



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

EL PORCENTAJE MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO EQUIVALE AL 95% PARA LOS REQUISITOS CRÍTICOS Y AL 75% PARA LOS REQUISITOS MAYORES

|                                                       |                          |
|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nombre del establecimiento:                           |                          |
| Dirección del establecimiento:                        |                          |
| Nombre del propietario/representante legal/apoderado: |                          |
| Teléfono:                                             |                          |
| Correo electrónico:                                   |                          |
| Nombre del regente del establecimiento:               |                          |
| Horario de servicio del regente:                      |                          |
| Fecha Inspección:                                     |                          |
| Tipo de Inspeccion:                                   |                          |
| PRIMERA INSPECCION                                    | <input type="checkbox"/> |
| SEGUNDA INSPECCION                                    | <input type="checkbox"/> |

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 1 |                |                                                                                                                                       |                                                             | DESCRIPCIÓN                                                     |    |           |               |
|----------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----|-----------|---------------|
| OFERTA DE SERVICIOS        |                |                                                                                                                                       |                                                             | El establecimiento deberá tener definida su oferta de servicio. |    |           |               |
| N°                         | REQUERIMIENTOS | ESPECÍFICOS                                                                                                                           | CLASIF.                                                     | CUMPLIMIENTO                                                    |    |           | OBSERVACIONES |
|                            |                |                                                                                                                                       |                                                             | SI                                                              | NO | No Aplica |               |
| 1.1                        | 1.1.1          | Procedimientos quirúrgicos de oftalmología.                                                                                           | MAYOR                                                       |                                                                 |    |           |               |
|                            | 1.1.2          | Consulta oftalmológica.                                                                                                               | MAYOR                                                       |                                                                 |    |           |               |
|                            | 1.1.3          | Deben tener definido su portafolio de servicios, en ningún caso comprenderá una estancia o permanencia nocturna, o mayor de 12 horas. | MAYOR                                                       |                                                                 |    |           |               |
| 1.2                        | 1.2.1          | Horarios de atención al Público                                                                                                       | Debe tener definido el horario de servicio, jornada diurna. | MAYOR                                                           |    |           |               |
| Total                      | 4              | Requerimientos específicos evaluados                                                                                                  |                                                             | 0                                                               |    |           |               |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

RECOMENDACIONES INSPECCIÓN

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 2 |                |                          |                                                                                                                                                                                                          | DESCRIPCIÓN  |    |           |               |
|----------------------------|----------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----|-----------|---------------|
| RECURSOS HUMANOS           |                |                          |                                                                                                                                                                                                          |              |    |           |               |
| N°                         | REQUERIMIENTOS | ESPECÍFICOS              | CLASIF.                                                                                                                                                                                                  | CUMPLIMIENTO |    |           | OBSERVACIONES |
|                            |                |                          |                                                                                                                                                                                                          | SI           | NO | No Aplica |               |
| 2.1                        | 2.1.1          | Regente                  | Deberá contar con un Médico OFTALMOLOGO como regente, no podrá ser regente de más de dos establecimientos.                                                                                               | CRITICO      |    |           |               |
| 2.2                        | 2.2.1          | Personal médico          | Si el establecimiento brindara un servicio al gremio médico, deberá contar con un listado de profesionales que realizarán los procedimientos, estos listados deben tener: número de registro en la JVPM. | MAYOR        |    |           |               |
|                            | 2.2.2          |                          | De forma similar, se debe contar con un listado de médicos anestesiólogos                                                                                                                                | MAYOR        |    |           |               |
|                            | 2.2.3          |                          | Si se brindara servicios a niños deberá contar con oftalmólogos pediátricos                                                                                                                              | MAYOR        |    |           |               |
| 2.7                        | 2.7.1          | Personal administrativo. | Deben contar con secretaria y personal administrativo de acuerdo a la complejidad del establecimiento.                                                                                                   | MAYOR        |    |           |               |
| 2.8                        | 2.8.1          | Servicio de limpieza     | Este servicio puede ser propio o subcontratado                                                                                                                                                           | MAYOR        |    |           |               |
|                            | 2.9.1          |                          | Autorización de la Junta respectiva                                                                                                                                                                      | CRITICO      |    |           |               |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         |  |  |  | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------|--|--|--|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA |  |  |  | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |  |  |  |

|       |       |                                                               |                                                              |         |   |  |  |  |
|-------|-------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------|---|--|--|--|
| 2.9   | 2.9.2 | De la autorización para ejercer de los profesionales en salud | Solvencia de su anualidad                                    | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 2.9.3 |                                                               | Carné vigente                                                | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 2.9.4 |                                                               | Registro de firma y sello en el libro de la Junta respectiva | CRITICO |   |  |  |  |
| Total | 10    |                                                               | Requerimientos específicos evaluados                         |         | 0 |  |  |  |

