 GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO		Código: SSA-C014-F60
	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN		Fecha Aprobación: Mayo 05 de 2016
			Versión: 1
			Página 1 de 8

ACTA DE LEVANTAMIENTO DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD No. 024-2017

MUNICIPIO Y FECHA: Neiva, 31 de mayo de 2017.

Ordenador de la visita: Yanid Paola Montero, Secretaria de Salud Departamental.

Quien atiende la visita: Hugo Bahamon Tovar representante legal, Mónica Rivera Corredor directora administrativa, Gloria Esperanza Araujo Coronado directora de auditoría, Magnolia Gutiérrez Quiroga auditora de calidad, Leivin Blanco Romero coordinadora de hospitalización, Angélica Castañeda Monroy coordinadora SIAU, Angélica Mosquera regente de farmacia, Briyith Rubio directora de talento humano, Ana Cristina Cuellar auditora de cuentas.

Miembros de la comisión verificadora: María Consuelo Angarita, Sandra Marcela García, María Paula Silva Lozano, Diana Carolina Bahamón Chavarro, Lilian Luna Corrales, Leidy carolina Magaña, Juliana Muñoz Rodríguez, Rosario Ortiz.

Motivo de la visita de IVC: Dar cumplimiento a lo ordenado en la circular 000016 del 01 de marzo de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual este Ministerio ordena a la Secretaría de Salud Departamental, la realización de visita de condiciones de habilitación a los servicios de atención materno perinatal.

Igualmente verificar el cumplimiento del mantenimiento de las condiciones técnico científicas, técnico administrativas y de suficiencia patrimonial y financiera del Sistema Único de Habilitación, de obligatorio cumplimiento de parte del Prestador de Servicios de Salud **CLINICA BELO HORIZONTE**.

Hechos: La Comisión Técnica de la Secretaría de Salud Departamental, realizó visita de verificación de condiciones de habilitación al prestador de servicios de salud la **CLINICA BELO HORIZONTE** el día 31 de mayo de 2017 la sede identificada de la siguiente manera: **CLINICA BELO HORIZONTE** con código de habilitación 4100101214-01. En el desarrollo de la visita se evidenciaron los siguientes incumplimientos a las Normas que regulan el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:

Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de Cirugía baja complejidad Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar talento humano. Criterio: Cuenta con:

1. Médico general.
2. Médico anesthesiólogo, quien realizará sólo un procedimiento a la vez, estará presente durante todo el acto quirúrgico y será el responsable del mismo.
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 anesthesiólogo. Los médicos que estén cumpliendo con el servicio social obligatorio solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia vital.
3. Auxiliar en enfermería.
4. Instrumentadora para cada uno de los procedimientos que se requieran y enfermera en zonas dispersas, si no existe éste recurso en la zona.

En sala de recuperación:

Cuenta con:

1. Enfermera.
2. Auxiliar de Enfermería.


Disponibilidad de:

Médico responsable del acto anestésico y del quirúrgico.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: La institución no garantiza el personal en el servicio de cirugía las 24 horas teniendo en cuenta las que pueden surgir en el caso de pacientes de UCI y hospitalarios, lo cual es requerido por interdependencia para estos dos servicios.

cumplimiento en los siguientes criterios exigidos para todos los servicios que afectan el servicio de esterilización y cirugía. Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Infraestructura. Criterio: Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.



 GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	Código: SSA-C014- P354
	ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION	Fecha Aprobación: Diciembre 9 de 2013
		Versión: 1
		Página 2 de 8

Evidencia de incumplimiento a la Norma: En la visita se evidencio que no se garantiza los procesos de limpieza y desinfección de las áreas del servicio de cirugía, se encuentra polvo en equipos biomédicos y material particulado en pisos y paredes, además de un insecto muerto (cucaracha) en el área de recuperación. Sumado a la intervención de obra realizada en el proceso de esterilización el cual está ubicado dentro del servicio quirúrgico.

Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de Esterilización. Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Infraestructura. Criterio: En centrales de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida:

1. Ambiente contaminado: donde se reciben y lavan los equipos. Cuenta con pocetas, mesones y suministro de agua, aire comprimido y desagües.
2. Ambiente limpio con las siguientes áreas:
 - Área de empaque donde se arman y empaquetan los equipos.
 - Área de esterilizadores acondicionada para el método de esterilización que se emplee.
 - Área de almacenamiento de insumos.
3. Ambiente de almacenamiento de equipos donde se almacena el material estéril.
4. Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos.
5. Si se utiliza esterilización con óxido de etileno: ambiente independiente y con una instalación que siga las recomendaciones del fabricante del esterilizador.
6. Baño para el personal asistencial con lavamanos.
7. Cuenta con tomas eléctricas en todas las áreas.
8. Todo el servicio debe estar limpio, bien iluminado, con ventanas cerradas y no uso de ventiladores.
9. Los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.

