



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

FORMATO PARA REALIZAR OBSERVACIONES A PROYECTO DE RESOLUCIÓN

“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.”

Tema (debe incluir número de artículo o servicio)	Asunto	Texto original (debe incluir el texto del proyecto de resolución)	Propuesta (Plantee la propuesta de texto que sugiere)	Observación al texto original (Plantee la propuesta de texto que sugiere)
6.2 CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA	Suficiencia Patrimonial y Financiera	<p>Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.</p> <p>Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud se evidencian con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador. En el caso de una IPS nueva se evidencia con los estados financieros de apertura certificados por el revisor fiscal o el contador.</p> <p>Para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar certificados y/o dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.</p> <p>La IPS que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y sea de propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social,</p>	<p>Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS, en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.</p> <p>Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera de la Institución Prestadora de Servicios de Salud se evidencian con los estados financieros certificados por el revisor fiscal o el contador. En el caso de una IPS nueva se evidencia con los estados financieros de apertura certificados por el revisor fiscal o el contador.</p> <p>Para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar certificados y/o dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.</p> <p>La IPS que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y sea de propiedad de una entidad promotora de salud, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social,</p>	<p>El Decreto 780 de 2016 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” del Ministerio de Salud, establece, entre muchos otros asuntos, las reglas que deben cumplir los aseguradores y los prestadores de servicios de salud. Dentro de las reglas que deben cumplir los últimos mencionados (prestadores), se encuentran el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud y el Sistema Único de Habilitación, que tienen como objetivo la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y el establecimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa para prestar un servicio de salud de calidad.</p> <p>Por lo anterior y sin perder de vista el fin último de la regulación que es el goce efectivo del derecho a la salud para todos los habitantes del territorio nacional, se hace necesario el estudio a fondo del Sistema Único de Habilitación como eje de registro, verificación y control del funcionamiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Lo anterior, para alcanzar la sostenibilidad del sistema y brindar seguridad a los usuarios frente a potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.</p> <p>En este sentido, consideramos que resulta prioritario que el Ministerio de Salud, en cumplimiento de sus funciones,</p>



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

		<p>demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.</p> <p>(...)</p> <p>La Institución Prestadoras de Servicios de Salud que al momento de la autoevaluación o de la verificación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, se halle en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio o se encuentre bajo medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar, por la Superintendencia Nacional de Salud, demostrará dichas condiciones una vez culmine el proceso de reestructuración, concordato o intervención respectivamente.</p> <p>La valoración de la suficiencia patrimonial y financiera se establecerá mediante la aplicación de los siguientes indicadores:</p>	<p>demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.</p> <p>(...)</p> <p>La Institución Prestadoras de Servicios de Salud que al momento de la autoevaluación o de la verificación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, se halle en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio o se encuentre bajo medida especial de intervención forzosa administrativa para administrar, por la Superintendencia Nacional de Salud, demostrará dichas condiciones una vez culmine el proceso de reestructuración, concordato o intervención respectivamente.</p> <p>La valoración de la suficiencia patrimonial y financiera se establecerá mediante la aplicación de los siguientes indicadores:</p>	<p>aborde de manera profunda el tema relacionado con la rigurosidad de la verificación de las condiciones que permiten la habilitación de instituciones prestadoras de servicios de salud y profundice en la mejora de la liquidez del sistema, a través del adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como en la mejora de las condiciones de vinculación y ejercicio del talento humano en salud que redunde en la seguridad en la prestación de servicios en salud.</p> <p>El sistema de salud adoptó el modelo de supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo cual abarca la identificación, evaluación y medición, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos en salud, financieros, operativos, entre otros que impactan a las entidades como actores del sistema de salud, entre ellas las IPS.</p> <p>Una de las prioridades que ha mencionado el Ministerio de Salud es mejorar la liquidez, garantizando el adecuado flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del ADRES.</p> <p>Así las cosas, es de gran importancia que dichos Procesos de reconocimiento y pago sean garantizados a favor de los principales actores del SGGG, como lo son el talento humano en salud, pues solo de esta manera se podrá garantizar la calidad, oportunidad y seguridad de la prestación del servicio de salud, a través de indicadores más rigurosos que permitan hacer efectivo la remuneración justa y oportuna al talento humano en salud.</p> <p>El rector del funcionamiento del Sistema de Salud es el Ministerio de Salud y pro lo tanto es el ente regulador de</p>
--	--	---	---	--



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

				<p>las condiciones propias de habilitación que permite el funcionamiento de una IPS dentro del sistema de salud. Por lo tanto no es del resorte de otras autoridades como se ha pretendido señalar, atribuyendo esa responsabilidad a otros entes como el Ministerio de Trabajo.</p> <p>Los criterios para determinar las condiciones de suficiencia financiera corresponde establecerlos al Ministerio para que permita que las entidades de inspección, vigilancia y control como la Superintendencia de Salud o las Secretarías de Salud puedan garantizar el cumplimiento de esa normatividad. La omisión en este deber del Ministerio facilitaría la concreción de riesgos para la calidad y prestación del servicio de salud a la población colombiana y por lo tanto tal omisión podría implicar responsabilidad directa en las condiciones inadecuadas de funcionamiento de IPS dentro del sistema de salud.</p> <p>Es menester resaltar que, de acuerdo con cifras del sector financiero, que son aplicables al sector salud, la probabilidad de pago de las obligaciones vencidas en más de 180 días es del 2%, por lo tanto, el plazo de 360 días que ha establecido el ministerio como uno de los criterios del indicador para determinar las condiciones de suficiencia patrimonial, desconoce la realidad de las dinámicas de las relaciones mercantiles, laborales y civiles con relación al talento humano en salud, y dejarlos de la manera como lo propone el Ministerio, sería ir en contravía de los derechos mínimos que tiene todo trabajador en un Estado Social de Derecho.</p> <p>Lo anterior, tomando en cuenta que si se deja la base del pasivo corriente es posible que tal como está hoy la norma, la sumatoria del indicador dé la posibilidad que las</p>
--	--	--	--	---