**RECOMENDACIONES INSPECCIÓN**

|  |
|--|
|  |
|--|

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 3 |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                                    | DESCRIPCIÓN |              |    |           |               |
|----------------------------|---------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|----|-----------|---------------|
| ESTRUCTURA FÍSICA          |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |             |              |    |           |               |
| N°                         |         | REQUERIMIENTOS               | REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS                                                                                                                                                                                                                         | CLASIF.     | CUMPLIMIENTO |    |           | OBSERVACIONES |
|                            |         |                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |             | SI           | NO | No Aplica |               |
| 3.1.1                      | 3.1.1.1 | Estacionamiento de vehículos | Debe contar con estacionamiento para vehículos de pacientes y acompañantes                                                                                                                                                                         | CRITICO     |              |    |           |               |
| 3.1.2                      | 3.1.2.1 | Accesos                      | Si el acceso al establecimiento es en vías de circulación vehicular media y alta se debe contar; con una protección a las inclemencias del tiempo para los usuarios que acceden al establecimiento y para el estacionamiento de (los) vehículo(s). | CRITICO     |              |    |           |               |
|                            | 3.1.2.2 |                              | Los accesos deben brindar facilidades para el ascenso y descenso de pacientes transportados y para el ingreso a pie o en silla de ruedas.<br>Debe contar con una rampa con inclinación menor de 30 grados.                                         | CRITICO     |              |    |           |               |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         |  | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA |  | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |  |  |  |  |  |

|       |         |                                   |                                                                                                        |         |  |  |  |  |
|-------|---------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
| 3.1.3 | 3.1.3.1 | Área de espera independiente.     | Debe contar con un área de espera para pacientes que solicitarán el servicio y sus familiares.         | MAYOR   |  |  |  |  |
|       | 3.1.3.2 |                                   | Esta área requiere luz natural y/o artificial (blanca o amarilla);                                     | MAYOR   |  |  |  |  |
|       | 3.1.3.3 |                                   | Así como también ventilación natural y/o artificial (aire acondicionado).                              | MAYOR   |  |  |  |  |
| 3.1.4 | 3.1.4.1 | Área de recepción de pacientes.   | Debe contar con un lavamanos para el personal médico, que puede estar adentro o afuera del consultorio | MAYOR   |  |  |  |  |
| 3.1.8 | 3.1.8.1 | Servicios sanitarios para visitas | El establecimiento debe contar con servicio sanitario para visitas, este deberá tener sanitario        | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.1.8.2 |                                   | Lavamanos                                                                                              | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.1.8.3 |                                   | Rotulación adecuada que guíe al usuario (la distinción de género no es indispensable).                 | CRITICO |  |  |  |  |

**3.2 CENTRO QUIRURGICO OFTALMOLOGICO**

Esta área deberá reunir las siguientes características:..

|       |         |                                          |                                                                                                                                                            |         |  |  |  |  |
|-------|---------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
| 3.2.1 | 3.2.1.1 | ÁREA CONTAMINADA (NEGRA)<br>Área séptica | Debe contar con área exclusiva para el almacenamiento, preparación, y lavado de materiales de limpieza del área quirúrgica (trapeadores y desinfectantes). | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.1.2 |                                          | Debe contar con una poceta para lavado de material, y tener pisos y paredes lavables.                                                                      | CRITICO |  |  |  |  |