Todos los muebles serán lavables y no serán de material poroso. La madera no está indicada en estas áreas.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: El servicio de esterilización se encuentra en un proceso de ejecución de obra, no se evidencia un plan de contingencia para garantizar el proceso de esterilización lo cual a grandes luces le impide cumplir con los estándares de asepsia que garantizan la salud humana, sin embargo se evidencia que se encuentran cirugías programadas y/o en ejecución (de acuerdo a programación de cirugía se evidencia para el día 22 de mayo de 2017 - 4 procedimientos, para el día 23 de mayo de 2017 - 8 procedimientos, para el día 24 de mayo de 2017 - 7 procedimientos quirúrgicos) y los procesos de esterilización se están llevando a cabo bajo las instalaciones donde se realiza la intervención de obra con presencia de personal de obra, evidenciándose que la entidad no garantiza un proceso adecuado de esterilización propio, lo cual constituye un riesgo inminente para la salud y vida de los usuarios.

Lo anterior se contrapone claramente a los estándares normativos vigentes.

Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio endoscopia digestiva: Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Infraestructura. Criterio: Si se realiza en área ambulatoria:


1. Área administrativa y de recibo de pacientes.
2. Área de procedimientos endoscópicos.
3. Área de recuperación.
4. Área de limpieza y desinfección de endoscopios ventilada.
5. Área para almacenamiento de equipos.
6. Disponibilidad de unidad sanitaria.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: El prestador no cuenta con la infraestructura para la prestación de este servicio.

Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de cuidado intensivo adultos Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Interdependencia. Criterio: Cuenta con:

1. Unidad de Cuidado Intermedio Adultos.
2. Hospitalización.
3. Cirugía.
4. Laboratorio clínico.
5. Servicio farmacéutico.
6. Servicio de transfusión sanguínea.
7. Radiología.



 GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	Código: SSA-C014-P354
	ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION	Fecha Aprobación: Diciembre 9 de 2013
		Versión: 1
		Página 3 de 8

8. Ultrasonido.
9. Proceso de esterilización.
10. Alimentación.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: En la inspección al servicio se evidencia que el ecógrafo cuenta con un transductor, pero el servicio de ecografía no se está prestando con este.

Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de Esterilización. Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Procesos Prioritarios. Criterio: Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:

1. Sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril, identificando cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: El prestador no garantiza un sistema de verificación de la integridad del dispositivo estéril.

2. Socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de parto, salas de cirugía, hospitalización, etc.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: No se evidencian documentadas las normas de almacenamiento del producto esterilizado, no hay evidencia de socialización y no se realiza seguimiento para garantizar el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central.

3. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.
4. Documento del procedimiento Institucional para el reúso limitado de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades y su correspondiente validación.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: el prestador presenta un manual de uso y reúso; en este manual se definen el número de reusos de algunos dispositivos médicos los cuales no están soportados con una ficha técnica así como tampoco están basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo médico.

En la inspección realizada en campo a los servicios se constató que no se siguen procedimientos orientados a controlar el número de reusos con el fin de minimizar el riesgo de infecciones o complicaciones o fallas de los dispositivos médicos reusados. El personal no tiene conocimiento de los procedimientos de reúso. Además presentan versiones contradictorias entre si respecto a las políticas de uso y reúso de la institución.

5. Para aquellos dispositivos médicos que el fabricante recomienda un número limitado de reusos, cuenta con la documentación necesaria que soporte el proceso, de acuerdo a lo que el fabricante recomienda.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: No se evidenció ninguna ficha técnica de los dispositivos reusados, tampoco presento registros de control de reúso ni seguimiento a los dispositivos, por lo tanto el prestador no garantiza un reúso seguro.

6. Participación en el comité de infecciones.


Evidencia de incumplimiento a la Norma: Se evidencia que el prestador no realiza seguimiento a través del comité de infecciones al proceso de esterilización.