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

				<p>IPS operen con la totalidad del pasivo corriente vencido, teniendo en cuenta que es posible que ninguno de los rubros señalados pueden representar el 100% de las obligaciones vencidas, pues, según esta norma una IPS puede adeudar a los prestadores o THS y va poder seguir funcionando.</p> <p>Así mismo, proponemos diferenciar las obligaciones de naturaleza civil, mercantil y laboral. Las obligaciones civiles con el talento humano son aquellas que surgen de la prestación personal del servicio no subordinado que encuentran reglamentación en el código civil colombiano. Estas obligaciones no son consideradas mercantiles en atención a que el numeral 5 del artículo 23 del Código de Comercio, excluye de esta clasificación la prestación de servicios inherentes a las profesiones liberales. Las obligaciones laborales con el talento humano, son aquellas que surgen de una relación laboral subordinada y de aquellas que se derivan de la prestación de un servicio a través de un contrato colectivo sindical. Las obligaciones mercantiles, son aquellas que se encuentran reguladas en el Código de Comercio, por tratarse de la ejecución de un acto considerado mercantil, de un acto ejecutado por un comerciante, o ejecutado para asegurar el cumplimiento de obligaciones comerciales.</p> <p>Así mismo, también proponemos desagregar las obligaciones adeudadas al talento humano de las obligaciones mercantiles, teniendo en cuenta la especificidad de las Instituciones de prestación de servicios de salud, al prestar un servicio tan especial como es la salud.</p> <p>Todas las obligaciones de vinculación del talento humano en salud debieran considerarse pasivo corriente, sin importar forma de contratación, tales como contrato</p>
--	--	--	--	--



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

				<p>laboral, contrato de prestación de servicio y contratos sindicales.</p> <p>Uno de los principales retos del sistema es humanizar la prestación del servicio de salud, empezando por garantizar las condiciones dignas de los profesionales de la salud quienes, al igual que las personas que requieren los servicios ofrecidos por los prestadores, son actores centrales del sistema.</p> <p>Para alcanzar ese objetivo debe iniciarse por garantizar la retribución, suficiente y oportuna, por los servicios prestados por los profesionales, quienes se ven afectados en sus derechos fundamentales por la mora en el pago de los servicios prestados y la forma de contratación, pues muchas veces contratan por OPS u otra forma de contratación cuando en la realidad lo que se da es una contratación laboral con dependencia y subordinación.</p> <p>El talento humano es el eje fundamental para garantizar la prestación del servicio de salud y por lo tanto debe garantizarse su pago por parte de las IPS</p> <p>Así las cosas, reiteramos la urgente necesidad de regular de una manera rigurosa la verificación de las condiciones de habilitación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para propender por un sistema con altos estándares de calidad, seguridad y con un adecuado flujo de recursos para todos los actores del sistema, que nos permita acercarnos al espíritu del Decreto 780 de 2016 a través de la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.</p>
--	--	--	--	---



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

		<p>6.2.1 Patrimonio Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo con la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad con los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas. Patrimonio total ----- x 100 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: En las entidades descentralizadas del orden nacional, territorial y entidades autónomas una de las siguientes cuentas de acuerdo con las disposiciones legales de creación y funcionamiento: · Patrimonio Institucional – Aportes sociales código 3203 del plan general de contabilidad pública. · Patrimonio Institucional – Capital Suscrito y Pagado, código 3204 del plan general de contabilidad pública · Patrimonio Institucional – Capital Fiscal, código 3208 del plan general de contabilidad pública 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. En las entidades privadas el Capital Social, código 31, del Plan Único de Cuentas Hospitalario (PUCH) para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.</p>	<p>6.2.1 Patrimonio Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo con la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad con los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas. Patrimonio total ----- x 100 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: En las entidades descentralizadas del orden nacional, territorial y entidades autónomas una de las siguientes cuentas de acuerdo con las disposiciones legales de creación y funcionamiento: · Patrimonio Institucional – Aportes sociales código 3203 del plan general de contabilidad pública. · Patrimonio Institucional – Capital Suscrito y Pagado, código 3204 del plan general de contabilidad pública · Patrimonio Institucional – Capital Fiscal, código 3208 del plan general de contabilidad pública 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. En las entidades privadas el Capital Social, código 31, del Plan Único de Cuentas Hospitalario (PUCH) para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.</p>	
		<p>6.2.2 Obligaciones Mercantiles</p>	<p>6.2.2 Obligaciones Civiles y Mercantiles Para efectos de las obligaciones civiles y mercantiles, con la finalidad de garantizar la calidad y continuidad en la prestación del servicio a la población, se diferencian las obligaciones civiles y</p>	



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

		<p>Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles, aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la entidad, así:</p>	<p>mercantiles con el Talento Humano en Salud y las obligaciones mercantiles con otros terceros.</p> <p>6.2.2.1 Obligaciones civiles y mercantiles con el talento humano en salud.</p> <p>Que, en caso de incumplimiento de obligaciones civiles y mercantiles con el talento humano en salud vencidas en más de 30 días, su valor acumulado no supere el 50% de las obligaciones civiles y mercantiles, así:</p> $\frac{\text{Sumatoria de los montos de las obligaciones civiles y mercantiles con el talento humano en salud vencidas en más de 30 días}}{\text{Obligaciones civiles y mercantiles}} \times 100$ <p><u>El valor resultante de la operación no podrá ser superior al 50% de la totalidad de las obligaciones civiles y mercantiles.</u></p> <p>6.2.2.2 Obligaciones mercantiles con terceros diferentes al talento humano en salud</p> <p>Que, en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles con terceros diferentes al talento humano en salud vencidas en más de 180 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente, así:</p> $\frac{\text{Sumatoria de los montos de las obligaciones mercantiles con terceros diferentes al talento humano en salud vencidas en más de 180 días}}{\text{Pasivo corriente}} \times 100$	
--	--	---	---	--



