

**ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006**

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 3

1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD..... 4

 1.1 LINEAMIENTOS Y PRINCIPIOS DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD..... 4

 1.2 PROPÓSITOS DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS: MISIÓN, SIGNIFICADO DE LOS TÉRMINOS Y PRINCIPIOS..... 4

 1.3 PRINCIPIOS QUE DEBEN GUIAR EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACION..... 5

 1.4 ORGANIZACIÓN PARA HABILITACIÓN..... 5

 1.5 LOS ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS..... 8

2 PROCESOS DE HABILITACION..... 9

 2.1 MACRO PROCESO DE HABILITACIÓN..... 9

 2.2 PROCESO DE AUTOEVALUACION Y DECLARACIÓN..... 11

 2.3 PROCESO DE REGISTRO..... 14

 2.4 PROCESO DE VERIFICACIÓN..... 17

 2.5 PROCESO DE CONDUCTAS..... 24

 2.6 MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE HABILITACION..... 27

3 LOS INSTRUMENTOS DE VERIFICACION Y SU APLICACION..... 29

 3.1 INSTRUCCIONES DE VERIFICACION DE LAS CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL..... 29

 3.2 INSTRUCCIONES DE VERIFICACION DE LAS CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS 30

 3.3 REQUISITOS LEGALES DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL..... 30

 3.4 INSTRUCCIONES DE VERIFICACION DE LOS ESTANDARES DE CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD..... 31

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

4. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS	36
5. GLOSARIO ESTANDARES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – ANEXO TÉCNICO 1 MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN.....	37
6. CRITERIOS DE HABILITACIÓN COMPLEMENTARIOS AL MANUAL ÚNICO DE ESTANDARES Y VERIFICACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON PROGRAMAS DE TRASPLANTE DE COMPONENTES ANATÓMICOS	51
7. DISTINTIVO DE HABILITACION.....	57

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

INTRODUCCIÓN

Este manual tiene por objeto, orientar 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 tecnológicas y científicas, de suficiencia patrimonial y financiera, y técnico administrativas, definidas para el sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud.

Contiene aspectos complementarios y aclaratorios, a los establecidos en el Anexo Técnico No 1 o manual Único de Estándares y de Verificación.

Dado que el sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no solo establecer las condiciones mínimas de estructura, sino poder entender cómo éstas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención. Por esta razón, el manual desarrolla un capítulo donde se lista una serie de indicadores de seguimiento a riesgo. Dichos indicadores deben servir de herramienta objetiva de medición y análisis del desempeño de cada uno de los servicios, los cuales deben ser punto de partida para el mejoramiento.

De igual manera, el presente manual pretende garantizar la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, según los lineamientos de auditoría expedidos por el Ministerio de la Protección Social, como herramienta de gestión de la calidad que promueva, evalúe y mejore la atención de salud en armonía con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Finalmente, amplía los artículos 25 del Decreto 1011 de 2006 y 6to de la presente Resolución, los cuales hablan del distintivo que se entrega a los prestadores en el momento de la inscripción y deberá ser publicado en lugar visible, para que los usuarios tengan la seguridad de estar siendo atendidos en una institución que declara el cumplimiento de los condiciones de habilitación y hace parte del Registro Especial de Prestadores. Esto implica que la institución inscrita será objeto de visita por parte de la secretaria Departamental o Distrital de salud según corresponda y posterior a la misma, los verificadores refrendarán o revocarán el distintivo; en éste último caso, sólo hasta que el prestador cumpla plenamente con los requisitos de habilitación, el distintivo podrá ser devuelto. Dado que el distintivo es entregado en el momento de la inscripción, se parte del principio de la buena fe del prestador, frente al cumplimiento de los requisitos de habilitación; por lo tanto, será éste el responsable de su buen uso y asumirá la responsabilidad en caso contrario.

Dada la responsabilidad que implica la elaboración, distribución y publicación del distintivo, el manual establece los deberes de cada uno de los actores involucrados en estos procesos, así como las características que le da la legitimidad del distintivo y las condiciones para su uso.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

1. CONCEPTOS BÁSICOS DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

1.1 LINEAMIENTOS Y PRINCIPIOS DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

Tomando en consideración que una de las causas de los problemas identificados en la implementación inicial, fue la falta de claridad de los propósitos, es necesario que quien tenga bajo su responsabilidad la implementación de éste instrumento, tenga el conocimiento sobre los propósitos y los principios de las condiciones tecnológicas y científicas.

1.2 PROPÓSITOS DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS: MISIÓN, SIGNIFICADO DE LOS TÉRMINOS Y PRINCIPIOS.

Misión del instrumento. Defender y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios en el país.

Significado de los términos:

Esenciales. Implica que los estándares no son exhaustivos, ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; únicamente, incluyen aquellos que son indispensables para defender la vida y la salud del paciente es decir, para los cuales hay evidencia de que su ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio y no pueden ser sustituibles por otro requisito.

Garantizar el cumplimiento. Implica la obligatoriedad en el cumplimiento de los estándares y la eliminación de planes de cumplimiento. Si los estándares son realmente esenciales como deben ser, la no obligatoriedad implicaría que el Estado, permite la prestación de un servicio de salud a conciencia de que el usuario está en inminente riesgo.

Defender y dar seguridad a los usuarios. Define el para qué, de las condiciones científicas y tecnológicas, y justifica su existencia al ligarlos a una de las funciones fundamentales del Estado en el sistema de salud. Deben ser efectivos; lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiéndose por ello que su ausencia, genere riesgos que atenten contra su vida y su salud.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

1.3 PRINCIPIOS QUE DEBEN GUIAR EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACION

Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

Esencialidad: Todas las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación de servicios de salud.

Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, y su verificación por las autoridades competentes o por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

1.4 ORGANIZACIÓN PARA HABILITACIÓN.

Responsabilidades en la habilitación de prestadores de servicios de salud.

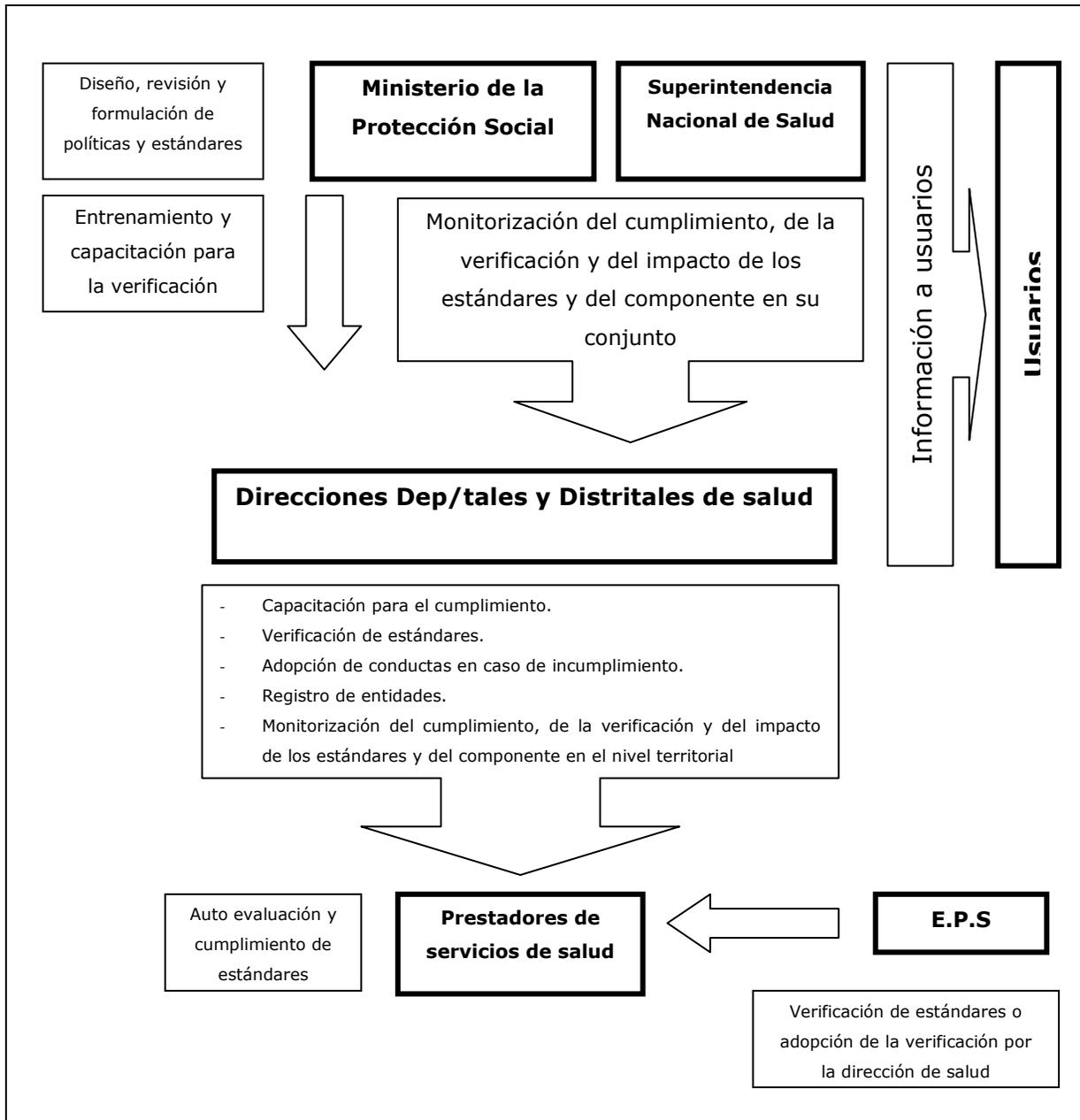
Las responsabilidades asignadas por la Ley a los integrantes del Sistema en Seguridad Social en Salud se ilustran en el modelo organizacional que se muestra en la gráfica 1.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Gráfico 1. Modelo Organizacional para Estándares de habilitación.



Diseño, formulación y revisión de políticas y de estándares. Es responsabilidad del Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con su competencia, considerando su función fijada por la Ley 100 de 1993, expedir las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Direcciones Departamentales y Distritales de salud y demás actores cobijados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Entrenamiento y capacitación para la verificación. Los profesionales encargados de la verificación deberán tener entrenamiento por parte del Ministerio de la Protección Social o la Entidad Territorial correspondiente en convenio con una Institución Educativa, conforme a los perfiles de verificadores de estándares de habilitación definidos en la presente resolución.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Monitorización, del cumplimiento, verificación e impacto de los estándares y del componente en su conjunto. Según la Ley 100 de 1993, es una responsabilidad que en el nivel nacional comparten el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. Esta ley les asigna la función de supervisión, inspección y vigilancia a las entidades integrantes del sistema, de formular y aplicar los criterios de evaluación de eficiencia en la gestión de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Direcciones Seccionales, Distritales y Municipales de salud. De otra parte, en el nivel territorial corresponde ésta responsabilidad a las direcciones Departamentales y Distritales de salud, en su jurisdicción.

Verificación de estándares, adopción de conductas en caso de incumplimiento y Registro de entidades. Dadas las funciones de inspección, vigilancia y control en el nivel territorial, corresponde a las direcciones Departamentales y Distritales de salud, la verificación del cumplimiento de los requisitos de habilitación en las instituciones de su jurisdicción; lo anterior implica que en caso de incumplimiento, dichas direcciones impongan las sanciones correspondientes. Además, les corresponde a las mismas direcciones de salud, la recepción de la declaración de estándares de habilitación y el registro de prestadores de servicios de salud de su jurisdicción. Las Entidades Promotoras de Salud, de acuerdo con el Sistema de Garantía de Calidad, podrán verificar el cumplimiento de los estándares de habilitación a las IPS que tenga contratadas. En caso de encontrar alguna falla en el cumplimiento de los estándares, deberán avisar a la Dirección territorial correspondiente, quienes tendrán sesenta (60) días calendario para emitir su concepto y adoptar las medidas correspondientes. En caso de que no se pueda mantener la habilitación, la Entidad Territorial de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios a través de prestadores no habilitados.

Información a usuarios. Corresponde informar a los usuarios sobre el proceso y los resultados del sistema de habilitación, al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud en el nivel Nacional y a las direcciones territoriales de salud en su jurisdicción, en atención a sus funciones de vigilancia y control fijadas por la Ley 100 de 1993.

Autoevaluación y cumplimiento de estándares. La verificación interna, la presentación de la declaración y el cumplimiento de los estándares, corresponde a los prestadores de servicios de salud.

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud - PAMEC. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

1.5 LOS ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS.

Tipo, Rango y Contenido.

Tipo de Estándares. Son estándares principalmente de estructura.

Rango que Abarcan. Los estándares permitirán la autorización para el funcionamiento de cualquier tipo de prestador de servicios de salud. Abarcan la organización que preste directamente uno o más servicios de salud. Ello implica, que los estándares de habilitación no son aplicables a organizaciones que no presten al menos un servicio de salud, independientemente de que lo haga de manera propia o contratada.

Contenido de los estándares. Los estándares están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud, en los cuales el riesgo potencial supere los beneficios esperados. El siguiente listado, en el marco de los riesgos contra la vida y la salud, es un referente para la definición de estándares que relaciona los riesgos identificados como prioritarios:

- Mortalidad hospitalaria, incluyendo mortalidad obstétrica, quirúrgica, perinatal y de urgencias.
- Infecciones intrahospitalarias incluyendo, infecciones quirúrgicas.
- Complicaciones quirúrgicas inmediatas.
- Complicaciones anestésicas.
- Complicaciones terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales.

Estructura.