7. Para prestadores que contraten el proceso de esterilización con una central de esterilización externa cuentan con un protocolo que incluya las condiciones de transporte que garanticen mantener las condiciones de esterilización del producto.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: Se evidenció que el prestador realiza procesos de esterilización externos aun cuando por la complejidad de los servicios habilitados la institución debe contar con los esterilizadores que garanticen el proceso de esterilización a los elementos que se utilizan en los servicios que oferta la institución.

Se verifico que estos procesos de esterilización externos no están soportados en un contrato, No se encuentran documentados los procedimientos necesarios para realizar el proceso externo, no existen registros de control de los



 GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	Código: SSA-C014-P354
	ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION	Fecha Aprobación: Diciembre 9 de 2013
		Versión: 1
		Página 4 de 8

dispositivos esterilizados a través de este proceso que hagan seguimiento al número de reusos, a la integridad del dispositivo estéril y a los indicadores para el control de la esterilización.

No está documentado el procedimiento del transporte y se evidencio que los dispositivos son transportados en un recipiente que no garantizan la integridad del dispositivo que va a ser sometido al proceso de esterilización.

Se evidencio que se someten al proceso elementos que son de un solo uso tales como: electrobisturí, intercambiador de tubo oro traqueal, trocar de laparoscopia entre otras, los cuales imponen un riesgo para la salud y la vida de las personas.

- Durante la visita se evidencio la atención de pacientes quienes ingresaron en ambulancias posterior a sufrir accidente de tránsito.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: La institución no tiene habilitado el servicio de urgencias.

- Teniendo en cuenta los incumplimientos descritos de los servicios de cirugía, ultrasonido y proceso de esterilización, por interdependencia su incumplimiento no garantiza la adecuada prestación de los servicios de cuidado intermedio y cuidado intensivo generando riesgos en la salud y vida de los pacientes.


De acuerdo al análisis presentado por la comisión verificadora se establecio que la Institución Prestadora de Servicios de Salud **CLINICA BELO HORIZONTE** identificada ante el Registro Especial de Prestadores con el código de Prestador No. 4100101214-01, presentaban incumplimiento de sus obligaciones frente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en Estándares y condiciones de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud [Resolución 2003 de 2014 y Decreto 1011 de 2006 compilado por el Decreto 780 de 2016, hechos evidenciados los días 09, 10, 11, 12 y 24 de mayo de 2017], que afectan la salud y seguridad de los usuarios de los servicios prestados por la referida institución. (Artículo 2.5.1.7.5 Decreto 780 de 2016)

De conformidad con lo expuesto y dando cumplimiento al artículo 2.5.1.7.5 Decreto 780 de 2016, se determino **IMPONER MEDIDA DE SEGURIDAD** consistente en:

PRIMERO. PRIMERO. IMPONER MEDIDA DE SEGURIDAD consistente en: **ORDENAR** al Prestador de Servicios de Salud **CLINICA BELO HORIZONTE** identificada con código de habilitación No 4100101214-01, **SUSPENDER TEMPORALMENTE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE:**

CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	MODALIDAD					COMPLEJIDAD			DISTINTIVO	FECHA DE INSCRIPCIÓN
		INTRAMURAL		EXTRAMURAL							
		AMB	HOSP	UNID MOVIL	DOMI CILIA RIO	OTRAS EXTRAMU RAL	BAJA	MEDIA	ALTA		
107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS305202	20151203
110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	DHS306242	20151214
203	CIRUGÍA GENERAL	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	DHS050698	20100115
204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050699	20100115
205	CIRUGIA MAXILOFACIAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS050700	20100115
206	CIRUGÍA NEUROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050701	20100115
207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050702	20100115
208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050703	20100115
209	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050704	20100115
211	CIRUGÍA ORAL	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	DHS050705	20100722
212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050706	20100115
213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050707	20100115
214	CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS050708	20100722
215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050709	20100115
217	OTRAS CIRUGÍAS	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050710	20101210
231	CIRUGÍA DE LA MANO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050711	20100722
232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS050712	20100722
233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	DHS050713	20100115



 GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO								Código: SSA-C014-P354	
	ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION								Fecha Aprobación: Diciembre 9 de 2013	
									Versión: 1	
									Página 5 de 8	

235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS050714	20100722
703	ENDOSCOPIA DIGESTIVA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS413162	20161024
719	ULTRASONIDO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS167037	20141006
733	HEMODIÁLISIS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	DHS416183	20161117
734	DÍALISIS PERITONEAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	DHS431239	20161117
950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	DHS050748	20100115

SEGUNDO. La medida Sanitaria de Seguridad que aquí se impone y notifica, se mantendrá durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de imposición de la medida o hasta que el Prestador subsane los incumplimientos que afectan la seguridad y vida de los usuarios, e implica la iniciación de un proceso sancionatorio de carácter administrativo contra el prestador denominado **CLINICA BELO HORIZONTE**, identificado ante el Registro Especial de Prestadores con el código de Prestador No. 4100101214-01.

