consulta Externa. Consulta Externa General. Estándar. Procesos Prioritarios. Criterio. Y al Artículo 6 del Decreto 351 de 2014 (vigente para la época de los hechos), en concordancia con el artículo 2° de la Resolución 1164 de 2002, en el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y similares, MPGIRH numerales 6.2, 7.1.2, 7.2, 7.2.1, 7.2.3, 7.2.6.2, 7.2.9.1, 7.2.10, 8; por lo expuesto puesto en la parte motiva de esta providencia.

ARTICULO SEGUNDO: Correr traslado del presente pliego de cargos a la profesional independiente TERESITA SARMIENTO CHAVEZ, con el fin que dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la notificación del presente proveído, rindan sus descargos directamente o por medio de apoderado, y aporten o soliciten la práctica de pruebas que consideren pertinentes para el esclarecimiento de los hechos materia de esta.

ARTICULO TERCERO: Contra el presente auto no procede recurso alguno de conformidad con lo dispuesto en el artículo 47 del Código de Procedimiento Administrativo y del Contencioso Administrativo.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Subdirectora, Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud (E)

Proyectó: Ivan Mauricio Olarte
Revisó: Luz Nelly Gutiérrez