Explicación del orden de los estándares. Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios que ofrece en las siguientes áreas temáticas:

1. **Recursos humanos.** Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.
2. **Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento.** Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
3. **Dotación y su mantenimiento.** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales.
4. **Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión.** Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos (nombre del producto, número de lote o serie, fecha de vencimiento cuando sea el caso, número de registro sanitario, fabricante y/o importador con domicilio, leyendas especiales tales como estéril usar solo una vez).
5. **Procesos prioritarios asistenciales** Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbimortalidad del país.
6. **Historia Clínica y registros clínicos.** Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

7. **Interdependencia de servicios.** Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
8. **Referencia de pacientes.** Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbimortalidad.
9. **Seguimiento a riesgos.** Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan.

Estructura interna de los estándares. Para mejorar la facilidad y homogeneidad en la aplicación de los estándares, tendrán la siguiente estructura:

- Estándar: Formula el estándar de obligatorio cumplimiento.
- Servicio: Especifica la aplicación del estándar en los diferentes servicios de salud.
- Criterios: Establece el detalle del estándar para su interpretación.

2 PROCESOS DE HABILITACION.

Con el fin de garantizar la aplicación uniforme y la confiabilidad de la verificación de las condiciones de habilitación en todo el país, se estandarizan los principales procesos para su implementación, mediante formatos y diagramas de flujo de los principales procesos de habilitación.

2.1 MACRO PROCESO DE HABILITACIÓN.

La implementación del sistema de habilitación, es el macroproceso en el cual, interactúan las entidades territoriales de salud y los prestadores de servicios de salud, con el propósito de que se cumplan los estándares en todo el país. Se inicia con la expedición de la norma por parte del Ministerio de la Protección Social y termina cuando se haya verificado el cumplimiento de los estándares, o cuando se modifiquen. Los principales procesos que lo constituyen son:

Proceso de autoevaluación y declaración
 Proceso de registro.
 Proceso de Verificación.
 Proceso de Conductas.

**ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006**

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

MACROPROCESO DE HABILITACION.

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Realizar el proceso de autoevaluación	Prestador de Servicios de Salud	Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución para su realización. Para prestadores que entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente deberán realizar la autoevaluación y ajustarse con base en los estándares descritos en el Anexo Técnico 1.*	En la IPS.	Cumplir con los Requisitos de habilitación para poder prestar servicios.	Diligenciando el Manual Único de Estándares y Verificación del anexo técnico No.1. Diseñando o documentando la implementación del PAMEC según corresponda.
Realizar la recepción de declaración y registro prestadores	Dirección departamental o distrital de salud	En el momento de inscribir por primera vez instituciones que inicien su funcionamiento a la fecha de expedición de la norma o las no verificadas o no certificadas previo proceso de autoevaluación y cumplimiento, para ello contarán con 6 seis meses de plazo para su cumplimiento contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.	Dirección departamental o distrital de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Conformar registro de prestadores. - Conocer oferta. - Elaborar plan de visitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entregando formatos de autoevaluación y PAMEC en la inscripción o renovación. - Recepcionando la declaración. - Alimentando bases de datos.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Realizar la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación.	Dirección departamental o distrital de salud	Por lo menos una vez a partir del inicio de la declaración y durante los cuatro (4) de la vigencia del registro.	Sede, Prestador de Servicios de Salud	Confirmar cumplimiento.	Realizando visitas de campo a prestadores, basándose en lo establecido en el manual de estándares y verificación y las pautas indicativas de auditoría del Ministerio.
Adoptar conductas.	Dirección departamental o distrital de salud	Después o durante la visita de verificación cuando exista un riesgo inmediato e inminente.	Dirección departamental o distrital de salud	Hacer cumplir los estándares.	Aplicando el procedimiento administrativo establecido para tal fin.

* Los prestadores de servicios de salud que a la entrada en vigencia de la presente norma se encontraran inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y que en virtud de lo establecido en el Artículo 10 de la Resolución 1043 de 2006 deban inscribirse nuevamente en el mencionado Registro, tendrán seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de esta norma para adecuar sus estándares a las condiciones tecnológicas y científicas establecidas en ellas, y realizar la inscripción.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

2.2 PROCESO DE AUTOEVALUACION Y DECLARACIÓN.

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Conocer las condiciones de habilitación	Prestador de servicios de salud	A partir de la expedición de la norma.	Dirección departamental o distrital de salud	Determinar si cumple condiciones y realizar las acciones para cumplir y presentar declaración.	Presentando la documentación de soporte para la declaración de cumplimiento de las condiciones de habilitación: - Formato de declaración, - Autoevaluación con base en el Manual Único de Estándares y diseño o documento de implementación del PAMEC (en medio magnético o físico).
Verificar internamente el cumplimiento de los requisitos.	Prestador de servicios de salud	Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses para su realización contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución. Para prestadores que entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente deberán realizar la autoevaluación y ajustarse con base en los estándares descritos en el Anexo Técnico 1.*	En la sede del prestador	Garantizar que cumple los requisitos establecidos para los servicios que va a prestar y las demás condiciones solicitadas por la habilitación sin riesgo de incurrir en falsedad.	- Conformando un equipo de autoevaluación y verificación interna de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, de condiciones técnico administrativas y técnico científicas y del desarrollo del PAMEC. - Identificando servicios prestados. - Aplicando y diligenciando internamente el Manual único de estándares y verificación y del PAMEC.
Identificar los estándares incumplidos.	Prestador de servicios de salud	Antes de la presentación de la declaración. Se contempla la viabilidad de cumplir antes de declarar o de cierre si no es posible	En la sede del prestador	- Presentar la declaración sin riesgo de incurrir en falsedad.	Si es IPS: Verificando internamente el cumplimiento de los requisitos y condiciones tecnológicas y científicas, de suficiencia patrimonial y financiera y de condiciones técnico

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
		cumplir con todas las condiciones de habilitación y no declarar ni prestar el servicio		- Evitar riesgos a los usuarios.	administrativas y PAMEC. Si es profesional independiente solo las condiciones Técnico Científicas.
Cumplir con los requisitos.	Prestador de servicios de salud	Antes del plazo de cumplimiento y declaración.	En la sede del prestador	- Evitar riesgos a los usuarios. - Prestar servicios de salud en el sistema.	Realizando las acciones para el cumplimiento de acuerdo con las condiciones y los estándares incumplidos.
Diligenciar el formulario de inscripción y manual de estándares y verificación.	Prestador de servicios de salud	Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses para su realización contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.	Dirección departamental o distrital de salud	Registrarse formalmente como prestador y funcionar en el sistema.	Diligenciando el formato de declaración, del manual de estándares y verificación y PAMEC y radicarlo en la dependencia asignada por la dirección territorial.
Presentar las Novedades de Prestadores.	Prestador de servicios de salud	En el momento en que se cierren o abran servicios, cuando cambien los requisitos, en cambios de domicilio o sede.	Dirección departamental o distrital de salud	Registrar formalmente todos los servicios que ofrece y poder prestarlos en el sistema.	Diligenciando en el Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud.

* Los prestadores de servicios de salud que a la entrada en vigencia de la presente norma se encontraran inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y que en virtud de lo establecido en el Artículo 10 de la Resolución 1043 de 2006 deban inscribirse nuevamente en el mencionado Registro, tendrán seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de esta norma para adecuar sus estándares a las condiciones tecnológicas y científicas establecidas en ellas, y realizar la inscripción.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

2.3 PROCESO DE REGISTRO.

La entidad territorial antes de iniciar el registro de prestadores debe realizar las siguientes actividades:

1. Planear el proceso durante lo cual debe preparar la duplicación de material de entrega a prestadores:
 - Autoevaluación bajo el Manual único de estándares y verificación de habilitación y el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención - PAMEC.
 - Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
2. Diseñar la base de datos.
3. Difundir la obligatoriedad de presentar la inscripción o renovación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
4. Identificar áreas o dependencias de la entidad territorial que se responsabilicen de las actividades de:
 - Asesoría a los prestadores sobre la autoevaluación e implementación del PAMEC y la presentación de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
 - Entrega de documentación de soporte a los prestadores.
 - Recepción de la declaración y revisión de documentos.
 - Digitación de la información, consolidación, análisis de resultados y remisión de datos al nivel nacional.
5. Difundir la obligación de declaración y registro. Preparar textos explicativos sobre condiciones precisas (cuando, donde, consecuencias e implicaciones...) de la presentación de la declaración.
6. Difundir los textos en medios al alcance de los prestadores (Correspondencia, telefónica, medios masivos...).

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Entregar información de soporte.	Dirección departamental o distrital de salud	A partir de la fecha de iniciación de la recepción de la inscripción.	Dirección departamental o distrital de salud	Contar con los documentos y la información necesaria para el registro.	Duplicando y entregando en medio físico o en medio magnético la documentación de soporte para el prestador 1. Norma. 2. Manual único de Estándares y verificación y PAMEC. 3. Formulario de inscripción.
Recibir la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores	Dirección departamental o distrital de salud	A partir de la fecha de iniciación de recepción de la inscripción. Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses para su realización contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.*	Dirección departamental o distrital de salud	Revisar la conformidad de documentos. Formalizar el registro de prestadores. Asignar código al prestador e IPS nuevas. Las ya inscritas pero no certificadas que deban inscribirse nuevamente conservarán el código asignado. Habilitar al prestador.	Revisando los documentos presentados por el prestador: - Formularios de inscripción con todos los datos diligenciados y anexos. - Capacidad de quien suscribe el formulario de inscripción, de comprometer la voluntad de la institución (estatutos, representación legal, normas de constitución de la institución). - Asignar código al prestador nuevo, el prestador que ya tenga código será conservado. - Organizar carpeta física de documentos de soporte del registro.
Alimentar base de datos	Dirección departamental o distrital de salud	Concomitante con la recepción de la inscripción.	Dirección departamental o distrital de salud	- Conformar base de datos de prestadores registrados	Digitando los datos de la inscripción en la base de datos definida por el Ministerio de la Protección Social

**ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006**

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Analizar la información	Dirección departamental o distrital de salud	Mensualmente.	Dirección departamental o distrital de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar cobertura de la inscripción. - Preparar y programar la verificación según las prioridades establecidas por el Ministerio de la Protección Social. - Conocer la oferta de servicios. 	Consolidando la información del departamento.
Remitir la Información al nivel nacional.	Dirección departamental o distrital de salud	Dentro de los cinco primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre.	Dirección departamental o distrital de salud	Consolidación nacional de la oferta.	Aplicando los instrumentos definidos por el Ministerio de la Protección Social.
Realizar actualizaciones	Entidad territorial de Salud	Cada vez que se presenten actualizaciones por los prestadores a partir de la iniciación de la inscripción.	En la Entidad territorial de Salud	Mantener información real sobre oferta.	Recibiendo el formato de actualización e incorporándolo en la base de datos.

* Los prestadores de servicios de salud que a la entrada en vigencia de la presente norma se encontraran inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y que en virtud de lo establecido en el Artículo 10 de la Resolución 1043 de 2006 deban inscribirse nuevamente en el mencionado Registro, tendrán seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de esta norma para adecuar sus estándares a las condiciones tecnológicas y científicas establecidas en ellas, y realizar la inscripción.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

2.4 PROCESO DE VERIFICACIÓN.

Antes de iniciar el proceso de verificación la Entidad Departamental o Distrital de salud debe realizar las siguientes actividades:

- La dependencia de Vigilancia y Control o la que haga sus veces, de la Entidad Territorial de Salud, debe identificar el total de prestadores de servicios de salud en la jurisdicción. Debe identificar prestadores sin declaración de habilitación acudiendo a la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
Identificar prestadores que no presentaron declaración en un proceso activo de búsqueda en diversas fuentes: Prensa, Directorios telefónicos, Censos físicos del DANE o un programa de censo físico de la entidad territorial municipal, distrital o departamental.
- Conformar el grupo de profesionales encargados de la verificación. Calcular el recurso humano para la verificación del total de entidades en un periodo máximo de cuatro (4) años, pero las visitas deberá distribuirse con metas anuales de cumplimiento según la Resolución de habilitación.
Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.
- Realizar entrenamiento del grupo de profesionales encargados de la verificación en convenio con una Institución educativa con base en el manual único de estándares y verificación.
- Diseñar el cronograma de visitas de verificación. Priorizar las visitas a los prestadores verificados no certificados, continuar con los que no fueron verificados, luego con los certificados que presenten novedad de apertura de nuevos servicios con base en el anexo técnico N° 1 que hace parte integral de la presente resolución, y finalmente con los certificados sin novedades; dentro de cada grupo iniciar con los prestadores que presenten mayor riesgo en la prestación de servicios o cubran mayor número de usuarios. Dichas visitas deberán programarse y cumplirse anualmente.
- Los servicios nuevos de urgencias, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación (previo proceso de inscripción).