**6.2 CENTRO QUIRURGICO OFTALMOLOGICO AREA LIMPIA (GRIS)**

Esta área deberá tener la siguiente distribución

|  |         |  |                                                                                        |         |  |  |  |  |
|--|---------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
|  | 3.2.2.1 |  | Deberán contar con un cubículo cerrado específico para la recuperación de los usuarios | CRITICO |  |  |  |  |
|--|---------|--|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         |  |  |  | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------|--|--|--|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA |  |  |  | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |  |  |  |

|       |         |                                              |                                                                    |         |  |  |  |  |
|-------|---------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
| 3.2.2 | 3.2.2.2 | AREA LIMPIA (GRIS)<br>Área para recuperación | Estar delimitada por paredes                                       | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.2.3 |                                              | Tener puerta abatible metálica o de vidrio                         | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.2.4 |                                              | Tener sillones reclinables de acuerdo a la cantidad de quirófanos. | CRITICO |  |  |  |  |

**6.3 CENTRO QUIRURGICO OFTALMOLOGICO AREA ESTERIL (BLANCA)**

Esta área deberá tener la siguiente distribución

|       |         |                                     |                                                                                                                                                                           |         |  |  |  |  |
|-------|---------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
| 3.2.3 | 3.2.3.1 | AREA ESTERIL (BLANCA)<br>Quirofanos | Esta área deberá tener una estructura con las siguientes características: Extensión mínima de 4x4 mts lineales                                                            | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.2 |                                     | Paredes lisas (ausencia de hendiduras) y pintadas con pintura epoxica que permita sellar la porosidad y facilitar su lavado, de colores claros, con esquinas redondeadas. | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.3 |                                     | Ausencia de ventanas                                                                                                                                                      | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.4 |                                     | Techo liso (ausencia de hendiduras)                                                                                                                                       | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.5 |                                     | Piso liso (ausencia de hendiduras)                                                                                                                                        | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.6 |                                     | Puertas abatibles metálicas o de vidrio                                                                                                                                   | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.7 |                                     | Iluminación artificial                                                                                                                                                    | CRITICO |  |  |  |  |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

|       |          |                                                                  |                                                                                                                                                                                           |         |  |  |  |  |
|-------|----------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
| 3.2.3 | 3.2.3.8  | AREA<br>ESTERIL<br>(BLANCA)<br>Área para el lavado<br>quirurgico | Sistema de aire acondicionado de acuerdo al área del quirófano.                                                                                                                           | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.9  |                                                                  | Debe contar con tomas eléctricos suficientes para los diversos equipos lo cual deberán estar a diferentes alturas                                                                         | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.10 | AREA<br>ESTERIL<br>(BLANCA)<br>Área para el lavado<br>quirurgico | Lavabo de acero inoxidable                                                                                                                                                                | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.11 |                                                                  | Abastecimiento de agua purificada con activación de sensor eléctrico, codo, rodilla, o pie.                                                                                               | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.12 |                                                                  | Dispensador de antiséptico quirurgico, dispensador de esponjas o cepillos descartables.                                                                                                   | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.2.3.13 |                                                                  | Paredes lisas y lavables.                                                                                                                                                                 | CRITICO |  |  |  |  |
| 3.3   | 3.3.1    | Circulación de<br>Áreas Generales                                | Se debe contar con señalización que permita a los usuarios que ingresan por primera vez, acceder a las áreas del establecimiento, de acuerdo a la Ley de Seguridad e Higiene Ocupacional. | MAYOR   |  |  |  |  |
|       | 3.3.2    |                                                                  | La señalización debe ser de fácil comprensión, escrita y por símbolos                                                                                                                     | MAYOR   |  |  |  |  |
| 3.4   | 3.4.1    | Sistema eléctrico<br>general                                     | Debe estar distribuido en un sistema central o sectorial (si tiene dos pisos).                                                                                                            | CRITICO |  |  |  |  |
|       | 3.4.2    |                                                                  | Se debe poseer sistemas alternativos de iluminación en áreas quirúrgicas, así como en las salidas del establecimiento.                                                                    | CRITICO |  |  |  |  |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         |  |  |  | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------|--|--|--|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA |  |  |  | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |  |  |  |