Se procede a realizar la imposición de Sellos por parte de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, a los servicios contra los cuales cursa la presente medida.

Nota:

1. Se advierte al Prestador que contra esta medida de seguridad no procede recurso alguno.
2. Se hace entrega de este acto al personal encargado de atender la visita.
3. El prestador debe garantizar la continuidad en la prestación del servicio a los usuarios que en este momento se encuentran internados en la unidad de cuidado intensivo e intermedio, hasta tanto se logre su reubicación o se decida egreso por parte de los médicos tratantes. De la misma forma y de manera inmediata las EPS respectivas deberán responsabilizarse de la continuidad en la prestación de los servicios de sus afiliados que se encuentran recibiendo tratamiento en la UCI de la IPS clínica Belo Horizonte.
4. Se prohíbe al prestador atender pacientes que requieran servicios de urgencias.

DESARROLLO DE LA PRESENTE VISITA: Siendo las 10:00 de la mañana del día 31 de Mayo de 2017, la Comisión Técnica de la Secretaría de Salud Departamental, se presentó en las instalaciones de la sede 01 del prestador de servicios de salud **CLINICA BELO HORIZONTE** ubicada en la CALLE 8 N. 50 – 19 del municipio de Neiva, para verificar si el prestador adelantó las acciones necesarias para subsanar los incumplimientos evidenciados en la visita, que motivaron la medida preventiva impuesta por la Secretaria de Salud Departamental el día 24 de mayo de 2017.

Esta visita se realiza de conformidad al numeral 4.1 Ejecución de la visita, de la Resolución 2003 de 2014. En la reunión de apertura se dio a conocer el objetivo de esta visita, la cual se realiza en atención a solicitud del prestador.

Cumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de Cirugia baja complejidad Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar talento humano. Criterio: Cuenta con:

5. Médico general.
6. Médico anestesiólogo, quien realizará sólo un procedimiento a la vez, estará presente durante todo el acto quirúrgico y será el responsable del mismo.
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. Los médicos que estén cumpliendo con el servicio social obligatorio solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia vital.
7. Auxiliar en enfermería.
8. Instrumentadora para cada uno de los procedimientos que se requieran y enfermera en zonas dispersas, si no existe éste recurso en la zona.

En sala de recuperación:


Cuenta con:

3. Enfermera.
4. Auxiliar de Enfermería.

Disponibilidad de:

Médico responsable del acto anestésico y del quirúrgico.



 GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO	Código: SSA-C014-P354
	ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION	Fecha Aprobación: Diciembre 9 de 2013
		Versión: 1
		Página 6 de 8

Evidencia de cumplimiento a la Norma: El prestador presento cuadro de turnos de auxiliares de enfermería, enfermeras, instrumentadoras, medicos generales, anesthesiologos, cirujanos y ginecobstetras con turnos presenciales las 24 horas.

Cumplimiento en los siguientes criterios exigidos para todos los servicios que afectan el servicio de esterilización y cirugía. Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Infraestructura. Criterio: Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución.

Evidencia de cumplimiento a la Norma: En la visita se evidencio que el prestador garantiza los procesos de limpieza y desinfección de las áreas del servicio de cirugía y esterilización.

Cumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de Esterilización. Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Infraestructura. Criterio: En centrales de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida:

10. Ambiente contaminado: donde se reciben y lavan los equipos. Cuenta con pocetas, mesones y suministro de agua, aire comprimido y desagües.
11. Ambiente limpio con las siguientes áreas:
 - Área de empaque donde se arman y empaican los equipos.
 - Área de esterilizadores acondicionada para el método de esterilización que se emplee.
 - Área de almacenamiento de insumos.
12. Ambiente de almacenamiento de equipos donde se almacena el material estéril.
13. Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos.
14. Si se utiliza esterilización con óxido de etileno: ambiente independiente y con una instalación que siga las recomendaciones del fabricante del esterilizador.
15. Baño para el personal asistencial con lavamanos.
16. Cuenta con tomas eléctricas en todas las áreas.
17. Todo el servicio debe estar limpio, bien iluminado, con ventanas cerradas y no uso de ventiladores.
18. Los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.