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Planear la visita al prestador	Equipo de verificación	Mínimo con un (1) día hábil antes de la visita	En la sede de la entidad territorial	El prestador pueda preparar la visita	Elaborando el cronograma anual de visitas y comunicando al prestador la visita con la oportunidad establecida.
Realizar impresión de los formatos del manual único de estándares y verificación (anexo técnico No.1).	Verificadores de la entidad territorial de salud. Dependencia de Vigilancia y control o la que haga sus veces.	Inmediatamente antes de la visita programada.	Dirección departamental o distrital de salud	Unificar el instrumento de verificación.	Imprimiendo los formatos específicos para la entidad a visitar, con base en los servicios declarados por el prestador y utilizando el manual diseñado para el efecto.
Ejecutar la visita de verificación.	Grupo de profesionales de verificación con entrenamiento certificado para desempeñarse como verificador.	De acuerdo con el cronograma anual definido.	En la sede del prestador de servicios.	Verificar si el prestador cumple o no con los estándares de habilitación, con el PAMEC	Aplicando el manual único de estándares y verificación descrito en el Anexo Técnico No.1 y su complemento en el No 2 y las pautas indicativas de auditoría del Ministerio de la Protección Social.
Elaborar y presentar informes de verificación.	Grupo de profesionales de verificación Digitación por personal de apoyo de vigilancia y control o los profesionales	Máximo a los 5 días después de realizada la visita.	Entidad territorial de salud.	Formalizar los resultados de las visitas, decidir conductas e incorporar resultados al sistema de información.	Aplicando los formatos del Manual único de estándares y verificación diligenciados en medio magnético y pautas indicativas de auditoría del Ministerio de la Protección Social.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
	según los recursos de la entidad territorial. El líder del grupo presenta el informe.				
Conformar el sistema de información.	Profesionales de verificación o dependencia de vigilancia y control.	Con la presentación de informes de verificación.	Dirección departamental o distrital de salud	Implementar indicadores de : - Seguimiento a cronograma - Cobertura de verificación - Estándares que son incumplidos Utilizar la información para simplificar la verificación de reapertura de una entidad en caso de que comunique el cumplimiento del estándar.	Incorporando los formatos de verificación diligenciados en medio magnético en el sistema de información.
Realizar aplicación de conductas.	Secretario de salud, con el soporte jurídico y de vigilancia y control (salvo delegaciones expresas).	Máximo cinco (5) días después de recibido el informe del grupo de profesionales de verificación.	Dirección departamental o distrital de salud	Proteger a los usuarios de los riesgos de prestación de servicios de salud que no cumplen con las condiciones de habilitación o no se tiene implementado el PAMEC.	Realizando expedición de resolución motivada, basada en los fundamentos jurídicos de ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990 y Ley 100 de 1993, Decreto 2240 de 1996 y las formalidades jurídicas respectivas, y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. La dosificación de la sanción estará de acuerdo a la gravedad y el tipo de incumplimiento. El incumplimiento del PAMEC no será motivo único para el cierre total o parcial de institución o servicios pero si genera sanción.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Conformar el sistema de información.	Despacho del secretario o dependencia de vigilancia y control.	Cuando se encuentre en firme el acto administrativo de aplicación de la conducta.	Dirección departamental o distrital de salud	Implementar indicadores de : - Sanciones o cierre de entidades o servicios - Oferta actualizada	Incorporando en el sistema de información las conductas aplicadas, a que entidades y a que servicios.
Realizar seguimiento local a la implementación del proceso.	Dependencia de vigilancia y control,	Permanente, con reporte trimestral al Ministerio de Protección Social	Dirección departamental o distrital de salud	Evaluar la implementación del sistema de habilitación Cumplimiento de cronograma. - Cobertura de inscripción en el registro - Cobertura de verificación. - Número de entidades cerradas o sancionadas. - Requisitos que se incumplen.	Utilizando la información de las bases de datos alimentadas con las actividades de registro de la declaración, informes de verificación y aplicación de conductas.
Reportar información al nivel nacional.	Dirección departamental o distrital de salud.	Trimestral.	Dirección departamental o distrital de salud	Seguimiento nacional a la implementación de requisitos: - Oferta nacional de servicios. - Cumplimiento del estándar del proceso de verificación. - Cobertura de declaración. - Cobertura de verificación - Número de entidades cerradas o sancionadas - Requisitos que se incumplen	Utilizando los formatos y medios que definan el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Perfiles de verificadores de estándares de habilitación. Como criterio general, se tendrá que los verificadores de estándares de habilitación sean profesionales de ciencias de la salud (Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Nutrición y Dietética, Instrumentación Quirúrgica, Optometría y demás profesionales de la salud según se requieran) a excepción de arquitectos o ingenieros facultados únicamente para las verificaciones de las condiciones y estándares de infraestructura e instalaciones físicas y profesiones de ciencias contables, económicas o administrativas para verificar la suficiencia patrimonial y financiera.

Sin excepción, deberán haber recibido capacitación por la Entidad territorial de Salud o el Ministerio de la Protección Social en la verificación de estándares de habilitación en convenio con entidad educativa quien expedirá formalmente un certificado de entrenamiento o capacitación y será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento. Los verificadores tendrán un plazo máximo de 8 meses contados a partir de la fecha de publicación de la presente resolución para presentar ante la entidad territorial el certificado de entrenamiento a que hace referencia el artículo 20 del Decreto 1011 de 2006.

La tabla 1 define los perfiles de los verificadores, según el tipo de servicio.

Tabla 1. Perfiles Mínimos de los Verificadores según Tipo de Servicios.

TIPO DE SERVICIO	PERFIL MÍNIMO DEL VERIFICADOR
Prestadores de servicios Mediana y Alta complejidad.	Equipo multidisciplinario con médico, enfermera, arquitecto o ingeniero, bacteriólogo. El Médico será el coordinador del equipo
Servicios de baja complejidad de atención hospitalarios o ambulatorios.	Sin perjuicio de la conformación de equipos multidisciplinarios, deberá tenerse médico o enfermera
Servicios de Imagenología y de apoyo diagnóstico o complementación terapéutica, que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes Mediana y Alta complejidad.	Médico y arquitecto o ingeniero.
Servicios de Laboratorio clínico de Mediana y Alta complejidad y banco de sangre.	Bacteriólogo.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Modelo de acta de visita.

SECRETARÍA DE SALUD
(DENOMINACIÓN COMPLETA DE LA
ENTIDAD QUE REALIZA LA VISITA DE VERIFICACIÓN)
COMISIÓN DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA

ACTA DE VISITA
No.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN VISITADA

NIT:
DIRECCIÓN:
TELÉFONO:
REPRESENTANTE LEGAL:
MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

En Bogotá D.C., a los ____ días del mes de _____ de _____ se presentó en las instalaciones de la institución referenciada, la Comisión Técnica de la (NOMBRE ENTIDAD QUE REALIZA LA VISITA), quienes procedieron a realizar la visita de verificación de cumplimiento de condiciones de habilitación, conforme lo previsto en la Resolución 1043 de 2006.

OBSERVACIONES:

Se deja constancia de la visita de verificación de condiciones de habilitación realizada a la Institución en cuestión por parte de la Comisión Técnica de Verificación, y se da por terminada la presente diligencia a las ____ (hora), se lee, se aprueba, se firma por los que en ella intervinieron y se extiende copia de esta a quien atiende la visita:

Dr. (NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA)
Representante Legal de la Institución

(NOMBRE, CÉDULA Y APELLIDO)
Coordinador de la Comisión
o quien ejerce sus funciones

**ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006**

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Modelo de acta de imposición de medida preventiva.

<p>SECRETARÍA DE SALUD (DENOMINACIÓN COMPLETA DE LA ENTIDAD PÚBLICA QUE REALIZA LA VISITA DE VERIFICACIÓN) COMISION DE INSPECCIÓN Y VIGILANCIA</p>	
<p>ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA PREVENTIVA No.</p>	
<p>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN VISITADA</p>	
<p>NIT:</p>	
<p>DIRECCIÓN:</p>	
<p>TELEFONO:</p>	
<p>REPRESENTANTE LEGAL:</p>	
<p>MIEMBROS DE LA COMISION:</p>	
<p>En Bogotá D.C., a los _____ días del mes de _____ de _____ se presentó en las instalaciones de la institución referenciada, la Comisión Técnica de la (NOMBRE ENTIDAD QUE REALIZA LA VISITA), quienes proceden a imponer medida preventiva conforme a los dispuesto en el artículo 576 de la Ley 9 de 1.979, consistente en la suspensión del servicio cuyos estándares se incumplen. La medida preventiva que aquí se impone y notifica se mantendrá durante el tiempo que persista el incumplimiento de la condición, e implica la iniciación de un proceso sancionatorio de carácter administrativo contra la institución de la referencia.</p>	
<p>OBSERVACIONES:</p>	
Estándar Incumplido	Servicio
<p><i>Se deja constancia de la imposición y comunicación de la presente medida preventiva y se entrega copia de la presente providencia a su destinatario a las _____ (hora).</i></p>	
<p>_____ Dr. (NOMBRE, APELLIDO Y CÉDULA) Representante Legal de la Institución o quien ejerce sus funciones</p>	<p>_____ (NOMBRE, CÉDULA Y APELLIDO) Funcionario Público (Cargo)</p>

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

2.5 PROCESO DE CONDUCTAS.

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Presentar el informe de visita de verificación.	Verificador de la entidad territorial.	Máximo cinco (5) días hábiles contados a partir del último día de la visita.	En la Entidad territorial de Salud.	El informe es la base para la adopción de conductas.	Presentando, con base en el instrumento de verificación y el acta de visita, el informe a la jefatura de vigilancia y control o quien haga sus veces.
Analizar el informe.	Jefatura de vigilancia y control o quien haga sus veces.	Desde la recepción del informe y máximo a los diez (10) días hábiles. Debe quedar tiempo para concertar con verificadores y elaborar actos administrativos si es del caso.	Entidad territorial de Salud.	Toma de decisiones sobre conductas de cierre.	Verificando las conductas propuestas por el verificador ajustadas al Manual único de estándares y verificación.
Concertar con verificador (si no se está de acuerdo con la propuesta de conductas del informe de verificación)	Jefatura de vigilancia y control o quien haga sus veces y verificador.	Entre el análisis y trece (13) días hábiles después del último día de verificación. Debe quedar tiempo para elaborar actos administrativos si es del caso.	Entidad territorial de Salud	Homologar conductas.	Realizando reunión de verificadores para discusión de puntos de controversia, tomando como parámetro el Manual único de estándares y verificación de requisitos.
Realizar cierre temporal y Apertura de investigación (si se incumplen estándares)	Secretario de salud o la dependencia facultada legalmente para la adopción de conductas.	Máximo quince (15) días hábiles contados a partir del último día de la visita de verificación.	Entidad territorial de Salud.	Cierre del servicio o la institución para prevenir riesgos a los usuarios, e iniciación del trámite jurídico	Realizando expedición del acto administrativo ceñido a las formalidades definidas por la Ley 9 de 1.979 y las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan.

**ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006**

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
				encaminado al cierre definitivo.	
Realizar Notificaciones.	Funcionarios designados por la Entidad territorial de Salud.	Dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la expedición del acto administrativo.	En el prestador de servicios que incumple requisitos de habilitación ó PAMEC	Ejecutoriar el acto administrativo y las conductas.	Contemplando las formalidades previstas por el Código Contencioso Administrativo.
Plan de cierre (si la conducta a adoptar es cierre de servicios hospitalarios con pacientes internados).	Dirección del prestador en conjunto con los funcionarios designados por la entidad territorial.	Simultáneo con la notificación.	En el prestador de servicios que incumple requisitos de habilitación ó PAMEC.	Para definir el traslado de pacientes sin que implique riesgo.	Elaborando un plan de traslado de pacientes con la entidad territorial de salud que quedará en acta firmada por las dos partes (dirección del prestador y funcionario designado por la entidad territorial).
Registro del cierre o revocatoria en el Formulario de Registro Especial de Prestadores y Novedades de Visitas cuando aplique y reporte al Ministerio de la Protección Social	Funcionario designado por la entidad territorial.	Inmediatamente después de la notificación formal del acto respectivo al prestador y al Ministerio cada trimestre.	En la Entidad territorial de Salud.	Alimentación del Registro Especial de Prestadores y Novedades de visitas.	Realizando alimentación según lo definido por el Registro Especial de Prestadores y Novedades de visitas de verificación.
Dar respuesta a la solicitud de visita a la	Verificador, en lo posible el mismo que definió el	Dentro de los tres (3) meses siguientes a la solicitud del prestador	En las instalaciones del prestador.	Permitir al prestador el funcionamiento cuando cumpla con	Verificando el cumplimiento de requisitos incumplidos causales del cierre.

**ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006**

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Entidad territorial para el levantamiento de la medida de seguridad.	incumplimiento.	y según prioridades definidas en la entidad territorial.		estándares de habilitación.	
Comunicar al prestador el cumplimiento de requisitos, si cumple requisitos y cierre de investigación si la hubo.	Entidad territorial de salud.	Máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la visita de verificación.	En la entidad territorial de salud.	Para permitir al prestador el funcionamiento del servicio cuando cumpla con los estándares de habilitación.	Oficiando al prestador. Si el cumplimiento se verifica en la visita inicial mediante oficio, certificando el cumplimiento. Si hubo apertura de investigación, mediante acto administrativo notificando al prestador.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

2.6 MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE HABILITACION.

El seguimiento a la implementación del sistema de habilitación, se realizará a través del registro y sus novedades, y reporte de visitas de verificación de manera trimestral, y de los indicadores definidos por el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de Protección Social. En el nivel regional, las direcciones departamentales y distritales de salud implementarán éstos mismos indicadores y adicionalmente realizarán un seguimiento a los principales indicadores de seguimiento a riesgos del Sistema Único de Habilitación en los prestadores de servicios de salud en su ámbito de jurisdicción.

La medición del impacto se realizará en conjunto con todo el Sistema de Garantía de Calidad, mediante los indicadores definidos en el componente del Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de la Protección Social.

El seguimiento a la implementación del sistema de habilitación, se realizará de manera estricta a partir del siguiente mes de su formulación, mensualmente, y se reportará al Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Calidad o quien haga sus veces, los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, se realizarán seguimientos de los siguientes indicadores señalados en la tabla a continuación y demás información solicitada por el Ministerio de la Protección Social. La fuente de información será el Registro Especial de Prestadores y el reporte de las visitas de verificación según lo solicitado por Ministerio de la Protección Social, para realizar el seguimiento desde el nivel nacional a todo el país. En el nivel territorial, Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud implementarán ésta información en su ámbito de jurisdicción.

La medición del impacto se realizará en conjunto con todo el Sistema de Garantía de Calidad, mediante las fichas técnicas de los indicadores definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Tabla 2. Indicadores de Seguimiento al Proceso de Implementación de habilitación.