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

			<p><u>El valor resultante de la operación no podrá ser superior al 50% de la totalidad del pasivo corriente.</u></p> <p>Entiéndase por obligaciones mercantiles, aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la entidad.</p>	
			<p>6.2.3 Obligaciones Laborales.</p> <p>Que, en caso de incumplimiento de obligaciones laborales vencida en más de 30 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales, aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, ex empleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.</p> <p>Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 30 días</p> $\frac{\text{Sumatoria de los montos de obligaciones laborales vencidas en más de 30 días}}{\text{Pasivo corriente}} \times 100$ <p>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 o contador de las moras de pago de nómina y demás obligaciones laborales que superen un período más de 30 días calendario contados a partir de la fecha de surgimiento de la obligación, con corte a la fecha de la verificación.</p>	



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

Tema (debe incluir número de artículo o servicio)	Asunto	Texto original (debe incluir el texto del proyecto de resolución)	Propuesta (Plantee la propuesta de texto que sugiere)	Observación al texto original (Plantee la propuesta de texto que sugiere)
<p>11. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN POR SERVICIO</p> <p>ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS</p> <p>ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO</p>	Sedación Grado III	10. Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado III adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento cuenta con médico (a) con especialidad médico-quirúrgica, para administrar la sedación.	<p>10. Cuando fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado III adicional al profesional de salud que realiza el procedimiento cuenta con un anesthesiologo médico (a) con especialidad médico-quirúrgica, para administrar la sedación.</p> <p><u>En las unidades de cuidado intensivo cuenta con anesthesiologo o especialista en medicina crítica y cuidado intensivo.</u></p>	<p>Se solicita respetuosamente al Ministerio de Salud que se especifique las especialidades que pueden suministrar sedación grado III a los pacientes.</p> <p>En Colombia existe alta proliferación de las especialidades médico quirúrgicas, y no están claramente definidas por parte del Ministerio de Educación o Ministerio de Salud, lo cual implica un alto grado de incertidumbre frente a la aplicación e interpretación de la norma tal como lo plantea el Ministerio.</p> <p>Actualmente en el SNIES hay 550 programas de especialización medico quirúrgica, y no todos tienen formación para administrar sedación, por lo cual se estaría exponiendo a riesgo a la población.</p> <p>Al respecto se señala que de acuerdo a la mejor evidencia disponible a nivel mundial, quien tiene las competencias para el manejo de la sedación grado III es el anesthesiologo, lo cual está desconociendo el Ministerio de Salud en la regulación que propone.</p> <p>Se genera un alto grado de incertidumbre, por cuanto en el grupo de especialidades médico quirúrgicas se encontrarían algunas especialidades, que no incluyen formación en esta materia.</p> <p>La normatividad en lugar de mitigar los riesgos de la atención en salud los estaría exacerbando y ampliando de manera injustificada, desconociendo la evidencia científica existente sobre el particular.</p>



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

			<p>Lo anterior, debido a que recientemente en el contexto internacional se emitieron nuevas guías basadas en evidencias científicas y consenso de expertos en materia de sedación, dentro de las cuales se encuentra la de la Sociedad Europea de Anestesiología (ESA), la cual señala: "Si bien las diferencias entre los dos primeros niveles de sedación no siempre son claras, cuando un paciente alcanza un nivel más profundo de sedación (niveles 3 o 4), existe un mayor riesgo de eventos adversos que ponen en peligro la vida del paciente y requieren un manejo inmediato y apropiado. Es importante destacar que el manejo de la transición de los niveles 3 a 4 puede requerir conocimientos específicos y habilidades técnicas (vía aérea avanzada/reanimación cardiovascular) que en general solo están dominadas por un anestesiólogo"¹, lo cual nos permite contar con evidencia científica que sustenta la necesidad de la inclusión de dichas especialidades en la aplicación de la sedación Grado III.</p> <p>Así mismo, se debe establecer en esta norma jurídica que en las unidades de cuidado intensivo quien puede realizar la sedación es un anestesiólogo o un especialista en medicina crítica y cuidado intensivo.</p>
--	--	--	---

¹ European Society of Anaesthesiology and European Board of Anaesthesiology guidelines for procedural sedation and analgesia in adults.



