

Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada • ACESS  Gobierno Juntos lo logramos FORMULARIO DE INSPECCIÓN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I NIVEL DE ATENCIÓN CONSULTORIO GENERAL DE OBSTETRICIA																			
ENTIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:				PÚBLICO				PRIVADO				CÓDIGO DE LA TIPOLOGÍA: 1.2		UNICÓDIGO: versión 5.0					
RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:														CLASE DE RIESGO: B					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:														NUMERO DE RUC: (Solicitar la copia del RUC)					
NOMBRE DEL RESPONSABLE TÉCNICO:																			
ACTIVIDAD/ES CORRESPONDEN AL TIPO DE ESTABLECIMIENTO:				SI				NO											
DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD / CALLES (PRINCIPAL Y SECUNDARIA) y N°																			
ZONA:				CANTÓN :		PARROQUIA:		PROVINCIA:				TELÉFONO:							
PERMISO DE FUNCIONAMIENTO																			
PRIMERA VEZ:				No. ORDEN DE INSPECCIÓN:				FECHA DE INSPECCIÓN:				FECHA DE REINSPECCIÓN:				No. ORDEN DE REINSPECCIÓN:			
CONTROL								FECHA DE CONTROL:											
CARTERA DE SERVICIOS:																			
Cartera de servicios del establecimiento de salud firmada por el responsable técnico								SI		NO		OBSERVACIONES				Reinspección			
																C		NC	
Descripción de la cartera de servicios:																			
AMBIENTES		¿Se dispone de las áreas?		CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS - BIOSEGURIDAD								OBSERVACIONES				Reinspección			
				Se evidencian condiciones de orden y limpieza en las áreas.		Se evidencian condiciones de limpieza en equipos y mobiliario		Se dispone de insumos para higiene de manos (dispensador de jabón, dispensador de papel toalla, PEA, preparado de base alcohólica al 70%). Cuenta con serpiente de lavado de manos (OPSOMS)		Se utilizan equipos de protección personal acorde a la actividad que realiza									
				C		NC		C		NC		C		NC		C		NC	
Admisión (condición)		Recepción, Información y Estadística										NA							
Consulta Externa (requerido)		Sala de espera general										NA							
		Baños/baterías sanitarias (inodoro, papel higienico, dispensador de papel higiénico, recipiente de desechos y lavabo)										NA							
		Consultorio de Obstetricia (lavamanos y medio baño) (medio baño)																	
Procedimientos (condición)		▲Procedimientos mínimos ambulatorios(Curaciones, suturas, retiro de puntos ,inserción de dispositivos entre otros considerados procedimientos menores)		NA		NA		NA		NA									
Zona de Lavado (limpieza y desinfección de instrumental) (fregadero) , aplica unicamente si utiliza instrumental.										NA		NA							
Área para esterilización de instrumental , aplica unicamente si utiliza instrumental																			
Área de limpieza con zona de almacenamiento de materiales e insumos de limpieza.										NA									
Almacenamiento final de desechos, (requerido) Debe estar señalizada, con acceso restringido, de uso exclusivo, puede ser fijo o desmontable. Si el consultorio se encuentra dentro de una edificación junto con otros, podrán utilizar un mismo almacenamiento final, si el consultorio es individual, podrá utilizar como almacenamiento final un armario con características PVC, estructura metálica, madera tratada resistente, u otro material que sea impermeable, lavable, de larga duración, adicional el armario debe permanecer cerrado con llave. (AM 00036-2019).		Comunes								NA									
		Aprovechables - reciclables								NA									
		Sanitarios (biológicos - infecciosos, cortopunzantes).								NA									
		Farmacéuticos										NA							