1. Oferta de servicios de salud por entes territoriales: Total de IPS públicas, IPS privadas, Profesionales Independientes.
2. Proporción de verificación de Prestadores de Servicios de Salud inscritos en el registro especial de prestadores. (desagregado según resultado de la visita)
3. Proporción de Prestadores de servicios de salud con sanción (amonestación, cierre parcial de servicios o cierre total con revocatoria de la habilitación de toda la institución.
4. Proporción de cumplimiento de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en prestadores verificados.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

5. Proporción de sanciones por incumplimiento de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

3 LOS INSTRUMENTOS DE VERIFICACION Y SU APLICACION

3.1 INSTRUCCIONES DE VERIFICACION DE LAS CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA.

Los requisitos para la habilitación de prestadores de servicios de salud, incluyen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Durante las visitas de verificación de las condiciones de habilitación, deberá entonces verificarse el cumplimiento de éstos requisitos, en los estados financieros dictaminados por el revisor fiscal y/o certificados por el contador mediante la aplicación de los siguientes indicadores.

Patrimonio:

$$\frac{\text{Patrimonio total} \times 100}{\text{Cuenta que registre el capital}}$$

El valor resultante de la operación indicada deberá ser superior a 50.

De acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad la cuenta que registra el capital es:

1. En las entidades descentralizadas del orden nacional, y territorial y entidades autónomas una de las siguientes cuentas de acuerdo con las disposiciones legales de creación y funcionamiento:
 - a) Patrimonio Institucional – Aportes sociales código 3203 del plan general de contabilidad pública.
 - b) Patrimonio Institucional – Capital Suscrito y Pagado, código 3204 del plan general de contabilidad pública
 - c) Patrimonio Institucional – Capital Fiscal, código 3208 del plan general de contabilidad pública
2. En las entidades públicas es la cuenta Capital Fiscal código 3105 del plan general de contabilidad pública o Patrimonio Público Incorporado, código 3125 del plan general de contabilidad pública.
3. En las entidades privadas el Capital Social código 31 del Plan Único de Cuentas para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

Obligaciones mercantiles:

Aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.

$$\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días} \times 100}{\text{Pasivo corriente}}$$

El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Para la obtención del valor del numerador, se solicitará a la entidad un reporte, certificado por el revisor fiscal y/o contador de las cuentas por pagar a los proveedores y demás obligaciones mercantiles que superen un período de 360 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.

Obligaciones laborales

Son aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 360 días x 100

Pasivo corriente

El valor resultante de la operación no podrá ser superior a 50

Para la obtención del valor del numerador, se solicitará a la entidad un reporte, certificado por el revisor fiscal y/o contador de las moras de pago de nómina y demás obligaciones laborales que superen un período de 360 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.

3.2 INSTRUCCIONES DE VERIFICACION DE LAS CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS

Los requisitos para la habilitación de prestadores de servicios de salud, incluyen las condiciones de capacidad técnico administrativa de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

De conformidad con lo estipulado por el Decreto 1011 de 2006, estos requisitos son:

3.3 REQUISITOS LEGALES DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL.

Razón social

El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

Sistema contable para generar estados financieros

El cumplimiento de los requisitos administrativos que le permitan demostrar que la IPS cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Durante las visitas de verificación de las condiciones de habilitación, deberá verificarse el cumplimiento de éstos requisitos, con los siguientes documentos:

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Razón social:

En el documento de creación de la institución se verificará:

- El nombre o razón social de la institución y su concordancia con el nombre o razón social registrada en el formulario de declaración de cumplimiento de requisitos de habilitación.

El documento de creación es el acto administrativo que le da vida jurídica a la institución, que de acuerdo con la naturaleza jurídica puede ser:

- El certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio, para las entidades privadas con ánimo de lucro.
- El acto administrativo de creación expedido por autoridad competente, para las instituciones públicas o para las fundaciones o instituciones de utilidad común sin ánimo de lucro.

Sistema Contable:

Se verificará que la institución cuente con registros contables con las especificaciones definidas en el plan general de contabilidad pública cuando se trate de entidades descentralizadas del orden nacional, y territorial, entidades autónomas y entidades públicas o Plan Único de Cuentas cuando se trate de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

3.4 INSTRUCCIONES DE VERIFICACION DE LOS ESTANDARES DE CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS EN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

Planeación de la visita. Las Visitas de verificación de condiciones tecnológicas y científicas se inician desde su planeación. Antes del desplazamiento a la o las sedes, es necesario preparar la información sobre la institución a ser visitada según los servicios que ofrecen con base en la declaración de habilitación y los documentos que servirán de insumos para la verificación de los estándares. Si no se cuenta con éste documento, por tratarse de una visita a un prestador identificado durante la determinación de la oferta de servicios, se buscará la mayor información posible en la fuente en la que se haya identificado su existencia.

Identificación del prestador. Debe tenerse claramente identificado el prestador, el domicilio de la sede, para definir si se visitarán todas las sedes y las formas de desplazamiento de los verificadores, la complejidad, tamaño y servicios que ofrece con base en la declaración de habilitación. Si no se cuenta con éste documento, por tratarse de una visita a un prestador identificado durante la determinación de la oferta de servicios, se buscará la mayor información posible en la fuente en la que se haya identificado su existencia.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Definición del grupo de verificación. Con la información sobre la oferta de servicios, el tamaño y la complejidad del prestador, y con base en la tabla de perfiles mínimos de los verificadores certificados por entidad educativa, se definirá el perfil y número de verificadores necesarios y el tiempo de visita requerido. Cuando se trate de grupos de verificación, se definirá un líder quien tendrá la responsabilidad de la coordinación del grupo de verificación y de las relaciones con la institución.

Preparación de documentos. Con base en los servicios declarados por el prestador, o la información que se tenga disponible, se prepararán los documentos necesarios para la realización de la visita:

- Manual único de estándares y de verificación
- Pautas Indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de la Protección Social.
- Declaración de habilitación del prestador a ser verificado, para compararlo con los servicios realmente ofrecidos.
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la Institución a visitar presentado durante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores.
- Listados de instituciones educativas reconocidas por el Estado para expedir títulos de las diferentes profesiones y ocupaciones de la salud, para la verificación de los títulos del recurso humano asistencial.
- Documentos de identificación que acredite a los verificadores de la entidad territorial como tales y certificado de entrenamiento.
- Agenda preliminar de la visita. Elaborada con base en los servicios prestados y en la conformación del grupo de verificación, en la que se identifique las áreas de la institución, el día y hora de la visita y el o los verificadores que visitarán cada área.

Ejecución de la visita.

Presentación ante el prestador. En la sede del prestador se presentará formalmente el grupo de verificación ante la persona encargada de la dirección de la institución, identificando cada uno de los integrantes del grupo de verificación, explicando el motivo y los objetivos de la visita. Se solicitará al director de la entidad la presentación del grupo de la institución que acompañe al grupo de verificadores de la entidad territorial, durante el recorrido por la institución. 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 inicial. El grupo designado por la institución se reunirá con el grupo de verificadores de la entidad territorial. Se explicarán los objetivos y procedimientos a realizar. Se compararán los servicios declarados por el prestador con los servicios que efectivamente ofrezca. Los verificadores deben registrar las diferencias, tanto de los servicios que presta y no declaró como de los declarados y no prestados.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

- En la primera circunstancia recomiende al prestador actualizar el registro advirtiéndole de la posibilidad de cierre o revocatoria por la no inscripción del servicio. Esta circunstancia deberá hacer parte del informe para definir la conducta a adoptar por prestar servicios sin haberlos declarado. Los servicios no declarados pero que si se presten deberán ser incluidos en la visita de verificación.
- En caso de encontrar servicios declarados pero no prestados, recomiende al prestador la actualización de la inscripción ante la entidad territorial recordándole que sólo debe declarar servicios efectivamente ofrecidos y que si piensa prestarlos sólo podrá hacerlo previa actualización del registro.
- Se presentará la agenda preliminar para definir conjuntamente el recorrido por la institución, de manera que las diferentes áreas de la institución puedan prepararse para la visita, y el recorrido se diseñará de manera que se genere el menor traumatismo posible en las actividades asistenciales. Una vez concertado el recorrido, se buscará en lo posible la división en tareas de la visita, entre las personas que conforman ambos grupos, con el fin de hacer más eficiente la visita. Sin embargo, los verificadores de la entidad territorial deberán estar siempre acompañados por un funcionario de la institución, para suscribir el acta final de visita certificando el recorrido por todas las áreas de la institución.

Desplazamiento por las áreas del prestador. El grupo de verificadores deberá respetar las condiciones de desplazamiento y acceso a las diferentes áreas de la institución sin que ello implique la negación del acceso a ningún área que se requiera para la verificación de estándares de habilitación. Se debe portar algún documento visible de identificación ya sea el de la entidad territorial o el de visitante suministrado por el prestador.

Actitudes y comportamientos. A continuación se presentan una serie de sugerencias de pautas de comportamiento en los procesos de verificación:

- Declárese inhabilitado cuando considere que su juicio pueda estar sesgado por situaciones personales en contra o a favor de la institución verificada. Sus obligaciones cesan en éste caso y puede ser un factor que compromete su imagen personal y su idoneidad profesional.
- Sea amable y respetuoso con todo el personal de la institución visitada. En lo posible evite roces con ellos y en ningún caso genere o acceda a enfrentamientos. Si el personal de la institución llegase a ser agresivo usted podrá suspender la visita y retirarse de la institución dejando constancia de ello en el acta, y posteriormente apoyarse en la entidad territorial para adoptar las conductas jurídicas a que haya lugar.
- Adopte una actitud de apoyo ante el personal de la institución evitando actitudes impositivas. Logrará un mayor reconocimiento con conductas de apoyo y respeto que con órdenes. En ningún caso haga comentarios ni adopte actitudes despectivas, ni peyorativas al personal de la institución sean cual fueren los hallazgos en la visita.
- Evite hacer pronunciamientos sobre el cumplimiento o no de los estándares aún ante la insistencia de la institución. Pueden comprometerse innecesariamente las conductas formales suyas y de la entidad territorial.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Ante la insistencia, recuérdale al personal de la institución que la entidad territorial remitirá un informe oficial de los hallazgos de la visita.

- Usted accederá a información protegida por reserva legal. Mantenga esa reserva y evite divulgarla. La reserva también es aplicable a las autoridades de salud salvo excepciones previstas en la Ley, y su divulgación puede acarrearle sanciones. Así mismo evite comentarios sobre los hallazgos de la institución por fuera del ámbito de trabajo. Ello puede comprometer el informe y la posición oficial de la entidad territorial y puede acarrearle dificultades a la institución.
- No solicite copias de documentos. Es un costo innecesario para el prestador y un aumento inútil del volumen de documentos del informe. Usted está acreditado como verificador de la entidad territorial y su 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. En caso de controversia por el prestador se realizarán las actividades necesarias para dirimirlas. Su informe tiene la validez que le da la objetividad en la verificación y la observación directa.
- No registre el cumplimiento o no de un estándar sin haber verificado su cumplimiento. Recuerde que el no cumplimiento de un estándar puede acarrear consecuencias para el prestador y el incumplimiento de un estándar puede generar riesgos para los usuarios de los servicios de la institución.
- Cuide su presentación personal. Recuerde que también va a estar en contacto con pacientes.
- Respete las instrucciones de la institución sobre el acceso y conductas en las diferentes áreas de la institución. Recuerde que hacen parte de los estándares que usted está verificando.
- No utilice manuales de verificación diferentes al adoptado por la presente Resolución y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, en los anexo técnicos 1 y 2, así como las pautas indicativas de auditoría para evaluar el PAMEC y las fichas técnicas de los indicadores adoptados por el Sistema de Información para la calidad.

Terminación de la visita.

Reunión final. Una vez finalizados los recorridos por la diferentes áreas de la institución, se reunirá nuevamente el grupo de la entidad territorial y el grupo designado por el prestador incluyendo el director de la institución, con el fin de suscribir la respectiva acta de visita de acuerdo con el formato diseñado para el efecto. En caso de que la institución se niegue a la suscripción del acta se firmará solamente por los funcionarios del grupo de la entidad territorial y se dejará constancia de ello.

Informe de visita. El informe de la visita se presentará por los verificadores a más tardar cinco (5) días hábiles posteriores a la terminación de la visita, en medio magnético para ser incorporado en el sistema de información. La digitación de acuerdo con los recursos de la entidad territorial estará a cargo del verificador o del personal de la dependencia de vigilancia, inspección y control o quien haga sus veces. Estará constituido por la colección de los

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

formatos de verificación diligenciados en su totalidad y tendrá como soporte los medios físicos de verificación y el acta de visita. Se tendrán observaciones finales en texto si el formato no cuenta con espacios específicos para registrar hallazgos de la visita. Así mismo tendrán recomendaciones sobre conductas a adoptar concordantes con los hallazgos registrados en los formatos.