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

Tema (debe incluir número de artículo o servicio)	Asunto	Texto original (debe incluir el texto del proyecto de resolución)	Propuesta (Plantee la propuesta de texto que sugiere)	Observación al texto original (Plantee la propuesta de texto que sugiere)
<p>11. ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN POR SERVICIO</p> <p>ESTÁNDARES Y CRITERIOS APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS</p> <p>ESTÁNDAR DE PROCESOS PRIORITARIOS</p>	<p>Riesgos relacionados con la Sedación</p>	<p>18. Cuando se realicen procedimientos bajo sedación fuera de salas cirugía, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada para:</p> <p>18.1. Realizar la sedación.</p> <p>18.2. Definición de la atención por médico especialista en anestesiología cuando se identifiquen riesgos para el paciente relacionados con la sedación.</p> <p>18.3. Manejo de emergencias.</p> <p>18.4. Seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.</p> <p>18.5. Lista de chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:</p> <p>18.5.1. Evaluación de la vía aérea.</p> <p>18.5.2. Determinación del tiempo de ayuno.</p> <p>18.5.3. Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.</p>	<p>18. Cuando se realicen procedimientos bajo sedación fuera de salas cirugía, el prestador de servicios de salud cuenta con información documentada para:</p> <p>18.1. Realizar la sedación.</p> <p>18.2. Definición de la atención por médico especialista en anestesiología cuando se identifiquen riesgos para el paciente relacionados con la sedación, para lo cual se debe realizar una valoración por parte de un médico anesestesiólogo</p> <p>18.3. Manejo de emergencias.</p> <p>18.4. Seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.</p> <p>18.5. Lista de chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:</p> <p>18.5.1. Evaluación de la vía aérea.</p> <p>18.5.2. Determinación del tiempo de ayuno.</p> <p>18.5.3. Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria</p>	<p>Se propone que la evaluación de riesgos de sedación sea realizada por parte de un médico especialista en anestesiología, teniendo en cuenta que toda sedación tiene un riesgo inherente que debe ser evaluado de manera adecuada.</p> <p>El análisis de las condiciones del paciente relacionadas con su ciclo de vida y sus comorbilidades, son determinantes para establecer si un paciente requiere ser sometido a ansiólisis, sedación consciente, sedación profunda o inclusive anestesia; e incluso establecer si es factible que, una sedación iniciada como consciente derive en una sedación profunda.</p> <p>El médico especialista en anestesiología que realice esta valoración debe contar con conocimientos y experiencia que permitan establecer el grado de sedación correspondiente y los riesgos asociadas a ésta, además es el especialista idóneo que puede determinar y decidir sobre las necesidades del paciente conforme a su estado de salud.</p> <p>Lo anterior con fundamento en el artículo 17 de la ley 1751 de 2015², la cual establece el derecho de la autonomía profesional a los profesionales de la salud, según la cual el médico podrá adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, dentro del límite de la autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica:</p> <p>“Artículo 17. Autonomía profesional. Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad</p>

² Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones.



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

				<p>y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u, organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias.</p> <p>Parágrafo. Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas o dádivas a profesionales y trabajadores de la salud en el marco de su ejercicio laboral, sean estas en dinero o en especie por parte de proveedores; empresas farmacéuticas, productoras, distribuidoras o comercializadoras de medicamentos o de insumos, dispositivos y/o equipos i médicos o similares.”</p>
--	--	--	--	---



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

Tema (debe incluir número de artículo o servicio)	Asunto	Texto original (debe incluir el texto del proyecto de resolución)	Propuesta (Plantee la propuesta de texto que sugiere)	Observación al texto original (Plantee la propuesta de texto que sugiere)
GRUPO QUIRÚRGICO SERVICIO DE CIRUGÍA Estándar de Talento Humano	Servicio de Cirugía: Estándar de Talento Humano: -Servicios Quirúrgicos. -Sala de recuperación.	<p>Complejidad baja</p> <p>1. Cumple con los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente cuenta con:</p> <p>1.1. Médico (a) general.</p> <p>1.2. Auxiliar en enfermería.</p> <p>1.3. Instrumentador (a) quirúrgico (a) para cada uno de los procedimientos que lo requieran.</p> <p>1.4. Enfermero(a) en zonas dispersas, cuando existe limitación de la oferta de instrumentador (a) quirúrgico (a).</p> <p>2. Disponibilidad de:</p> <p>2.1. Médico (a) especialista en anestesiología, con presencialidad durante los procedimientos definidos por el prestador de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios. Quien realizará solo un procedimiento a la vez y estará presente durante todo el acto quirúrgico.</p> <p>2. En zonas dispersas, los (as) médicos (as) generales pueden practicar procedimientos anestésicos en casos de urgencia y en casos no remitibles, debido a la condición clínica del paciente o por limitaciones de acceso geográfico, siempre y cuando no cuente con médico especialista en anestesiología.</p> <p>Los (as) médicos (as) que estén cumpliendo con el servicio social obligatorio pueden suministrar anestesia en casos de urgencia vital.</p>	<p>Complejidad baja</p> <p>1. Cumple con los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente cuenta con:</p> <p>1.1. Médico (a) general</p> <p>1.2. Auxiliar en enfermería.</p> <p>1.3. Instrumentador (a) quirúrgico (a) para cada uno de los procedimientos que lo requieran.</p> <p>1.4. Enfermero(a) en zonas dispersas, cuando existe limitación de la oferta de instrumentador (a) quirúrgico (a).</p> <p><u>1.5. Médico anestesiólogo, quien realizará sólo un procedimiento a la vez, estará presente durante todo el acto quirúrgico y será el responsable del mismo.</u></p> <p><u>Podrán practicarse procedimientos anestésicos por parte de médico general en zonas dispersas con casos de urgencia y en casos no remitibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico anestesiólogo.</u></p> <p><u>Los médicos que estén cumpliendo con el servicio social obligatorio solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia vital.</u></p>	<p>El proyecto de resolución eliminó la obligatoriedad de contar con médico anestesiólogo en servicios quirúrgicos, por lo cual se solicita se mantenga la disposición actual de la resolución 2003.</p> <p>El proyecto tal como está redactado, deja a la liberalidad del prestador definir en qué procedimientos se requiere anestesiólogo, lo cual vulneraría la ley 6ª de 1991.</p> <p>No es clara la razón por la cual el prestador de servicios de salud deba definir los procedimientos que deba contar con la presencia del anestesiólogo, pues como se dijo anteriormente, en una cirugía, siempre se debe contar con un especialista en anestesiología durante el procedimiento.</p> <p>Así mismo, atendiendo a la obligación del anestesiólogo en realizar solo un procedimiento a la vez y estar presente durante todo el acto quirúrgico, debe estar en disponibilidad otro médico anestesiólogo diferente al que se encuentre realizando el procedimiento con el fin de acompañar al paciente durante la etapa de cuidado post anestésico. Consideración que se hace extensiva al profesional que realizó el acto quirúrgico.</p>