NOTA: Los ítems que NO están caracterizados con el texto adicional (condición) son REQUERIDOS y deben ser revisados de forma obligatoria.										
ESTRUCTURA GENERAL (ANEXO EG_01) E INSTALACIONES GENERALES (ANEXO IG_01)				SI	NO	OBSERVACIONES		Reinspección		
								C	NC	
Rótulo que señale la Razón Social y/o nombre comercial										
Cumplimiento del ANEXO (EG_01)										
Cumplimiento del ANEXO (IG_01)										
EQUIPAMIENTO BIOMÉDICO (ANEXO EQ-03 OBS)				SI	NO	OBSERVACIONES		Reinspección		
								C	NC	
Cumplimiento del ANEXO (EQ_03 OBS)										
Plan anual de mantenimiento preventivo del equipamiento biomédico										
Registro de mantenimiento preventivo de equipamiento Biomédico										
Registro de mantenimientos correctivos de equipamiento Biomédico - (en caso de existir mantenimientos correctivos)										
TALENTO HUMANO				SI	NO	OBSERVACIONES		Reinspección		
								C	NC	
Título del profesional de la salud que brinda la atención, registrado en la ACESS (MSP anterior a diciembre de 2014)										
Documento que acredite la designación del responsable técnico del establecimiento (Requerido en consultorios compartidos con otros profesionales).										
Profesionales de la salud que comparten el consultorio general		Nombres y apellidos del profesional de la salud		Número de cédula:		Título profesional:		Horario de atención:		
		Nombres y apellidos del profesional de la salud		Número de cédula:		Título profesional:		Horario de atención:		
		Nombres y apellidos del profesional de la salud		Número de cédula:		Título profesional:		Horario de atención:		
VERIFICACIÓN DOCUMENTAL ACORDE A NORMATIVA VIGENTE				SI	NO	OBSERVACIONES		Reinspección		
								C	NC	
Bioseguridad	Protocolo de limpieza y desinfección de las áreas									
	Cronograma de Limpieza y desinfección de las áreas									
	Registro de limpieza y desinfeccion de las áreas									
	Protocolo de limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario									
	Cronograma de Limpieza y desinfección de los equipos y mobiliario									
	Registro de limpieza y desinfeccion de los equipos mobiliarios									
	Control de Plagas	Programa para el control de plagas suscrito por el responsable técnico del establecimiento de salud. (ANEXO IG 01) (En el caso de consultorios ubicados dentro de edificios, será válido el programa, o método, que aplique la administración del mismo)								
		Permiso de funcionamiento de ARCSA (en el caso de proveedor externo)								
		Cronograma de control de plagas								
		Registro donde conste la frecuencia de control de plagas								
Gestión Interna de residuos y desechos (Manual Acuerdo Ministerial 36-2019)	Matriz de evaluación de la gestión interna de residuos y desechos: Matriz A ultimo semestre Anexo 10 (La verificación de cada ítem del Anexo 10 se realizará durante la inspección del establecimiento de salud)									
	Anexo 7 del Acuerdo Ministerial 36-2019									
SEGURIDAD DEL PACIENTE				SI	NO			Reinspección		
								C	NC	
Conoce las prácticas seguras descritas en el Acuerdo Ministerial 00000115 - Manual de Seguridad del Paciente - usuario (Mínimo deberá conocer 5 practicas seguras)										
Conoce y aplica los 11 pasos de lavado de manos										
Conoce y aplica los 8 pasos de higienización de manos con preparado de base alcohólica										
Conoce y aplica los 5 momentos de lavado de manos										
Farmacovigilancia	1. Se ha presentado un evento adverso relacionado con: reacción adversa a medicamentos, falla terapéutica o errores de medicación? (si la respuesta es si, continúe con las siguientes preguntas)									
	Dispone la ficha amarilla (reporte de la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, falla terapéutica, errores de medicación)									
	¿Se ha reportado al ARCSA el evento adverso?									
Cuenta con medicamentos e insumos médicos con fecha de vencimiento vigentes.										
¿En el establecimiento de salud se ha presentado algún evento adverso relacionado con la seguridad del paciente? (si la respuesta es si, continúe con las siguientes preguntas)										
Cuenta con el registro de notificación de eventos relacionados con la Seguridad del Paciente.(evento adverso, cuasi evento, evento centinela)										
¿Se elaboró la investigación y plan de acción ? Revisar Verificables.										
Se realizó el seguimiento de la ejecución de los compromisos establecidos en el plan de acción? Revisar Verificable.										

INSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES:				
		ESTABLECIMIENTO CUMPLE	SI	NO
RESPONSABLE(S) DE LA INSPECCIÓN				
CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO	FIRMA
ESTABLECIMIENTO INSPECCIONADO:				
ACOMPAÑAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO EN ESTABLECIMIENTO	FIRMA
RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO	CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO DE ESTABLECIMIENTO	FIRMA
REINSPECCIÓN, OBSERVACIONES ADICIONALES:				
		ESTABLECIMIENTO CUMPLE	SI	NO
RESPONSABLE (S) DE LA REINSPECCIÓN				
CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRES Y APELLIDOS		CARGO	FIRMA
ESTABLECIMIENTO REINSPECCIONADO:				
ACOMPAÑAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO EN ESTABLECIMIENTO	FIRMA
RECIBÍ COPIA DE ESTE FORMULARIO	CÉDULA DE CIUDADANIA	NOMBRES Y APELLIDOS	CARG DE ESTABLECIMIENTO	FIRMA
ACTUALIZADO JULIO 2022				

	Nombre	Unidad	Cargo	Firma
Aprobado por:	Dra. Tatiana López	Coordinación General Técnica	Coordinadora	
Revisado por:	Mgs. Evelyn Chávez	Dirección de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad	Director/a	
	Dr. Diego Sánchez	Dirección Técnica de Habilitación, Certificación y Acreditación	Director/a	
	Dr. Cesar Carrera	Dirección Técnica de Vigilancia y Control	Director/a	
Actualizado por:	Mgs. María José Espín	Dirección de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad	Analista	
	Lcda. Cristina Cabezas	Dirección de Regulación para el Aseguramiento de la Calidad	Analista	