Recomendaciones de conductas en el informe. Las conductas sugeridas en el informe se enmarcarán de acuerdo con la siguiente estructura por estándar:

- **Recurso Humano.** Incumplimiento de requisitos de éste estándar: retirar de la prestación de servicios asistenciales a la persona que incumple el estándar de manera inmediata. Si su ausencia condiciona el funcionamiento de un servicio: cierre total o parcial del servicio.
- **Infraestructura física:** Incumplimiento de éste estándar. Cierre del área o servicio donde se encuentre el incumplimiento.
- **Dotación:** Incumplimiento de estándares de disponibilidad o mantenimiento de un equipo. Retirar el equipo de la prestación del servicio. Si su ausencia condiciona el funcionamiento de un área o servicio: cierre del servicio. (ejemplo: si un equipo de anestesia no cumple con los estándares, se deberá recomendar el retiro inmediato de funcionamiento de salas. Si es el único equipo de anestesia de una sala se recomendará el cierre de la sala. Si es el único equipo del área quirúrgica o todos los equipos incumplen con los estándares se recomendará el cierre de todo el servicio quirúrgico).
- **Medicamentos, dispositivos médicos y su gestión:** Si un medicamento y /o dispositivo médico o el proceso para su manejo incumple con los estándares, se debe retirar el dispositivo médico. Podrá adoptarse el “congelamiento” o decomiso del dispositivo médico durante la ejecución de la visita. Si el dispositivo médico es condicionante para el funcionamiento de un servicio o de la institución se recomendará el cierre del servicio o de la institución según el caso. (Ejemplo: si se encuentra un medicamento con la fecha de vencimiento expirada se decomisará o congelará el medicamento. Si no se tienen procedimientos para el control de fechas de vencimiento en un servicio se recomendará el cierre del servicio. Si se encuentra expirada la vigencia de un lote importante de dispositivo médicos vitales para el funcionamiento de una institución, como líquidos endovenosos se ponderará el cierre de la institución).
- **Documentación, divulgación y control de procesos prioritarios asistenciales,** dirigidos a la protección de la dignidad del usuario, PAMEC, historia clínica, registros, interdependencia de servicios, referencia de pacientes y seguimiento a riesgos: El incumplimiento de éste estándar generará la sanción, recomendación de cierre del servicio o de la institución en caso de estándares generales que apliquen a la institución en su totalidad.
- **Sistema de Información para la Calidad:** Si la Institución no está recolectando y analizando los indicadores de seguimiento a riesgos, así como reportando los indicadores que establece el Sistema de Información para la Calidad, la Institución podrá ser sancionada.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

4. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS

Los indicadores que se listan a continuación son de obligatoria medición, análisis y seguimiento por parte de los Prestadores de Servicios de salud según les aplique:

- Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
- Razón de Mortalidad materna
- Tasa de Infección Intrahospitalaria.
- Tasa de Complicaciones Quirúrgicas
- Tasa de Complicaciones obstétricas

A continuación se sugieren indicadores de seguimiento a riesgo específicos para algunos servicios, es de aclarar que será de obligatorio cumplimiento la creación y seguimiento de dichos u otros indicadores que defina la Institución.

SERVICIO DE LABORATORIO DE CITOPATOLOGIA Y TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIA CERVICO-UTERINAS:

- Proporción de falsos negativos de muestras de citología cervico-uterina.

SERVICIO DE CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO Y PREPARACIÓN FISICA CAPF:

- Proporción de pacientes sin evaluación médica especializada para el diseño y ejecución de la prescripción del ejercicio físico
- Proporción de lesiones osteomusculares o complicaciones de otras patologías relacionadas con el ejercicio prescrito a los usuarios del CAPF

SERVICIO DE RADIOTERAPIA:

- Porcentaje de cumplimiento del tratamiento.
- Proporción de eventos adversos.
- Proporción de interrupciones imprevistas durante el curso del tratamiento con radioterapia.
- Proporción de recaídas locales al tratamiento con radioterapia.
- Proporción de complicaciones.
- Proporción muertes inesperadas.
- Proporción de abandono del tratamiento y pérdida de seguimiento.

SERVICIO DE TRASPLANTE O IMPLANTE:

- Porcentaje de rechazo del injerto o implante
- Porcentaje de sobrevida del injerto o implante.
- Porcentaje de Infecciones oportunistas en paciente trasplantado
- Tasa de complicaciones por procedimientos quirúrgicos
- Tasa de complicaciones vasculares
- Indicador de sobrevida del paciente

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

El Ministerio de la Protección Social actualizará y modificará los indicadores de calidad de acuerdo con las recomendaciones dadas por el Comité Asesor de la Coordinación Nacional de la Red de Donación y Trasplantes.

5. GLOSARIO ESTANDARES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD – ANEXO TÉCNICO 1 MANUAL ÚNICO DE ESTÁNDARES Y VERIFICACIÓN.

Para efectos de la interpretación y aplicación de los estándares se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Atención Prehospitalaria (APH): Comprende el conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brindan a un paciente urgente en el mismo lugar de ocurrencia del hecho o durante su transporte hacia un centro asistencial o cuando es remitido de un centro asistencial a otro. Esta atención la realiza personal capacitado y equipado que busca fundamentalmente interrumpir el daño a la salud, estabilizar las condiciones del paciente y transportarlo de forma segura a un hospital.

Atención de urgencia. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

Atención inicial de urgencia. Son todas las acciones realizadas a una persona que presenta alguna patología de urgencia, con el ánimo de estabilizarlo en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definir el destino o la conducta inmediata a seguir, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

Alteración. Comprende las siguientes:

Alteraciones a nivel mental: En este grupo se ubican los individuos que presentan alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, observándose perturbación en el comportamiento y limitación principalmente en la ejecución de actividades de interacción y relaciones personales de la vida comunitaria, social y cívica.

- Alteraciones a nivel cognitivo: En este grupo se ubican los individuos que presentan alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, encontrándose limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- Alteraciones a nivel sensorial visual: Alteración en las funciones sensoriales visuales y/o estructuras del ojo o del sistema nervioso, que limitan al individuo en la ejecución de actividades que impliquen el uso exclusivo de la visión.
- Alteraciones a nivel sensorial auditiva: Alteración en las funciones sensoriales auditivas y/o estructuras del oído o del sistema nervioso, y que tienen limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de comunicación en forma sonora.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

- Alteraciones a nivel motor: En este grupo se ubican los individuos que presentan alteración en las funciones neuromusculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso y relacionadas con el movimiento, viéndose limitada la capacidad de ejecución de actividades que implican movilidad.
- Alteraciones múltiples: Individuos que presentan alteraciones en dos o más funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limiten en la ejecución de diversas actividades. En estos casos se necesitará igualmente diversos apoyos, los cuales dependerán de las diferentes alteraciones funcionales y estructurales que presenten.
- Otras alteraciones: Otras alteraciones que también pueden interferir en el normal funcionamiento del individuo y que requieren apoyos para suplir las necesidades que de estas surjan. Entre estas podemos encontrar alteraciones a nivel de: funciones sensoriales (gustativa, olfativa, propioceptiva, táctil, relacionadas con la temperatura y dolor), funciones de la voz y habla, funciones de los sistemas (cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, y endocrino), funciones genitourinarias, reproductoras y funciones de la piel. En esta categoría también se incluyen las alteraciones de estructuras relacionadas con las anteriores funciones. En este caso las limitaciones en la capacidad del individuo se dan en la ejecución de diferentes actividades, dependiendo de las funciones o estructuras afectadas.

Asistencia personal. Apoyo efectivo que terceras personas dan a la persona con discapacidad para facilitar la realización de sus actividades de la vida diaria.

Asistencia no personal: Dispositivos de apoyo o ayudas técnicas que facilitan a la persona con discapacidad la realización de sus actividades de la vida diaria.

Ayudas técnicas: Utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, producto de la tecnología para suplir o complementar las limitaciones funcionales, con que cuenta el individuo con discapacidad para la ejecución de alguna actividad; estas se consideran como elementos que mejoran la calidad de vida y favorecen la participación de la persona en actividades personales, educativas, laborales, sociales, etc. Las ayudas técnicas pueden ser diseñadas para: el desarrollo funcional y entrenamiento en actividades de la vida diaria; para suplir una función corporal o ayudas ortopédicas (prótesis y órtesis); para el cuidado personal (aditamentos para el vestir, la alimentación o la higiene); para el transporte y la locomoción; para el desarrollo de labores domésticas; para el desempeño en espacios interiores; para el desarrollo de actividades laborales, educativas/formativas; para la comunicación e información; y para el desarrollo de actividades recreativas, deportivas o culturales.

Centros y servicios de estética. Son instituciones o servicios dedicados a la realización de tratamientos cosméticos, que disponen de recintos aislados, para uso individual destinados exclusivamente a la prestación de servicios de estética personal. Solamente serán competencia del sistema de habilitación los servicios de estética invasivos contemplados en la Resolución 2263 de 2004 o las normas que la modifiquen adicionen o sustituyan.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Centros y servicios de rehabilitación de personas con discapacidad y centros y servicios de acondicionamiento y rehabilitación ambulatorios: Son instituciones prestadoras de servicios de salud que desarrollan acciones simultáneas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración ocupacional, en una o más de las disciplinas de Fisiatría, Fonoaudiología, Terapia física, Terapia Ocupacional, Terapia del lenguaje y demás terapias, Sicología y Trabajo Social.

Son de competencia del Sistema de Habilitación los servicios de salud para la habilitación y rehabilitación de la población discapacitada, y los servicios de apoyo a instituciones u organizaciones que desarrollen actividades para el desarrollo de habilidades sociales. Específicamente son servicios o instituciones de competencia del sistema de habilitación:

- Centros y Servicios o Unidades de Rehabilitación: Desarrollan procesos intensivos de Habilitación/Rehabilitación, con apoyo de equipos de profesionales y tecnología apropiada, permitiendo a las personas recuperar y desarrollar, el más alto nivel de independencia funcional en el menor tiempo posible. Obedece a planes individualizados, acordes a las necesidades, intereses y posibilidades de cada persona. Funcionan como centros independientes o como servicios dentro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de segundo y tercer nivel.
- Servicios profesionales independientes: Prestan servicios de Habilitación/Rehabilitación en las diferentes áreas de competencia profesional relacionadas con la rehabilitación: Fisiatría, Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia ocupacional, del lenguaje, otras terapias y Sicología.
- Centros y servicios institucionalizados de protección: Son servicios de cuidado permanente para personas con discapacidad mental o cognitiva en grados severos de dependencia, que carecen de red familiar o social de apoyo. Se caracterizan por ofrecer programas terapéuticos de mantenimiento y de protección (salud, vivienda, alimentación, recreación, etc.) en actividades de la vida diaria. El Sistema Único de Habilitación se centrará en los programas de salud de estas instituciones.
- Centros día: Proveen servicios externos o ambulatorios de Habilitación/Rehabilitación, en un contexto colectivo o de grupo, funcionan en promedio 8 horas diarias, con la participación activa de la familia y la comunidad. Los usuarios desarrollan actividades de autocuidado, socialización, ocupación y de autorrealización, dirigidas por equipos de profesionales. Proveen una alternativa de cuidado y mantenimiento para adultos mayores con discapacidad que requieran este servicio o para usuarios con discapacidad cognitiva o mental en grados moderados o severos.
- Centros y servicios de cuidados intermedios: Ofrecen servicios institucionalizados a personas con discapacidad severa, en condiciones de dependencia en las actividades de la vida diaria y que requieren cuidados especiales. El objetivo de estos centros es proveer cuidados básicos, mantener funciones y prevenir el deterioro
- Servicios domiciliarios: Es un servicio de Asesoría que se realiza en el lugar de residencia a la persona con discapacidad y su familia quien puede encontrarse o no en procesos de Habilitación/Rehabilitación institucional. Orienta a la persona y su familia en la búsqueda de un desempeño funcional óptimo en el hogar y en su ambiente comunitario. Será de competencia del

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Sistema Único de Habilitación solamente aquel prestado por profesionales de salud.

Son competencia de habilitación los servicios de apoyo de profesionales de la salud a las instituciones para el desarrollo de habilidades sociales orientadas a preparar al individuo con discapacidad para su integración en el medio socio ocupacional; desarrollar acciones que orienten a la sociedad en esta labor y apoyen a los diferentes sectores para el cumplimiento de sus responsabilidades frente a esta. Concretamente el sistema de habilitación solo es competente para el apoyo de los profesionales de la salud a:

- Centros educativos integradores: Atienden usuarios con necesidades educativas especiales y para ello incorporan en el Plan Educativo Institucional los principios expresados en el Decreto 2082 de 1996 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, para la atención educativa de la población con limitaciones o capacidades excepcionales. Ajustan su propuesta curricular en función de las necesidades educativas especiales, proporcionando los recursos humanos, tecnológicos y materiales necesarios para ejecutar este propósito. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.
- Centros formativos integradores: Son instituciones que ofrecen la oportunidad a personas con discapacidad de participar en procesos de formación técnica, tecnológica o profesional en igualdad de condiciones. Estos centros realizan ajustes a la infraestructura y a la tecnología con el fin de proveer la accesibilidad al espacio físico y la información. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.
- Centros de educación especial: ofrecen servicios especializados de apoyo educativo y terapéutico, a personas con discapacidad cognitiva moderada o severa en etapa escolar. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.
- Centros comunitarios: Apoyan la integración de las personas con discapacidad facilitando su participación en las actividades familiares, comunitarias y sociales. Promueven la formación de líderes y la gestación de proyectos de las personas con discapacidad y su comunidad. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.
- Centros de vida independiente: Proponen reorganizar los derechos de los ciudadanos con discapacidad para tomar el control de sus propias vidas realizando cambios y tomando decisiones. Las personas con discapacidad son expertas en conocimientos sobre sus necesidades y pueden encontrar soluciones a sus problemas. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.

Centros y servicios de acondicionamiento y preparación física (CAPF).

Son establecimientos que prestarán un servicio médico con acciones de protección, prevención, recuperación, rehabilitación, control, y demás actividades relacionadas con las condiciones físicas, corporales y de salud de todo ser humano, a través de la recreación, el deporte, la terapia y otros servicios fijados por autoridades competentes y debidamente autorizados, orientados por profesionales en la salud, que coordinarían a licenciados en educación física, tecnológicos deportivos y demás personas afines que consideren que el tratamiento o rehabilitación de la persona (s) se realice en los CAPF.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Son competencia del sistema de habilitación los servicios de salud de los CAPF que requieren la intervención de un profesional en salud, es decir los servicios de protección, prevención, recuperación, rehabilitación, control de la salud de los usuarios de los centros. Especialmente serán competencia del sistema de habilitación los procesos, procedimientos y actividades de valoración diagnóstico de los usuarios de los CAPF y los procesos, procedimientos y actividades de evaluación y seguimiento durante las intervenciones de acondicionamiento y preparación física.