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

		<p>Sala de recuperación 3. Cuenta con: 3.1. Enfermero (a). 3.2. Auxiliar de Enfermería. 4. Disponibilidad de médico (a) responsable del acto quirúrgico.</p>	<p>Sala de recuperación 3. Cuenta con: 3.1. Enfermero (a). 3.2. Auxiliar de Enfermería. 4. Disponibilidad de médico (a) responsable del acto quirúrgico. 4. <u>Médico de la especialidad relacionada con el acto quirúrgico y anesthesiólogo, diferente al que se encuentra realizando procedimientos en salas de cirugía.</u></p>	<p>En recuperación se eliminó la disponibilidad de anesthesiólogo, lo cual se encuentra contemplado en la resolución 2003 de 2014. De acuerdo a estudios realizados por la S.C.A.R.E. y disponibles en la revista Colombiana de Anestesiología, se ha evidenciado que por lo menos el 30% de las complicaciones suceden en el área de recuperación y por lo tanto con la regulación propuesta por el Ministerio se estaría aumentando de manera injustificada el riesgo en esas áreas al no contar por lo menos con la disponibilidad de un anesthesiólogo diferente al que está realizando el procedimiento.</p>
--	--	---	--	--



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

Tema (debe incluir número de artículo o servicio)	Asunto	Texto original (debe incluir el texto del proyecto de resolución)	Propuesta (Plantee la propuesta de texto que sugiere)	Observación al texto original (Plantee la propuesta de texto que sugiere)
Estándar De Procesos Prioritarios	Modalidad Intramural y Extramural Domiciliaria Hospitalización del paciente crónico con y sin ventilador	22. Cumple con los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada: (...) 22.18. Manejo del dolor y cuidado paliativo.	22. Cumple con los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada: (...) 22.18. Manejo del dolor y cuidado paliativo <u>con oportunidad, accesibilidad y calidad dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención por niveles de complejidad.</u> <u>Acompañamiento en el derecho a la muerte digna, cuando la condición clínica del paciente lo amerite.</u> <u>Conformación de Comité Científico Interdisciplinario para el Derecho a Morir con Dignidad. Lo anterior aplicará también para complejidad media.</u> <u>En complejidad baja, cuando una IPS no cuente con la infraestructura para crear los Comités Interdisciplinarios, deberá informar de manera inmediata a la EPS para que coordine lo necesario para la realización del procedimiento solicitado.</u>	Es importante hacer referencia en la oportunidad y accesibilidad en el manejo del dolor y cuidados paliativos, pues la problemática que están viviendo hoy en día los pacientes, es que debido a trabas administrativas y demoras en el sistema no son recibidos a tiempo y por lo tanto toman la decisión de ejercer su derecho a morir dignamente y resulta paradójico que el mismo sistema que le niega los cuidados paliativos muchas veces le niega también el derecho a morir dignamente. Por lo anterior, se considera pertinente hacer énfasis en la oportunidad en el manejo del dolor y adicionalmente brindar el acompañamiento necesario en caso de que el paciente quiera ejercer su derecho a morir dignamente, para ello, cada IPS debe contar con comités interdisciplinarios en los términos previstos en la Resolución 1216 de 2015 y en la jurisprudencia de la Corte Constitucional ³ .

³ T 423 de 2017



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

Tema (debe incluir número de artículo o servicio)	Asunto	Texto original (debe incluir el texto del proyecto de resolución)	Propuesta (Plantee la propuesta de texto que sugiere)	Observación al texto original (Plantee la propuesta de texto que sugiere)
GRUPO QUIRÚRGICO SERVICIO DE CIRUGÍA ESTANDAR DE DOTACIÓN Complejidad media y alta		<p>Cumple con los criterios definidos para el servicio de cirugía en baja complejidad y adicionalmente, cada quirófano cuenta con:</p> <p>26.1. Monitoreo de temperatura en los quirófanos donde se realicen cirugías de más de tres horas, cirugías de trauma severo, cirugías cardíacas y cirugías en neonatos e infantes menores, conforme a guías y protocolos de manejo.</p> <p>26.2. Sistema de infusión rápida de líquidos.</p> <p>26.3. Equipo mínimo para manejo de la vía aérea que cuenta con:</p> <p>26.3.1. Laringoscopio con hojas curvas y rectas de diferentes tamaños, según oferta.</p> <p>26.3.2. Tubos endotraqueales de diferentes calibres.</p> <p>26.3.3. Máscaras laríngeas.</p> <p>26.3.4. Equipo de cricotiroidotomía percutánea.</p> <p>27. Disponibilidad de:</p> <p>27.1. Analizador de gases anestésicos inspirados y expirados, para cirugía cardiovascular, neurocirugía y en cirugías en las que se empleen técnicas anestésicas con flujos bajos.</p> <p>27.2. Estimulador de nervio periférico.</p> <p>27.3. Sistema de calentamiento de líquidos y sangre.</p> <p>27.4. Equipo de intubación retrógrada.</p> <p>27.5. Estilete de intubación con tubo endotraqueal o sistema de iluminación que permita el acceso a la vía aérea.</p>	<p>Cumple con los criterios definidos para el servicio de cirugía en baja complejidad y adicionalmente, cada quirófano cuenta con:</p> <p>26.1. Monitoreo de temperatura en los quirófanos donde se realicen cirugías de más de tres horas, cirugías de trauma severo, cirugías cardíacas y cirugías en neonatos e infantes menores, conforme a guías y protocolos de manejo.</p> <p>26.2. Sistema de infusión rápida de líquidos.</p> <p>26.3. Equipo mínimo para manejo de la vía aérea que cuenta con:</p> <p>26.3.1. Laringoscopio con hojas curvas y rectas de diferentes tamaños, según oferta.</p> <p>26.3.2. Tubos endotraqueales de diferentes calibres.</p> <p>26.3.3. Máscaras laríngeas.</p> <p>26.3.4. Equipo de cricotiroidotomía percutánea.</p> <p>27. Disponibilidad de:</p> <p>27.1. Analizador de gases anestésicos inspirados y expirados, para cirugía cardiovascular, neurocirugía y en cirugías en las que se empleen técnicas anestésicas con flujos bajos.</p> <p>27.2. Estimulador de nervio periférico.</p> <p>27.3. Sistema de calentamiento de líquidos y sangre.</p> <p>27.4. Equipo de intubación retrógrada.</p> <p>27.5. Estilete de intubación con tubo endotraqueal o sistema de iluminación que permita el acceso a la vía aérea.</p> <p><u>27.6 Ecógrafo</u></p>	<p>Se considera pertinente que exista Ecógrafo en el servicio de mediana y alta complejidad.</p> <p>Los eventos adversos relacionados con la inserción de catéteres centrales y la realización de bloqueos nerviosos, se ven claramente reducidos con la utilización del ecógrafo. Este elemento es fundamental para propender por la seguridad en la atención durante el acto quirúrgico.</p>