|     |       |                         |                                                                                                                                                                                                                     |         |  |  |  |  |
|-----|-------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
|     | 3.4.3 |                         | Debe contar con planta eléctrica, que cubra al menos los quirófanos.                                                                                                                                                | CRITICO |  |  |  |  |
| 3.5 | 3.5.1 | Ventilación general     | Deberá contar con Señalización para salidas de emergencia en un tamaño mayor que el usual (de fácil identificación por parte de los pacientes que han perdido parte de su visión).                                  | MAYOR   |  |  |  |  |
| 3.6 | 3.6.1 | Iluminación general     | Debe contar con iluminación natural y/o artificial.                                                                                                                                                                 | MAYOR   |  |  |  |  |
| 3.7 | 3.7.1 | Puertas                 | Las puertas de acceso al área quirúrgica y todas las áreas de circulación dentro deben ser de un ancho superior a 1.40 mts y sin perilla, de preferencia de doble hoja.                                             | CRITICO |  |  |  |  |
| 3.8 | 3.8.1 | Desechos Bioinfecciosos | Debe contar con un espacio para el almacenamiento temporal de los desechos bioinfecciosos, esta debe estar separada del área de circulación general                                                                 | CRITICO |  |  |  |  |
|     | 3.8.2 |                         | Debe estar techada                                                                                                                                                                                                  | CRITICO |  |  |  |  |
|     | 3.8.3 |                         | Ubicada donde no haya riesgo de inundación                                                                                                                                                                          | CRITICO |  |  |  |  |
|     | 3.8.4 |                         | Las paredes deben ser lisas, lavables                                                                                                                                                                               | CRITICO |  |  |  |  |
|     | 3.8.5 |                         | Las uniones deben ser redondeadas.                                                                                                                                                                                  | CRITICO |  |  |  |  |
| 3.9 | 3.9.1 | Área de Archivo Clínico | Debe contar con un área específica con protección de la humedad y de luz solar, para evitar el deterioro de los expedientes y/o puede contar con archivo electrónico para lo cual se requerirá el equipo necesario. | CRITICO |  |  |  |  |

| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

|       |        |                      |                                                                                                                                                                                         |         |   |  |  |  |
|-------|--------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|--|--|--|
| 3.10  | 3.10.1 | Servicio de limpieza | El establecimiento debe contar con un área exclusiva para el almacenamiento, preparación y lavado de materiales de limpieza del establecimiento (escobas, trapeadores, desinfectantes). | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 3.10.2 |                      | Deberá contar con una poceta para el lavado de implementos de limpieza                                                                                                                  | CRITICO |   |  |  |  |
| Total | 45     |                      | Requerimientos específicos evaluados                                                                                                                                                    |         | 0 |  |  |  |

## RECOMENDACIONES INSPECCIÓN

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 4 |       |                                |                                                                                | DESCRIPCIÓN |              |    |           |               |
|----------------------------|-------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|----|-----------|---------------|
| RECURSOS MATERIALES        |       |                                |                                                                                |             |              |    |           |               |
| N°                         |       | REQUERIMIENTOS                 | REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS                                                     | CLASIF.     | CUMPLIMIENTO |    |           | OBSERVACIONES |
|                            |       |                                |                                                                                |             | SI           | NO | No Aplica |               |
| 4.1                        | 4.1.1 | Área de espera                 | Debe contar con dos sillas por paciente según la demanda esperada establecida. | MAYOR       |              |    |           |               |
| 4.2                        | 4.2.1 | Área de recepción              | Debe contar con silla para la recepcionista                                    | MAYOR       |              |    |           |               |
|                            | 4.2.2 |                                | Mostrador y/o escritorio para la recepcionista                                 | MAYOR       |              |    |           |               |
| 4.3                        | 4.3.1 | Área de trabajo administrativo | Teléfono                                                                       | CRITICO     |              |    |           |               |
|                            | 4.3.2 |                                | Silla                                                                          | CRITICO     |              |    |           |               |





**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         |  | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|-----------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA |  | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |  |  |  |  |  |

|      |        |                                               |                                                                                                                                                           |         |  |  |  |  |
|------|--------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
|      | 4.3.3  |                                               | Escritorio                                                                                                                                                | CRITICO |  |  |  |  |
| 4.4  | 4.4.1  | Área de Lavado de personal en área quirúrgica | Debe contar con dispensadores de jabón y/o antisépticos que permitan su manejo sin utilización de las manos (de accionar de pies, rodillas, codos, etc.). | MAYOR   |  |  |  |  |
|      | 4.4.2  |                                               | Debe contar con un lavabo quirúrgico de acero inoxidable, este debe ser profundo y de uso exclusivo para tal fin                                          | MAYOR   |  |  |  |  |
|      | 4.4.3  |                                               | Purificador de agua                                                                                                                                       | MAYOR   |  |  |  |  |
| 4.14 | 4.14.1 | Área para recuperación                        | Sillones reclinables                                                                                                                                      | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.14.2 |                                               | Carro para inyectable                                                                                                                                     | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.14.3 |                                               | Mueble o estantes de material lavable para insumos médicos.                                                                                               | CRITICO |  |  |  |  |
| 4.16 | 4.16.1 | Área Séptica                                  | Cubetas de acero inoxidable                                                                                                                               | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.16.2 |                                               | Poceta                                                                                                                                                    | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.16.3 |                                               | Estantes para insumos                                                                                                                                     | CRITICO |  |  |  |  |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