El diseño y la implementación de las intervenciones de acondicionamiento y preparación física serán coordinadas por licenciados en educación física, tecnológicos deportivos y demás personas afines. La autorización y control de los CAPF serán autorizados y controlados por los entes deportivos municipales y distritales de conformidad con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 729 DE 2001 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Cirugía ambulatoria. Servicio destinado a la realización de procedimientos e intervenciones quirúrgicas ambulatorias que requieren total asepsia, se realizan en salas quirúrgicas, pero que no requieren de internación del paciente. Pueden ser generales o exclusivos para las diferentes especialidades.

Consulta prioritaria. Servicio de consulta externa, orientado a atender patologías de baja complejidad que requieren ser atendidos de manera prioritaria y de libre acceso por los usuarios. No requiere acceso permanente. Incluye una o varias de las siguientes actividades:

Consulta de medicina general.

Consulta de odontología general.

Consulta de enfermería.

Sala de procedimientos menores, Terapia respiratoria y/o aplicación de micronebulizaciones, Rehidratación oral.

Se restringen en este servicio las actividades de observación para definición de conductas y las que requieran internación.

Estándar. Declaración que define las expectativa de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en una institución o servicio para mejorar la calidad en la atención.

Para efectos del glosario en el Sistema Único de Habilitación se abordan de la siguiente manera:

Estándares de recursos humanos:

- Ppermanencia o presencialidad: Estancia constante en un mismo servicio, durante el tiempo que se oferte y preste el servicio.
- Disponibilidad: Personal que no está en servicio activo permanente, pero debe responder cuando se solicita por llamada, garantizando oportunidad en la atención.
- Exclusividad: Personal que no puede ser compartido con otros servicios.
- Entrenamiento certificado: Corresponde a la educación informal, es decir las actividades de formación que no requieren ser desarrolladas necesariamente por instituciones educativas; no requieren ser autorizadas, ni implican título profesional expedido por institución educativa autorizada por el Ministerio de Educación. Es válido el entrenamiento impartido por las instituciones de salud mediante programas de educación continuada, con certificación expedida por la misma institución o por las instituciones educativas si hubiese

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

disponibilidad. El entrenamiento certificado no es homologable ni sustituible con experiencia.

- Personal en Entrenamiento: Corresponde al recurso humano que realiza actividades asistenciales pero que aún no ha sido titulado o certificado. Este personal, si bien atiende pacientes, debe realizarlo bajo supervisión de personal legalmente autorizado para el ejercicio profesional. Para este efecto, se debe definir formalmente y difundir entre el personal de la institución, un procedimiento que establezca la supervisión del personal en entrenamiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Los Profesionales De Salud En Servicio Social Obligatorio, no son personal en entrenamiento; son profesionales titulados que cumplen con una obligación legal.
- Auxiliares en las áreas de la salud: Se considera como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Administrativo en Salud. Su aplicación deberá ajustarse a las denominaciones, perfiles ocupacionales y de formación y en los plazos establecidos en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

Estándares de Infraestructura:

- Áreas delimitadas: Tiene barreras físicas fijas o móviles entre espacios.
- Áreas Separadas: No tienen necesariamente barreras físicas entre los espacios.
- Disponibilidad: Significa que se cuenta con el recurso mencionado en el servicio, en el momento en que se necesite.
- Exclusivo: No se presta otro servicio de forma simultánea en la misma área.
- Independiente: Espacios separados dentro de un área, que pueden o no tener divisiones para dicha separación.

Estándares de Procesos Prioritarios Asistenciales:

- Proceso en salud: Es el conjunto de actividades que se realizan a una persona o un insumo biológico específico, con el fin de transformarlo, obteniendo como resultado un servicio o un producto.
- Procedimiento en Salud: es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto.
- Guía clínica de atención: es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia.
- Protocolo: es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones sólo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Estándares de Interdependencia de Servicios:

- **Dispone:** Es la existencia obligatoria de un servicio dentro de la IPS, que debe funcionar 24 horas, sin importar si el servicio es propio o contratado.
- **Disponibilidad:** Es la posibilidad de tener o contratar un servicio, que puede funcionar o no, por fuera de la IPS.

Los servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo, podrán ser dependientes o independientes del prestador que ofrece el servicio principal declarado. En caso de ser independiente, debe mediar un contrato explícito y documentado entre las dos instituciones y un acuerdo explícito interinstitucional de los servicios o productos en los que el servicio de apoyo soporta el servicio principal declarado y los procedimientos para la atención de los pacientes y los tiempos de obtención de los productos.

El servicio de apoyo Diagnóstico y/o Terapéutico podrá estar localizado dentro o fuera de las instalaciones del prestador que ofrece el servicio principal declarado, salvo que la tabla de detalle por servicios del presente estándar especifique lo contrario.

Estándares de Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios.

- **Mortalidad General Hospitalaria:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en servicios hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles de mortalidad, análisis de las tendencias generales específicas de mortalidad, análisis causales, análisis de mortalidad evitable, entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de mortalidad hospitalaria que relaciona el número de defunciones de pacientes hospitalizados, con el total de egresos hospitalarios.
- **Mortalidad Materna:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las muertes maternas. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles de mortalidad materna, análisis de las tendencias generales específicas de mortalidad, análisis causales, análisis de mortalidad evitable entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de mortalidad obstétrica o materna que relaciona el número de defunciones de pacientes obstétricas hospitalizadas, con el total de nacidos vivos.
- **Mortalidad Perinatal:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las muertes fetales y del recién nacido que ocurre entre las 22 semanas de gestación y los 7 días después del nacimiento. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles de mortalidad, análisis de las tendencias generales específicas de mortalidad, análisis causales, análisis de mortalidad evitable entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de mortalidad perinatal que relaciona el número de defunciones perinatales con un total de nacidos vivos.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

- **Mortalidad Quirúrgica:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en cirugía programada. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles de mortalidad, análisis de las tendencias generales específicas de mortalidad, análisis causales, análisis de mortalidad evitable entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de muertos en cirugías programadas que relaciona el número de defunciones de pacientes en cirugías programadas, con el total de procedimientos quirúrgicos programados.
- **Mortalidad en Urgencias:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en el servicio de urgencias. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de mortalidad en urgencias que relaciona el número de defunciones en las primeras 24 horas de pacientes atendidos en urgencias, con el número total de pacientes atendidos en urgencias.
- **Infecciones Intrahospitalarias:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las infecciones de los pacientes en servicios hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis para servicios, por germen, por tipos de procedimiento, por tiempos de estancia entre otros. Para el Sistema Único de Habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de infecciones intrahospitalarias que relaciona el número de infecciones de pacientes hospitalizados, con el total de egresos hospitalarios.
- **Infecciones Quirúrgicas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las infecciones de los pacientes en servicios quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis para cada servicio, por germen, por tipos de procedimiento, por tiempos de estancia entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de las infecciones quirúrgicas que relaciona el número de infecciones en pacientes quirúrgicos, con el total de procedimientos quirúrgicos.
- **Complicaciones Quirúrgicas Inmediatas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones de los pacientes quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles por causa, por tipo de complicaciones, por severidad, por tiempo (intraoperatorio, postoperatorio inmediato, mediato). Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de complicaciones quirúrgicas que relaciona el número de pacientes con complicaciones quirúrgicas, con el total de procedimientos quirúrgicos.
- **Complicaciones Anestésicas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones anestésicas de los pacientes en servicios quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis por causa, por tipo de complicación, por turnos, por tipo de procedimiento, por tiempo de anestesia, por severidad entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de complicaciones anestésicas que relaciona el número de pacientes con complicaciones anestésicas, con el total de procedimientos quirúrgicos.

- **Complicaciones Terapéuticas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones terapéuticas de los pacientes en servicios ambulatorios y hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de las complicaciones por tipo de procedimiento, por servicio, por severidad, por tipo de complicación, entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de complicaciones terapéuticas medicamentosas y transfusionales que se describen a continuación:
 - **Complicaciones Medicamentosas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones por administración de medicamentos a los pacientes en servicios hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de farmacología, errores en medicación, servicios, tipos de medicamento, entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de complicaciones por medicamentos hospitalarios que relaciona el número de pacientes con complicaciones secundarias a la administración de medicamentos hospitalarios con el total de egresos hospitalarios.
 - **Complicaciones Transfusionales:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones transfusionales de los pacientes en servicios hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de severidad, tipo de hemoderivado, tipo de complicación entre otros. Para habilitación, serán válidos cualquiera de los análisis anteriores u otros que la institución defina relacionados con el tema. En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de la tasa de complicaciones transfusionales que relaciona el número de complicaciones secundarias a transfusión de pacientes hospitalizados, con el total de unidades transfundidas.
- **Promoción y prevención:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para el seguimiento de los indicadores de notificación obligatoria. Para habilitación, En ausencia de otros análisis, como mínimo debe realizar el análisis de los casos reportados en las patologías de notificación obligatoria.

Servicios. Recurso humano y estructura de una organización de salud destinados a satisfacer las necesidades de cuidado y atención de sus usuarios. Para efectos del glosario en el Sistema Único de Habilitación se abordan de la siguiente manera:

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

- **Servicios de Radioterapia:**

- Dosimetría y control de calidad.

Disimetría física: Es la calibración de haces de radiación y fuentes radiactivas, levantamiento de datos dosimétricos para cálculos de tiempos de tratamiento o de unidad de monitor.

Control de calidad: Son los controles periódicos de los diferentes parámetros de funcionamiento de los sistemas de simulación, de adquisición de imágenes, de cálculo de dosis, de medida de radiación y de las unidades de tratamiento, para comprobar que su desempeño se mantiene dentro de ciertos límites de tolerancia, en relación con los valores definidos como línea de base obtenidas durante la puesta en servicio.

Disimetría clínica: Planeación de tratamientos de pacientes en sistemas computarizados, cálculo de tiempo de tratamiento o unidades monitor y evaluación con el médico de opciones de tratamiento y de los planes de tratamiento elaborados, seguimiento de la verificación y registro del tratamiento.

- Físico médico: Profesional con postgrado en física médica, física radiológica médica o radio física médica, con práctica hospitalaria en radioterapia mínimo de un año de tiempo completo, bajo la supervisión de un físico médico.
- Tecnólogo de radioterapia: personas con un diploma de nivel universitario intermedio de Tecnólogo en Radioterapia.

- **Servicios Ambulatorios:**

- Hospital Día. Es el servicio en el cual se desarrollan actividades hospitalarias con estancia que excluyen la pernoctación del paciente en la institución. Se excluyen los servicios de observación de urgencias.
- Hospitalización Domiciliaria: El traslado al hogar del paciente, el personal, los servicios y la tecnología necesarios para su recuperación o tratamiento en igual cantidad y calidad que en el hospital, propiciando la participación activa del paciente y su familia en el proceso terapéutico.
- Imágenes diagnósticas. Es el servicio basado en la obtención de imágenes de utilidad médica para efectos diagnósticos y terapéuticos mediante la utilización de ondas del espectro electromagnético y de otras fuentes de energía, con el objeto de producir diagnósticos y realizar procedimientos terapéuticos óptimos, todo con fundamento en un método científico, académico e investigativo.
- Laboratorio clínico: Establecimiento o Servicio en el cual se realizan los procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades. Un servicio de laboratorio clínico independiente o dependiente puede comportarse como un servicio de toma de muestras cuando remite muestras a un laboratorio de referencia para el procesamiento de muestras de exámenes que no realice, caso en el cual debe registrar el servicio de toma de muestras y cumplir con los requisitos exigidos para el servicio de toma de muestras. Se clasificarán en bajo,

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

mediano y alto grado de complejidad, de acuerdo con el nivel de especialización de las pruebas, exámenes y procedimientos que se realicen, el recurso humano, administrativo, de infraestructura física y tecnológica del que dispongan. Laboratorio dependiente: Es aquél que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero, constituye una unidad integral con la institución a la cual pertenece. Laboratorio independiente: Es aquel que ostenta patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera y cuenta con una dirección y orientación autónoma, prestando sus servicios al público en general o a la Institución que lo solicite.

- Servicio de odontología. Es el servicio que utiliza medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterios de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, las secuelas de los mismos a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.
- Servicio de toma de muestras: Es aquél que cuenta con los recursos técnicos y humanos apropiados destinados exclusivamente a la toma de muestras y/o productos biológicos que serán remitidos a los laboratorios clínicos de diferentes grados de complejidad, dependan o no legal, técnica, científica y administrativamente de un laboratorio clínico, con el fin de aumentar la accesibilidad y oportunidad a los usuarios que requieren exámenes clínicos, cumpliendo de manera profesional y ética con las normas y procedimientos para la remisión y traslado de muestras y/o pacientes. Estos servicios de toma de muestra deben estar claramente identificados con el nombre del laboratorio del cual dependan o identificar el laboratorio con el que mantengan convenio o contrato; cuando sean prestados en lugares diferentes a la localización del laboratorio clínico serán registrados como sedes del laboratorio clínico del cual dependen,
- Servicio de urgencia. Es la unidad que presta servicios las 24 horas en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de la Protección Social para esa unidad.
- Servicio dependiente: Es aquél que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo, laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero, constituye una unidad integral con la institución a la cual pertenece.
- Servicio independiente: Son los servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico que ostentan patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera y cuentan con una dirección y orientación autónoma, prestando sus servicios al público en general o a la Institución que lo solicite. El servicio podrá estar localizado dentro o fuera de las instalaciones de un prestador, salvo que la tabla de detalle por servicios especifique lo contrario.
- Servicios de estética. Son servicios que requieren la intervención de un profesional de la medicina, en los cuales se realizan procedimientos con fines estéticos dirigidos al mejoramiento de la imagen corporal. Incluye los servicios en los que se realicen los siguientes tipos de procedimientos:
 Procedimientos que impliquen solución de continuidad de la piel.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Procedimientos que impliquen la inoculación de cualquier sustancia intradérmica, subcutánea o parenteral.