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

		<p>28. Para todas las especialidades quirúrgicas, además de la dotación básica definida, cuenta con el instrumental y equipos necesarios para la práctica de los procedimientos ofertados y documentados en el estándar de Procesos prioritarios.</p> <p>29. Cuando se realicen procedimientos de trasplante de tejidos autólogos en actos quirúrgicos diferentes, que requieran un periodo de almacenamiento temporal, cuenta con:</p> <p>29.1. Equipo que garantice condiciones controladas de temperatura, humedad y presión del tejido.</p>	<p>28. Para todas las especialidades quirúrgicas, además de la dotación básica definida, cuenta con el instrumental y equipos necesarios para la práctica de los procedimientos ofertados y documentados en el estándar de Procesos prioritarios.</p> <p>29. Cuando se realicen procedimientos de trasplante de tejidos autólogos en actos quirúrgicos diferentes, que requieran un periodo de almacenamiento temporal, cuenta con:</p> <p>29.1. Equipo que garantice condiciones controladas de temperatura, humedad y presión del tejido</p>	
--	--	---	--	--



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

Tema (debe incluir número de artículo o servicio)	Asunto	Texto original (debe incluir el texto del proyecto de resolución)	Propuesta (Plantee la propuesta de texto que sugiere)	Observación al texto original (Plantee la propuesta de texto que sugiere)
Estándar De Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos	Estándar De Procesos Prioritarios Complejidad Baja (sobre consulta pre anestésica)	<p>34. Cumple con los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada para:</p> <p>34.1. Entrega de turno por parte de enfermería y de medicina. 34.2. Control de líquidos. 34.3. Plan de cuidados de enfermería. 34.4. Administración de medicamentos. 34.5. Inmovilización de pacientes. 34.6. Toma de muestras de laboratorio clínico. 34.7. Cateterismo vesical. 34.8. Preparación para la toma de imágenes diagnósticas. 34.9. Evaluación y registro preanestésico a todo paciente que va a ser intervenido con sedación, anestesia regional o general. 34.10. Preparación del paciente para el acto quirúrgico. 34.11. Manejo de complicaciones postquirúrgicas. 34.12. Transporte del paciente 34.13. Controles postquirúrgicos.</p>	<p>34. Cumple con los criterios definidos para todos los servicios y adicionalmente, cuenta con la siguiente información documentada para:</p> <p>34.1. Entrega de turno por parte de enfermería y de medicina. 34.2. Control de líquidos. 34.3. Plan de cuidados de enfermería. 34.4. Administración de medicamentos. 34.5. Inmovilización de pacientes. 34.6. Toma de muestras de laboratorio clínico. 34.7. Cateterismo vesical. 34.8. Preparación para la toma de imágenes diagnósticas. 34.9. Evaluación y registro preanestésico a todo paciente que va a ser intervenido con sedación, anestesia regional o general por un médico especialista en anestesiología. 34.10. Preparación del paciente para el acto quirúrgico. 34.11. Manejo de complicaciones postquirúrgicas. 34.12. Transporte del paciente 34.13. Controles postquirúrgicos.</p>	<p>De acuerdo con la Ley 6 de 1991, <i>por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología</i>, el anestesiólogo deberá hacer una valoración de la situación de salud de su paciente, elaborando un diagnóstico en anestesiología. (art 7 numeral A).</p> <p>Así, encontrándose la consulta pre anestesia como un pilar fundamental dentro valoración diagnostica en anestesia, es importante que el literal 34.9 establezca expresamente que el único profesional idóneo y competente para realizarla es un especialista en anestesiología y evitar ambigüedades o riesgos la atención en salud de los pacientes.</p> <p>Lo anterior, con fundamento en la jerarquía normativa que goza nuestro ordenamiento jurídico, según la cual, las normas se ordenan mediante un sistema de prioridad, en la que unas tienen preferencia sobre otras, en este caso, la ley 6 de 1991 sobre Resoluciones Ministeriales.⁴ No siendo posible la contradicción de unas y otras, en procura de la armonía jurídica del sistema.</p> <p>Así las cosas, La evaluación pre anestésica es una fase independiente pero inherente al acto anestésico, y es necesario que conste en la historia clínica y se ejecute de acuerdo con la lex artis.</p> <p>Así mismo, el anestesiólogo debe informar al paciente o a la persona responsable sobre el procedimiento anestésico, el riesgo general del acto anestésico, el riesgo individual concreto del paciente, los beneficios, las consecuencias y los efectos colaterales de las diferentes técnicas anestésicas posibles para el caso específico, la necesidad de monitoreo invasivo si es pertinente, la colocación del paciente en posiciones no anatómicas si así lo requiere el acto quirúrgico, y demás aspectos relevantes.</p>

⁴ Ver Teoría de la jerarquía normativa - Hans Kelsen.