|      |        |                       |                                                                                        |         |  |  |  |  |
|------|--------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
|      | 4.16.4 |                       | Insumos de limpieza.                                                                   | CRITICO |  |  |  |  |
| 4.17 | 4.17.1 | Área estéril (blanca) | Mesas: quirúrgica, mayo, media luna.                                                   | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.2 |                       | Lámpara cielítica                                                                      | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.3 |                       | Estantes o vitrinas de material lavable para el almacenamiento de material quirúrgico. | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.4 |                       | Banco rodante de acero inoxidable.                                                     | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.5 |                       | Cubo rodante de acero inoxidable para material de desecho.                             | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.6 |                       | Atriles.                                                                               | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.7 |                       | Reloj de pared, que permita su higienización                                           | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.8 |                       | Monitor cardiaco.                                                                      | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.9 |                       | Un aparato de succión.                                                                 | CRITICO |  |  |  |  |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

|         |                                                                                                                                                                |         |  |  |  |  |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
| 4.17.10 | Debe contar con gases centrales empotrados y/o cilindros debidamente sujetos en la pared ( oxígeno, oxido nitroso, aire comprimido) con su válvula y manómetro | CRITICO |  |  |  |  |
|         | Luces de emergencias en toda el área.                                                                                                                          | CRITICO |  |  |  |  |
|         | Microscopio para cirugía oftalmológica si se va a realizar cirugía intraocular.                                                                                | CRITICO |  |  |  |  |
|         | Equipo de FACOEMULSIFICACION, si es ofrecido en el portafolio de servicios.                                                                                    | CRITICO |  |  |  |  |
|         | Equipo de Vitrectomia posterior si es ofrecido en el portafolio de servicios.                                                                                  | CRITICO |  |  |  |  |
|         | Equipo para Cirugía refractiva con Laser si es ofrecido en el portafolio de servicios                                                                          | CRITICO |  |  |  |  |
| 4.17.16 | Medicamentos de emergencia:<br>Dextrosa al 50 %                                                                                                                | CRITICO |  |  |  |  |
|         | Atropina                                                                                                                                                       | CRITICO |  |  |  |  |
|         | Adrenalina                                                                                                                                                     | CRITICO |  |  |  |  |
|         | Clorfeniramina                                                                                                                                                 | CRITICO |  |  |  |  |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

|      |         |                                                                                                 |                                                                                                                                                                      |         |  |  |  |  |
|------|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|--|--|--|
| 7.16 | 4.17.20 | Área estéril (blanca)<br>Material y equipo<br>para la atención de<br>paro<br>cardiorespiratorio | Diazepan                                                                                                                                                             | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.21 |                                                                                                 | Tabla para asistir paro cardiorrespiratorio                                                                                                                          | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.22 |                                                                                                 | Laringoscopio con hojas de diferentes números                                                                                                                        | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.23 |                                                                                                 | Bolsa de Insuflación mecánica (Ambu) pediátrico y/o de adultos                                                                                                       | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.24 |                                                                                                 | Cilindro de oxígeno con manómetro y llave                                                                                                                            | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.25 |                                                                                                 | Bigotera para oxígeno                                                                                                                                                | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.17.26 |                                                                                                 | Desfibrilador                                                                                                                                                        | CRITICO |  |  |  |  |
| 4.18 | 4.18.1  | Área Blanca                                                                                     | Fuente de succión                                                                                                                                                    | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.18.2  |                                                                                                 | Maquina de anestesia con sistema de alarmas visuales o audibles para el oxígeno, alta y baja de presión en la vía aérea, caída de la presión de los diferentes gases | CRITICO |  |  |  |  |
|      | 4.19.1  |                                                                                                 | Guantes                                                                                                                                                              | CRITICO |  |  |  |  |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