Procedimientos que impliquen la formulación de cualquier principio activo farmacológico parenteral, oral o tópico.

Procedimientos, técnicas o actividades con finalidad terapéutica, intervenciones quirúrgicas, procedimientos invasivos, implantes o preparaciones cosméticas.

- Servicios farmacéuticos ambulatorios. Servicio en una institución prestadora de servicios de salud, destinado al almacenamiento, conservación, distribución, dispensación y control de medicamentos e insumos para la salud, para el tratamiento ambulatorio de los pacientes.
- Terapias alternativas. Son los servicios que desarrollan actividades, procedimientos e intervenciones en las cuales se aplican el conjunto de conocimientos y procedimientos terapéuticos, empleados para la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico de la enfermedad, tratamiento y la rehabilitación de los enfermos, derivados de algunas culturas médicas existentes en el mundo, que han alcanzado un desarrollo científico, en el marco de una salud integral y considerando al ser humano como una unidad esencial constituida por cuerpo, mente y energía. Incluye:
 - Bioenergética: Es el conjunto de conocimientos y procedimientos médicos que interpretan y estudian a los seres humanos como una organización de energías biológicas (Bioenergías), que permiten diagnosticar y tratar las alteraciones y regulación de estas. Todos los modelos terapéuticos considerados dentro de la medicina Bioenergética propician un proceso de autocuración reorientando y reorganizando la red de circuitos energéticos del organismo.
 - Homeopatía y sus modalidades: Es un sistema que cimentado en leyes naturales y aplicando una metodología científica, propone un método terapéutico basado en la ley de la similitud (similia similibus curentur), según la cual es posible tratar un enfermo administrándole información energética obtenida a partir de sustancias que producen síntomas semejantes a los del enfermo.
 - Acupuntura y procedimientos asociados: Consiste en la regulación de la corriente energética dentro de un sistema de circulación en el cuerpo, mediante la estimulación con agujas, calor, electricidad, sustancias químicas, naturales y sintéticas de determinados puntos de la piel, con el fin de prevenir, curar, aliviar las enfermedades o síntomas y rehabilitar a la persona.
 - Terapia neural: Método terapéutico que fundamenta su acción terapéutica en la estabilización de las membranas celulares mediante la utilización de microdosis de anestésicos locales aplicados en sitios específicos del organismo.
 - Terapia con filtros: Es una terapéutica basada en el manejo de la información electromagnética contenida en el campo energético que rodea al ser humano, el cual conecta con los procesos fisiológicos del organismo. Al incidir sobre ese campo electromagnético, por el fenómeno fotoeléctrico de los filtros

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

se puede reorganizar los procesos físicos, emocionales y mentales del individuo hacia la normalidad.

- Terapias manuales: Terapias aplicadas con las manos fundamentadas en que el cuerpo es un organismo vital donde la estructura y la función están coordinadas; la terapia actúa para producir efectos reordenadores y reguladores.
- Unidad de Medicina Reproductiva. Servicio orientado a realizar las acciones dirigidas a recuperar la capacidad de procreación. Incluye una o varias de las siguientes actividades:
 - Consulta de fertilidad
 - Consulta de Ginecología
 - Consulta Urología
 - Laboratorio clínico
 - Consulta de enfermería
 - Imagenología y ultrasonido
 - Cirugía ambulatoria

Se excluye del sistema de habilitación, los laboratorios de genética, y el banco de semen, cuya vigilancia y control corresponde al INVIMA

Procedimientos:

- Procedimiento invasivo: Es aquel procedimiento realizado por un profesional de la medicina o de enfermería en el cual el cuerpo es intervenido química y/o mecánicamente o mediante inyecciones intradérmicas y/o subcutáneas, o se introduce un tubo o un dispositivo médico.
- Procedimientos menores: Se trata de procedimientos quirúrgicos o no, que como criterios generales, si requieren anestesia no conllevan a una complejidad mayor a la anestesia local, nunca implican anestesia regional ni general, y son ambulatorios (no requiere hospitalización ni áreas de recuperación).
- Procedimientos mínimos: Se trata de procedimientos ambulatorios no quirúrgicos que como criterios generales; si requieren anestesia no conlleva una complejidad mayor a la anestesia tópica. Nunca se realizan intervenciones que impliquen solución de continuidad de la piel.
- Salas de procedimientos menores: Es el área dependiente de un servicio hospitalario, de un servicio de urgencias o de un servicio de consulta externa destinada a la realización de procedimientos menores que no pueden ser realizados en los consultorios y no requieren áreas quirúrgicas. No constituyen por si mismo un servicio y no pueden ser declarados como un prestador independiente salvo en el caso de consultorios en los que se realicen procedimientos. Cuando un prestador, realice procedimientos con las características descritas en la presente definición, deberá declarar este servicio y contar con la sala de procedimientos según los tipos que se describen a continuación:
 - Sala de reanimación. Es el área destinada a la realización de procedimientos dirigidos a la recuperación de parámetros mínimos compatibles con la vida de pacientes en la atención inicial de urgencias. Es un área dependiente de un servicio de urgencias o de unidades de cuidados especiales (cuidado intensivo o intermedio, unidades de quemados), con el

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

soporte de los servicios hospitalarios. No puede ser dependiente de un servicio de consulta externa.

- Sala general de procedimientos menores: Es un área semiaséptica, dependiente de un servicio hospitalario, de un servicio de urgencias o de un servicio de consulta externa destinada a la realización de procedimientos menores. Cuando se trate de una sala dependiente de consulta externa no podrá ser utilizada en la prestación de actividades o procedimientos de un servicio de urgencias.
- Sala de rehidratación oral. Es el área limpia dependiente de un servicio hospitalario, de un servicio de urgencias o de un servicio de consulta externa destinada exclusivamente para el manejo de rehidratación oral de pacientes pediátricos. Excluye la hidratación parenteral.
- Sala ERA. Es el área limpia de un servicio hospitalario, de un servicio de urgencias o de un servicio de consulta externa, destinada al soporte del manejo ambulatorio de pacientes pediátricos con enfermedad respiratoria alta. Excluye la atención de pacientes que requieren manejo hospitalario.
- Sala de yesos. Es un área limpia de un servicio hospitalario, de un servicio de urgencias o de un servicio de consulta externa, para la postura o retiro de yesos. En las salas dependientes de consulta externa excluye el manejo de fracturas abiertas, y de pacientes que requieran anestesia regional o general o atención hospitalaria o quirúrgica.
- Áreas de procedimientos mínimos o consultorios en los que se realicen procedimientos. Es un consultorio de enfermería, de terapias, de medicina general o de medicina especializada o un área limpia en la que se realizan procedimientos mínimos.

Soporte Vital Básico. Se define como la atención no invasiva que se hace a un paciente y que debe incluir la valoración primaria, manejo ventilatorio básico de la vía aérea, oxigenoterapia, la desfibrilación automatizada externa, la contención de hemorragias, la inmovilización y el traslado de pacientes.

Soporte Vital Avanzado. Se define como la atención invasiva y no invasiva que se hace a un paciente y que debe incluir valoración primaria y secundaria, manejo ventilatorio básico y avanzado de la vía aérea, oxigenoterapia, la desfibrilación automatizada externa, reconocimiento electrocardiográfico, la contención de hemorragias, la inmovilización, el traslado de pacientes la reposición de volumen y administración de medicamentos

Urgencia. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

6. CRITERIOS DE HABILITACIÓN COMPLEMENTARIOS AL MANUAL ÚNICO DE ESTANDARES Y VERIFICACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON PROGRAMAS DE TRASPLANTE DE COMPONENTES ANATÓMICOS.

REQUISITOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA REALIZAR TRASPLANTE RENAL

RECURSO HUMANO

La Institución Prestadora de Servicios de Salud que preste el servicio de trasplante renal debe contar como mínimo con:

Nefrólogo:

Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización debe acreditar experiencia o entrenamiento certificado mínimo de seis (6) meses en trasplante renal y haber participado en el seguimiento de mínimo treinta (30) pacientes en los últimos dos (2) años, así como haber participado como observador en mínimo cinco (5) rescates de riñón y cinco (5) trasplantes renales. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor de seis (6) meses certificado en una institución que realice trasplante renal, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o Universidad extranjera.
- Para trasplante renal pediátrico el nefrólogo, debe acreditar experiencia, entrenamiento certificado o entrenamiento formal en nefrología pediátrica. debe acreditar experiencia o entrenamiento certificado mínimo de seis (6) meses en trasplante renal y haber participado en el seguimiento de mínimo quince (15) pacientes pediátricos en un período no mayor a dos (2) años, así como haber participado como observador en mínimo cinco (5) rescates de riñón y cinco (5) trasplantes renales. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,

Primer Cirujano General o Urólogo:

Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano mínimo veinte (20) trasplantes renales y participar en veinte (20) rescates de riñón en los últimos dos (2) años. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

- Entrenamiento formal no menor a un (1) año certificado en una institución que realice trasplante renal, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Segundo Cirujano General o Urólogo:

Debe certificar el siguiente requisito:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano o ayudante mínimo quince (15) trasplantes renales y participar en quince (15) rescates de riñón en los últimos dos (2) años. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor a un (1) año certificado en una institución que realice trasplante renal, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

REQUISITOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA REALIZAR TRASPLANTE DE HIGADO

RECURSO HUMANO

La institución Prestadora de Servicios de Salud que preste el servicio de trasplante de hígado debe contar como mínimo con:

Gastroenterólogo o Hepatólogo: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización acreditar experiencia o entrenamiento certificado mínimo de doce (12) meses en trasplante hepático y durante este tiempo haber participado en el seguimiento de mínimo veinte (20) pacientes con trasplante hepático, así como haber participado como observador en mínimo cinco (5) rescates y cinco (5) trasplantes de hígado en los últimos dos (2) años. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor de doce (12) meses certificado en una institución que realice trasplante de hígado, acreditada por Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Para trasplante de hígado pediátrico el gastroenterólogo o hepatólogo, adicional a los requisitos anteriores, debe acreditar experiencia o entrenamiento certificado o entrenamiento formal en gastroenterología pediátrica.

Primer Cirujano General: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano mínimo veinte (20) trasplantes hepáticos y participar en quince (15) rescates de hígado en los últimos dos (2)

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

años. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,

- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses, certificado en una institución que realice trasplante hepático, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Segundo Cirujano General Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano o ayudante mínimo diez (10) trasplantes hepáticos y participar en diez (10) rescates de hígado en los últimos dos (2) años. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses, certificado en una institución que realice trasplante hepático, acreditada por Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Anestesiólogo: Debe certificar el siguiente requisito:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber participado mínimo en quince (15) trasplantes hepáticos. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos.

REQUISITOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA REALIZAR TRASPLANTE DE CORAZON

RECURSO HUMANO

La institución Prestadora de Servicios de Salud que preste el servicio de trasplante cardiaco debe contar como mínimo con:

Cardiólogo: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización acreditar experiencia o entrenamiento certificado mínimo de doce (12) meses en trasplante cardiaco y durante este tiempo haber participado en el seguimiento de mínimo quince (15) pacientes con trasplante cardíaco, así como haber participado como observador en mínimo cinco (5) rescates y cinco (5) trasplantes de corazón, en los dos (2) últimos años. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses, certificado en una institución de trasplante cardiaco, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Para trasplante cardiaco pediátrico el cardiólogo, adicional a los requisitos anteriores, debe acreditar experiencia o entrenamiento certificado o entrenamiento formal en cardiología pediátrica.

Primer Cirujano Cardiovascular: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano un mínimo de diez (10) trasplantes cardiacos, y haber participado mínimo en quince (15) rescates de corazón, en los dos (2) últimos años. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o
- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses, certificado en una institución de trasplante cardiaco, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Segundo Cirujano Cardiovascular Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano o ayudante un mínimo de siete (7) trasplantes cardiacos, y haber participado mínimo en siete (7) rescates de corazón, en los dos (2) últimos años. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o
- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses, certificado en una institución de trasplante cardiaco, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Anestesiólogo: Debe certificar el siguiente requisito

- Con posterioridad a la finalización de su especialización acreditar una experiencia o entrenamiento certificado de doce (12) doce meses en anestesia cardiovascular. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos.

REQUISITOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA REALIZAR TRASPLANTE DE PULMÓN

RECURSO HUMANO

La institución Prestadora de Servicios de Salud que preste el servicio de trasplante de pulmón debe contar como mínimo con:

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Neumólogo: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización acreditar experiencia o entrenamiento certificado mínimo de doce (12) meses en trasplante de pulmón y haber participado en el seguimiento de mínimo diez (10) pacientes con trasplante de pulmón, así como haber participado como observador en mínimo cinco (5) rescates y cinco (5) trasplantes de pulmón. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor a seis (6) meses, certificado en una institución de trasplante de pulmón, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Cirujano Cardiovascular: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano un mínimo de diez (10) trasplantes pulmonares, y haber participado mínimo en diez (10) rescates de pulmón. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses, certificado en una institución de trasplante de pulmón, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Cirujano de Tórax: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano un mínimo de diez (10) trasplantes pulmonares, y haber participado mínimo en diez (10) rescates de pulmón. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses, certificado en una institución de trasplante de pulmón, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Anestesiólogo: Debe certificar el siguiente requisito

- Con posterioridad a la finalización de su especialización acreditar una experiencia o entrenamiento certificado de seis (6) meses en anestesia cardiovascular y haber participado en cinco (5) anestias para trasplante de pulmón. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

REQUISITOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA REALIZAR TRASPLANTE DE PANCREAS Y/O RIÑÓN-PANCREAS

RECURSO HUMANO

La institución Prestadora de Servicios de Salud que preste el servicio de trasplante de páncreas debe contar como mínimo con:

Nefrólogo: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Además de los requisitos exigidos en el trasplante de riñón, debe acreditar, experiencia mínima de tres (3) meses en un programa de trasplante de páncreas. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor de seis (6) meses certificado en una institución que realice trasplante de riñón - páncreas, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

Cirujano General: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización haber realizado como primer cirujano un mínimo de cinco (5) trasplantes de páncreas, y participar en al menos ocho (8) rescates de páncreas. Lo anterior se acredita como entrenamiento certificado o experiencia. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses certificado en una institución de trasplante renal, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

REQUISITOS ESPECIFICOS MINIMOS PARA REALIZAR TRASPLANTE DE CORNEA

RECURSO HUMANO

La institución Prestadora de Servicios de Salud que preste el servicio de trasplante de corneas debe contar como mínimo con:

Oftalmólogo: Debe certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Con posterioridad a la finalización de su especialización acreditar experiencia o entrenamiento certificado mínimo de doce (12) meses en cirugía del segmento anterior del ojo y haber participado como cirujano en mínimo diez (10) trasplantes de córnea en los últimos dos (2) años.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,

- Entrenamiento formal no menor a doce (12) meses certificado en una institución de trasplante de córnea, acreditada por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera.

MEDICO COORDINADOR OPERATIVO DE TRASPLANTES

La Institución Prestadora de Servicios de Salud que preste el servicio de trasplante debe contar con médicos coordinadores operativos de trasplante, los cuales deben certificar alguno de los siguientes requisitos:

- Experiencia o entrenamiento certificado mínimo de seis (6) meses en coordinación de trasplantes, durante este periodo de tiempo haber participado en quince (15) procesos de gestión operativa de la donación y haber participado como observador en mínimo un (1) trasplante de riñón o hígado o corazón. Se debe anexar carta del director del programa de entrenamiento o de la IPS que certifique el cumplimiento de los anteriores requisitos, o,
- Entrenamiento formal en coordinación de trasplantes certificado por una institución de trasplante, acreditado por una Institución de Educación Superior nacional o universidad extranjera, certificado por la Coordinación Nacional de Trasplantes.

El Ministerio de la Protección Social será el encargado de establecer los estándares para todos aquellos procedimientos nuevos en trasplante que no se encuentren contemplados en la presente norma y requieran un recurso humano entrenado específicamente para dicho componente anatómico.

7. DISTINTIVO DE HABILITACION

Objeto:

El Distintivo de Habilitación es un símbolo dirigido a los usuarios que garantiza que el prestador está inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la entidad territorial correspondiente y es objeto de verificación para obtener el certificado de habilitación. Está destinado a fortalecer la capacidad que tiene el ciudadano de exigir el respeto por sus derechos asociados con la calidad de los servicios de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y, en especial, del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Igualmente, constituye la garantía que otorga la entidad territorial de que el servicio que tenga el Distintivo exhibido, cumple las condiciones de habilitación y un mecanismo para que el usuario fortalezca su capacidad de control sobre la oferta.

Como emblema a ser fijado en el sitio de atención, es parte de una estrategia integral de información a los usuarios del Sistema, dirigida a la masificación y apropiamiento por parte de los usuarios del concepto de calidad y seguridad en

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

la atención. Dicha campaña integral incluye medios masivos de comunicación, como radio, televisión e Internet, así como la participación de las entidades territoriales y los organismos de control, las EAPB e incluso los mismos prestadores de servicios como veedores de la calidad y la sana competencia por calidad.

Deberes de los actores frente al Distintivo de Habilitación y condiciones de uso:

El Ministerio de la Protección Social proveerá por una sola vez los Distintivos al servicio que requiera la **renovación** del Registro Especial de Prestadores con base en los servicios habilitados al momento de la inscripción o renovación de la habilitación.

Las entidades territoriales y distritales recibirán los Distintivos que le atañan y un disco compacto con el mecanismo para diligenciar los campos correspondientes con base en las renovaciones del Registro y las nuevas inscripciones de servicios que reciba. Al momento de entregar los soportes de la habilitación de el o los servicios habilitados entregará igualmente el o los Distintivos de Habilitación diligenciados de forma específica para cada prestador y sus servicios habilitados, con la instrucción de su buen uso conforme se especifica en esta norma. En caso de evidenciarse que un determinado servicio no cumple con cualquiera de las condiciones de habilitación definidas en la normatividad, deberá retirar inmediatamente el Distintivo de habilitación y solamente lo podrá reexpedir cuando verifique que dichas condiciones mínimas se han restablecido.

Cada prestador de servicios de salud, una vez recibido el Distintivo, deberá fijarlo (sin laminar) en lugar visible al público y cerca al acceso del servicio específico que se encuentra habilitado. En caso de revocarse la habilitación durante la verificación, la dirección territorial o distrital retirará el Distintivo de Habilitación, sin menoscabo de las demás acciones que procedan para el efecto.

Obligaciones:

El prestador que ostente el Distintivo de Habilitación en un servicio se compromete a:

1. Mantener permanentemente las condiciones de habilitación con que lo obtuvo.
2. Informar a la entidad territorial cualquier novedad respecto al punto anterior y retirar inmediatamente el Distintivo, con el fin de evitar en cualquier caso la prestación de servicios de salud en condiciones inferiores a las definidas por la normatividad específica mientras es exhibido.
3. Fijar el Distintivo de habilitación que le haya sido otorgado en las condiciones previstas en la norma sobre su uso.
4. No adulterar, modificar, laminar o duplicar por cualquier medio del Distintivo de Habilitación velando por su buen estado y conservación.
5. No fijar un facsímil de cualquier naturaleza diferente al original.
6. Promover la información a los usuarios sobre su propósito y significado.

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

7. No fijar el Distintivo en un servicio que no cumple cabalmente con las condiciones de habilitación exigidas.
8. Retirarlo y devolverlo a la entidad territorial en caso de presentar novedad de cierre del servicio correspondiente para la anulación por parte de esta Entidad.

Frente al Distintivo de Habilitación, la entidad territorial se compromete a:

1. Velar por la existencia de las condiciones de habilitación exigidas para cada servicio habilitado que ostente el Distintivo.
2. Atender las quejas, reclamos y cualquier tipo de inquietud que los usuarios manifiesten respecto a servicios de salud que ostenten el distintivo y que en su concepto, no constituyan garantía de calidad en la atención.
3. Verificar diligentemente el cumplimiento de las condiciones de habilitación de los servicios sobre los cuales existe reclamo alguno por parte de los usuarios.
4. Retirar inmediatamente el distintivo de todo servicio que no mantenga las condiciones de habilitación que ameritaron su expedición y autorización de uso.
5. Verificar el restablecimiento pleno de las condiciones de habilitación que ameritaron su retiro en caso de que así haya sido, antes de volverlo a entregar.
6. Promover el uso adecuado del Distintivo de Habilitación y su apropiamiento por parte de los usuarios como mecanismo de fortalecimiento de su participación activa en su autocuidado y el control de la oferta del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. La entidad territorial se encargará de la custodia del distintivo y podrá ser entregado a la misma entidad en caso de reapertura del servicio en un plazo no mayor a un año, posterior a esta fecha o en caso de deterioro podrá ser destruido, dejando constancia escrita de cada situación.

El Ministerio de la Protección Social se compromete a:

1. Divulgar el concepto del Distintivo de Habilitación, sus contenidos, propósitos, alcance y características que garanticen su legitimidad.
2. Expedir y entregar a cada entidad territorial los Distintivos de Habilitación necesarios para la **renovación** o inscripción de nuevos servicios a que obliga la presente norma.
3. Entregar a la entidad territorial un mecanismo para la edición de los distintivos que habrá de expedir.
4. Orientar a los usuarios que lo soliciten sobre el propósito, alcance y mecanismos de control que activa el distintivo de Habilitación.

Costo:

La primera emisión del Distintivo de Habilitación no tendrá costo para la entidad territorial ni el prestador que habilita el servicio. La reexpedición por cualquier motivo, así como los distintivos requeridos con posterioridad al primer envío coincidente con la renovación o inscripción de nuevos servicios que obliga la presente norma, supondrá el cobro del costo de producción del

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

Distintivo por parte de entidad territorial correspondiente y será asumido por el prestador interesado.

Sanciones:

La adulteración, modificación o duplicación por cualquier medio del Distintivo de Habilitación, así como la fijación de un facsímil de cualquier naturaleza diferente al original será causal de revocatoria de la habilitación del servicio si la tuviere o de las sanciones equivalentes a la operación de un servicio sin habilitación en caso contrario, sin menoscabo de las acciones civiles, penales o disciplinarias a que haya lugar por esta conducta fraudulenta.

CARACTERÍSTICAS DEL DISTINTIVO

La base de la estructura será un rectángulo vertical, el cual se divide en 4 bloques, cuyo orden de legibilidad tiene como primer elemento el Escudo de la República de Colombia acompañado del logotipo del Ministerio de la Protección Social. El segundo elemento es el título (en este caso es el nombre del servicio que se habilita en dicha sección, escrito en altas y bajas) seguido del logotipo del servicio de salud habilitado, por último tenemos una franja en donde se ubicarán las Entidades Territoriales a contactar en caso de inquietudes.

En el 2do bloque –título del servicio – la fuente o tipo de letra que se exige para su correcta aplicación es Helvética Bold. Se recomienda la escritura en minúscula, usando solamente la letra inicial de la primera palabra en mayúsculas; en caso de requerir dos (2) o más renglones, se utilizará siempre la justificación centrada. Lo mismo aplica para la franja inferior. Los demás elementos tipográficos del logo se manejarán en curvas.

La aplicación a color del logo SERVICIO DE SALUD HABILITADO debe ser aplicado en color verde cuya referencia en PANTONE es 354 C y cuyo equivalente en C (80) M(O) Y (90) K (0)

Es importante recordar el porcentaje de intensidad de este color. En toda aplicación debe ser del 100%. El azul tiene referencia en PANTONE: 300 C, cuyo equivalente en CMYK es: C (100) M (35)

La aplicación a blanco y negro o a una sola tinta, debe tener como regla fundamental que los elementos que lo conforman deben estar al 100% de su tonalidad y así no generar baja legibilidad o impresión en sus elementos

ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

**APLICACIÓN
COLOR**

La aplicación a color del logo SERVICIO DE SALUD HABILITADO debe ser aplicado en color verde cuya referencia en PANTONE es: 354 C y cuyo equivalente en CMYK es: C(80) M(0) Y(90) K(0). Es importante recordar el porcentaje de intensidad de este color. En toda aplicación debe ser del 100%. El azul tiene referencia en PANTONE : 300 C, cuyo equivalente en CMYK es: C(100) M(35)



Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**Laboratorio
clínico**



SERVICIO DE SALUD HABILITADO

En caso de cualquier inquietud con este servicio comuníquese con la Secretaría de Salud De Valledupar a los teléfonos: 601 485 - 713 671 - 713 673

Línea Gratuita de Atención al Ciudadano: 01 8000-910097

PANTONE: 354 C al 100%

PANTONE: 300C

CMYK: C(80) M(0) Y(90) K(0)

CMYK: C(100) M(44) Y(0) K(0)

**ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006**

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

ESQUEMA BÁSICO DE CONSTRUCCIÓN

La base de la estructura será un rectángulo vertical, el cual se divide en 4 bloques, cuyo orden de legibilidad tiene como primer elemento el Escudo de la República de Colombia acompañado del logotipo del Ministerio de la Protección Social. El segundo elemento es el título (en este caso es el nombre del servicio que se habilita en dicha sección, escrito en altas y bajas) seguido del logotipo del servicio de salud habilitado, por último tenemos una franja en donde se ubicarán las Entidades Territoriales a contactar en caso de inquitudes.

En el 2do bloque - título del servicio - la fuente o tipo de letra que se exige para su correcta aplicación es **Helvetica Bold**. Se recomienda la escritura en minúsculas, usando solamente la letra inicial de la primera palabra en mayúsculas; en caso de requerir dos (2) o más renglones, se utilizará siempre la justificación centrada (ver ejemplo A1). Lo mismo aplica para la franja inferior. Los demás elementos tipográficos del logo se manejarán en curvas.



ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

ALGUNAS APLICACIONES NO PERMITIDAS

La composición de los textos es primordial dentro del diseño de la pieza. Por ello es importante recordar la justificación dentro de los bloques. Los textos deben ir justificados al centro para conservar la armonía de los bloques y ayudar a la legibilidad.

El color también es un factor importante dentro de la composición por eso se muestra aquí la manera incorrecta de utilización, sobre todo del verde. Se debe manejar de acuerdo con los porcentajes establecidos en el Pantone 354 C. A continuación se dirá cómo manejar correctamente estos porcentajes.

La proporción de los elementos que componen el sello se debe respetar, la alteración de estas proporciones afecta la legibilidad en los lugares de exhibición.



Justificación incorrecta



ANEXO TÉCNICO No.2
MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN
DE LA RESOLUCIÓN No. 1043 DE 3 DE ABRIL 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

.....

**APLICACIÓN A
BLANCO Y NEGRO**

La aplicación a blanco y negro o a una sola tinta, debe tener como regla fundamental que los elementos que lo conforman deben estar al 100 % de su tonalidad y así no generar baja legibilidad o imprecisión en sus elementos.