Todos los muebles serán lavables y no serán de material poroso. La madera no está indicada en éstas áreas.

Evidencia de cumplimiento a la Norma: se evidencio que el prestador culminó las obras y trabajos en adecuaciones físicas del servicio de esterilización. Se evidencia un proceso adecuado y unidireccional, dando cumplimiento a estándares de asepsia y garantizando la salud humana.

Cumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de cuidado intensivo adultos Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Interdependencia. Criterio: Cuenta con:


1. Unidad de Cuidado Intermedio Adultos.
11. Hospitalización.
12. Cirugía.
13. Laboratorio clínico.
14. Servicio farmacéutico.
15. Servicio de transfusión sanguínea.
16. Radiología.
17. Ultrasonido.
18. Proceso de esterilización.
19. Alimentación.

Evidencia de cumplimiento a la Norma: Se evidenció que se garantiza el funcionamiento del equipo (ecógrafo) para el servicio de ultrasonido.

Cumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de Esterilización. Resolución 2003 de 2014. Manual de Habilitación de Servicios de Salud. Estándar Procesos Prioritarios. Criterio: Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:

8. Sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril, identificando cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad.



 GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO		Código: SSA-C014-P354
	ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION		Fecha Aprobación: Diciembre 9 de 2013
			Versión: 1
			Página 7 de 8

- Evidencia de cumplimiento a la Norma: se evidencia lupa que permite la verificación de la integridad del dispositivo.
9. Socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de parto, salas de cirugía, hospitalización, etc.
- Evidencia de cumplimiento a la Norma: se evidencia que cumple con las socializaciones y verificación de cumplimiento de almacenamiento del producto esterilizado.
10. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.
- Evidencia de cumplimiento a la Norma: se evidenció que el prestador define las condiciones del reuso de dispositivos médicos y se evidencia acta de conformación del comité de infecciones para hacer seguimiento de los mismos.
11. Documento del procedimiento Institucional para el reuso limitado de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades y su correspondiente validación.
- Evidencia de cumplimiento a la Norma: se evidencia formato en donde se registrara el reuso limitado de cada uno de los dispositivos médicos.
12. Para aquellos dispositivos médicos que el fabricante recomienda un número limitado de reusos, cuenta con la documentación necesaria que soporte el proceso, de acuerdo a lo que el fabricante recomienda.
- Evidencia de cumplimiento a la Norma: Se evidencian las fichas técnicas de cada uno de los dispositivos donde el fabricante especifica el número de reusos en cada caso.
13. Participación en el comité de infecciones.
- Evidencia de cumplimiento a la Norma: Se evidencia acta de conformación del comité de infecciones.
14. Para prestadores que contraten el proceso de esterilización con una central de esterilización externa cuentan con un protocolo que incluya las condiciones de transporte que garanticen mantener las condiciones de esterilización del producto.
- Evidencia de cumplimiento a la Norma: Se evidenció que el prestador adquirió en comodato un equipo de sterra para garantizar los procesos de esterilización con peróxido de hidrogeno dentro de la institución.


Conclusión: Teniendo en cuenta lo presentado por la **CLINICA BELO HORIZONTE** en esta visita, el Comité Verificador de Condiciones de Habilitación de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, considera que ha superado los incumplimientos que fueron objeto de la medida de seguridad impuesta No. 0017-2017 Impuesta el 24 de mayo de 2017.

En consecuencia, se autoriza la reactivación ante el REPS de los servicios de:

En consecuencia, se autoriza la reactivación ante el R.E.S. de los servicios de:

CODIGO	NOMBRE DEL SERVICIO	MODALIDAD					DISTINTIVO	FECHA DE INSCRIPCIÓN
		INTRAMURAL		EXTRAMURAL				
		AMB	HOSP	UNID MOVIL	DOMICILIARIO	OTRAS EXTRAMURAL		
107	CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	DHS305202	20151203
110	CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	NO	SI	NO	NO	NO	DHS306242	20151214
203	CIRUGÍA GENERAL	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050698	20100115
204	CIRUGÍA GINECOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050699	20100115
205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050700	20100115
206	CIRUGÍA NEUROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050701	20100115
207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050702	20100115
208	CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050703	20100115
209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050704	20100115
211	CIRUGÍA ORAL	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050705	20100722
212	CIRUGÍA PEDIÁTRICA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050706	20100115
213	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050707	20100115
214	CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA	NO	SI	NO	NO	NO	DHS050708	20100722
215	CIRUGÍA UROLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050709	20100115