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

				<p>-El anestesiólogo debe obtener el consentimiento informado del paciente, es decir, la aceptación del procedimiento. En caso de paciente pediátrico o incapaz, el consentimiento debe ser otorgado por sus padres, aun si estos son menores, o por el representante legal.</p> <p>-El anestesiólogo debe registrar en la historia clínica o en el formato adoptado para tal fin por la institución, la información brindada al paciente o al responsable, y la aceptación del procedimiento.</p> <p>-El anestesiólogo debe realizar nueva evaluación previa a la administración de la anestesia, en caso de que en la evaluación preoperatoria se hayan solicitado exámenes prequirúrgicos o interconsultas; debe dejar registro de ella en la historia clínica y actualizar la información del riesgo, con el paciente directamente y con los registros, si se presenta algún cambio.</p>
--	--	--	--	--



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

Tema (debe incluir número de artículo o servicio)	Asunto	Texto original (debe incluir el texto del proyecto de resolución)	Propuesta (Plantee la propuesta de texto que sugiere)	Observación al texto original (Plantee la propuesta de texto que sugiere)
Plan de visitas de Verificación Previa	Artículo 15	<p>Artículo 15. Plan de Visitas de Verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los prestadores de servicios inscritos en el REPS, con el objeto de verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación.</p> <p>El plan de visitas de verificación deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado y deberá ser registrado en el REPS a más tardar el 20 de diciembre del mismo año. La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento del registro del plan, así como su ejecución posterior, para lo cual tendrá acceso al REPS. La formulación del plan de visitas de verificación deberá tener en cuenta el siguiente orden de prioridad:</p> <p>15.1 Las visitas a los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>15.2 Los servicios de oncología habilitados por el Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.</p> <p>15.3 Los servicios oncológicos que reporten las siguientes novedades: Apertura de modalidad, cambio de complejidad, reactivación de servicio y traslado de servicio.</p> <p>15.4 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que desde su inscripción no han tenido visita de verificación.</p>	<p>Artículo 15. Plan de Visitas de Verificación. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, anualmente, formularán y ejecutarán un plan de visitas a los prestadores de servicios inscritos en el REPS, con el objeto de verificar el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación.</p> <p>El plan de visitas de verificación deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado y deberá ser registrado en el REPS a más tardar el 20 de diciembre del mismo año. La Superintendencia Nacional de Salud verificará el cumplimiento del registro del plan, así como su ejecución posterior, para lo cual tendrá acceso al REPS. La formulación del plan de visitas de verificación deberá tener en cuenta el siguiente orden de prioridad:</p> <p>15.1 Las visitas a los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>15.2 Los servicios de oncología habilitados por el Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.</p> <p>15.3 Los servicios oncológicos que reporten las siguientes novedades: Apertura de modalidad, cambio de complejidad, reactivación de servicio y traslado de servicio.</p> <p>15.4 Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que desde su inscripción no han tenido visita de verificación.</p>	<p>Es necesario para la verificación de los estándares requeridos en las visitas se tenga en cuenta cuadros de turnos, disponibilidades y programaciones del prestador, pues para efectos de una mayor verificación y seguimiento, estos son elementos fundamentales para garantizar el real cumplimiento de estándares de talento humano en salud, historias clínicas, registros y procesos prioritarios asistenciales, pues son documentos que dan cuenta de manera fidedigna las atenciones del talento humano, los procedimientos realizados, entre otros.</p> <p>Por otro lado, las visitas de verificación, como medio idóneo para garantizar el efectivo cumplimiento de los estándares de habilitación y la calidad en el servicio de salud, deben garantizar que dicho procedimiento sea lo más transparente posible ajustado a la verdad y a la situación real de cada prestador. Por lo anterior el Estado debe tener la potestad de no comunicar al prestador que se realizará dicha visita y encontrar las reales condiciones en las que se está prestando el servicio de salud.</p> <p>Igualmente, es importante determinar expresamente cuál es la consecuencia de registrar una novedad en el mismo día de la visita de verificación, que se sugiere no sea incluida durante la visita. Esta medida permitirá garantizar la alta calidad en el servicio de salud que ofrece cada prestador y el real cumplimiento de la normatividad en cuestión.</p> <p>Lo anterior, fundamentado en el numeral 3.14 del artículo 153 de la ley 100 de 1993, en la que se define la transparencia como uno de los principios del sistema general de seguridad social en salud.</p>



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

		<p>15.5 Los servicios que por efecto de no autoevaluación se inactiven en el REPS y requieran visita de reactivación, en las condiciones establecidas en la presente resolución.</p> <p>15.6 Los servicios de hospitalización obstétrica que no hayan sido visitados en los últimos cuatro (4) años inmediatamente anteriores a la formulación del plan de visitas de cada vigencia.</p> <p>15.7 Los prestadores de servicios que inicien el proceso de acreditación.</p> <p>15.8 Los servicios que vayan a conformar las Organizaciones Funcionales.</p> <p>15.9 Las demás visitas que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud definan en ejercicio de sus funciones.</p> <p>Parágrafo 1. Las visitas de verificación de condiciones de habilitación deben ser comunicadas al prestador como mínimo con un (1) día de antelación y por cualquier medio. Comunicada la visita de verificación al prestador de servicios, no podrá presentar novedades mientras la visita no haya concluido, excepto en los casos en los cuales, durante la visita de verificación la comisión verificadora lo autorice.</p> <p>Parágrafo 2. Los planes de visitas de verificación, que definan las Entidades Departamentales y Distritales de</p>	<p>15.5 Los servicios que por efecto de no autoevaluación se inactiven en el REPS y requieran visita de reactivación, en las condiciones establecidas en la presente resolución.</p> <p>15.6 Los servicios de hospitalización obstétrica que no hayan sido visitados en los últimos cuatro (4) años inmediatamente anteriores a la formulación del plan de visitas de cada vigencia.</p> <p>15.7 Los prestadores de servicios que inicien el proceso de acreditación.</p> <p>15.8 Los servicios que vayan a conformar las Organizaciones Funcionales.</p> <p>15.9 Las demás visitas que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud definan en ejercicio de sus funciones.</p> <p>Parágrafo 1. Las visitas de verificación de condiciones de habilitación podrán no ser comunicadas al prestador de servicios de salud. deben ser comunicadas al prestador como mínimo con un (1) día de antelación y por cualquier medio. Comunicada la visita de verificación al prestador de servicios, no podrá presentar novedades mientras la visita no haya concluido, excepto en los casos en los cuales, durante la visita de verificación la comisión verificadora lo autorice. Si se presenta visita de verificación en el mismo día del registro de una novedad, esta no estará incluida durante dicha visita.</p> <p>Parágrafo 2. Los planes de visitas de verificación, que definan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, no excluyen la posibilidad de realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción, las visitas previas que se requieran o las que surjan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.</p>	
--	--	--	---	--



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

		<p>Salud, no excluyen la posibilidad de realizar las visitas de verificación que sean necesarias para garantizar la adecuada atención de la población en su jurisdicción, las visitas previas que se requieran o las que surjan en cumplimiento de las funciones de inspección, vigilancia y control.</p> <p>Parágrafo 3. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al o los servicios verificados, si cumple dichas condiciones, enviará al prestador de servicios, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de cierre de la visita, la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de la Habilitación del o los servicios.</p> <p>Parágrafo 4. El Plan de visitas de verificación registrado en el REPS, podrá ser ajustado, de acuerdo a situaciones sobrevinientes que se presenten, teniendo en cuenta las prioridades ya definidas, lo cual deberá justificarlo en el aplicativo. En ningún caso podrá disminuirse el número de visitas inicialmente programadas.</p> <p>Parágrafo 5. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud acreditada, durante la vigencia de dicha acreditación, no requerirá visita de verificación de las condiciones de habilitación. Cuando la entidad acreditada vaya a habilitar servicios nuevos que van a hacer parte de dicha acreditación deberá contar con la visita de verificación realizada por la Entidad Departamental o Distrital de Salud. En los casos en que las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas vayan a realizar la apertura de nuevos servicios de urgencias, servicios de alta complejidad y servicios de oncología, deberán contar con la visita de verificación previa para el proceso de habilitación por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.</p>	<p>Parágrafo 3. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al o los servicios verificados, si cumple dichas condiciones, enviará al prestador de servicios, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de cierre de la visita, la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones de la Habilitación del o los servicios.</p> <p>Parágrafo 4. El Plan de visitas de verificación registrado en el REPS, podrá ser ajustado, de acuerdo a situaciones sobrevinientes que se presenten, teniendo en cuenta las prioridades ya definidas, lo cual deberá justificarlo en el aplicativo. En ningún caso podrá disminuirse el número de visitas inicialmente programadas.</p> <p>Parágrafo 5. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud acreditada, durante la vigencia de dicha acreditación, no requerirá visita de verificación de las condiciones de habilitación. Cuando la entidad acreditada vaya a habilitar servicios nuevos que van a hacer parte de dicha acreditación deberá contar con la visita de verificación realizada por la Entidad Departamental o Distrital de Salud. En los casos en que las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas vayan a realizar la apertura de nuevos servicios de urgencias, servicios de alta complejidad y servicios de oncología, deberán contar con la visita de verificación previa para el proceso de habilitación por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud</p> <p><u>Parágrafo 6: Con la finalidad de verificar la adecuada prestación del servicio y la no simultaneidad de la atención en los casos en que esté expresamente prohibido, las visitas de verificación de condiciones de habilitación, deberán tener en cuenta entre otros, los cuadros de turnos, disponibilidades y programaciones. Así mismo se contará durante el desarrollo de la visita</u></p>	
--	--	---	---	--



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.)

Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (C.L.A.S.A.)
World Federation of Societies of Anesthesiology (W.F.S.A.)

			<u>con la asesoría técnica de especialistas en los servicios objeto de verificación, la cual podrá ser solicitada a las sociedades científicas</u>	
Grupo Quirúrgico Servicio De Cirugía (Estándar De Procesos Prioritarios)	Complejidad baja	35. El prestador de servicios de salud aplica la lista de chequeo para procedimientos quirúrgicos, con sus contenidos mínimos, definidos en la buena práctica "Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos".	35. El prestador de servicios de salud <u>con la presencia de todo el equipo quirúrgico</u> aplica la lista de chequeo para procedimientos quirúrgicos, con sus contenidos mínimos, definidos en la buena práctica "Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos".	Se propone que la lista de chequeo que se aplique en cada institución se realice con la presencia de todo el equipo quirúrgico, pues si todos están presentes los riesgos y eventos adversos se pueden mitigar.