 GOBERNACION DEL HUILA	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO						Código: SSA-C014-P354	
	ACTA DE VISITA DE VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACION						Fecha Aprobación: Diciembre 9 de 2013	
							Versión: 1	
							Página 8 de 8	

217	OTRAS CIRUGÍAS	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050710	20101210
231	CIRUGÍA DE LA MANO	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050711	20100722
232	CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050712	20100722
233	CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050713	20100115
235	CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	SI	SI	NO	NO	NO	DHS050714	20100722
719	ULTRASONIDO	SI	SI	NO	NO	NO	DHS167037	20141006
733	HEMODIÁLISIS	NO	SI	NO	NO	NO	DHS416183	20161117
734	DIÁLISIS PERITONEAL	NO	SI	NO	NO	NO	DHS431239	20161117
950	PROCESO ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	DHS050748	20100115

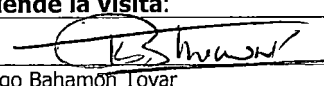
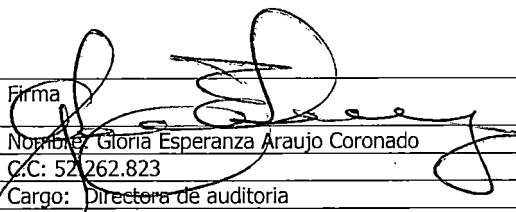
NOTA: Teniendo en cuenta que el prestador no cuenta con el servicio de patología, los servicios quirúrgicos deberán reactivarse en mediana complejidad, hasta tanto no garantice la prestación de este servicio.

Se deja constancia del retiro del sello de medida de seguridad impuesto el día 31 de mayo de 2017.

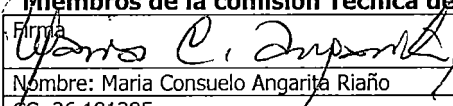
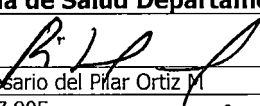
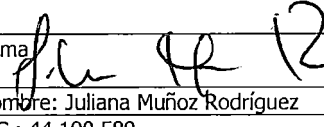
Se entrega esta Acta al área jurídica de la Secretaría de Salud para lo pertinente.

Se deja constancia de la visita de Inspección, vigilancia y control realizada al Prestador de Servicios de Salud **CLINICA BELO HORIZONTE** por parte de la Comisión Técnica de Verificación. Se lee, se aprueba, se firma por los que intervinieron y se extiende copia de esta a quien atiende la visita.

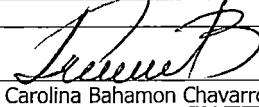
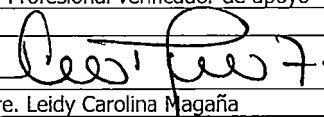
Quien atiende la visita:

Firma 	Firma 
Nombre: Hugo Bahamon Tovar	Nombre: Gloria Esperanza Araujo Coronado
C.C.: 19.373.523	C.C.: 52.262.823
Cargo: Representante legal	Cargo: Directora de auditoria

Miembros de la comisión Técnica de la Secretaría de Salud Departamental:

Firma 	Firma 	Firma 
Nombre: Maria Consuelo Angarita Riaño	Nombre: Rosario del Pilar Ortiz M	Nombre: Juliana Muñoz Rodríguez
C.C.: 36.181385	C.C.: 36.167.905	C.C.: 44.190.589
Cargo: Profesional especializado Funcionaria SSDH	Cargo: Profesional verificador de Apoyo	Cargo: Profesional Verificado de Apoyo

Firma 	Firma 	Firma 
Nombre: Sandra Marcela Garcia	Nombre: Liliana Luna Corrales	Nombre: Maria Paula Silva Lozano
C.C.: 65.772.022	C.C.: 36.182.779	CC: 1.075.231.196
Cargo: Profesional verificador de apoyo	Cargo: Profesional verificador de apoyo	Cargo: Profesional verificador de apoyo

Firma 	Firma 
Nombre: Carolina Bahamon Chavarro	Nombre: Leidy Carolina Magaña
C.C.: 36.309.222	C.C.: 36.065.903
Cargo: Profesional verificador de Apoyo	Cargo: Profesional verificador de apoyo

*Redo Gloria Araujo
CC 52.262.823 BLD
31/05/2017.*