|       |        |                         |                                                                             |         |   |  |  |  |
|-------|--------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------|---|--|--|--|
| 4.19  | 4.19.2 | Desechos Bioinfecciosos | Contenedores para embalaje                                                  | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 4.19.3 |                         | Lentes y mascarillas                                                        | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 4.19.4 |                         | Delantal de material impermeable                                            | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 4.19.5 |                         | Botas de hule                                                               | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 4.19.6 |                         | Gorros                                                                      | CRITICO |   |  |  |  |
|       |        |                         |                                                                             |         |   |  |  |  |
| 4.20  | 4.20.1 | Área de Archivo Clínico | Debe contar con mobiliario para este fin, pueden ser de madera o metálicos. | CRITICO |   |  |  |  |
| 4.21  | 4.21.1 | Área de Limpieza        | Debe contar con estantes                                                    | MAYOR   |   |  |  |  |
|       | 4.21.2 |                         | Trapeadores o mopas                                                         | MAYOR   |   |  |  |  |
|       | 4.21.3 |                         | Insumos de limpieza y otros                                                 | MAYOR   |   |  |  |  |
| Total | 54     |                         | Requerimientos específicos evaluados                                        |         | 0 |  |  |  |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |

RECOMENDACIONES INSPECCIÓN

| REQUERIMIENTO GENERAL N° 5 |       |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DESCRIPCIÓN |              |    |           |               |
|----------------------------|-------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|----|-----------|---------------|
| DOCUMENTACION.             |       |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |              |    |           |               |
| N°                         |       | REQUERIMIENTOS                                                 | REQUERIMIENTOS ESPECÍFICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CLASIF.     | CUMPLIMIENTO |    |           | OBSERVACIONES |
|                            |       |                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | SI           | NO | No Aplica |               |
| 5.1                        | 5.1.1 | Manual Administrativo                                          | Deberán presentar la propuesta del manual administrativo, el cual deberá contener: Descripción de puestos, sus requisitos, funciones del personal de enfermería, medico, otros profesionales de la salud, y organigrama.                                                                                                                                              | CRITICO     |              |    |           |               |
| 5.2                        | 5.2.1 | Manuales de procedimientos                                     | Que incluya los diferentes procedimientos médicos y de enfermería, los cuales deberán estar actualizados y avalados por el Regente del establecimiento. Acorde a los lineamientos vigentes del Ministerio de Salud o al Instituto Salvadoreño del Seguro Social                                                                                                       | CRITICO     |              |    |           |               |
| 5.5                        | 5.5.1 | Nomina de Recursos Humanos                                     | DSe deberá contar con una base de datos del personal :<br>• Médicos oftalmólogo<br>• Médico anestesiólogo<br>• Licenciados en anestesiología e Inhalo terapia<br>• Profesionales de Enfermería<br>• Profesionales de llamada.                                                                                                                                         | CRITICO     |              |    |           |               |
| 5.6                        | 5.6.1 | Normas para el control de Infecciones en la Atención Sanitaria | Deben ser conformes a los "Lineamientos para el Control de Infecciones en la Atención Sanitaria" del MINSAL o ISSS, para la prevención y control de infecciones. Entre sus contenidos deben figurar: recomendaciones acerca de Higiene de Manos, materiales para el lavado, Lavado de manos clínico, lavado de manos quirúrgico, precauciones universales con sangre. | CRITICO     |              |    |           |               |
|                            | 5.6.2 |                                                                | Deberá contar con un Comité y/o Responsable de Infecciones Nosocomiales formado por médico, enfermera. Este comité se encargará de la difusión y verificación del cumplimiento de las mismas                                                                                                                                                                          | CRITICO     |              |    |           |               |



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO         |  |  |  | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------|--|--|--|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA |  |  |  | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |  |  |  |

|       |        |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |   |  |  |  |
|-------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|--|--|--|
| 5.8   | 5.8.1  | Servicio de limpieza                                                                                                     | Si es sub-contratado se debe presentar al momento de la inspección el contrato con la empresa que prestará el servicio.<br>Si es propio deben contar con un Manual de procedimientos de limpieza de cada área.                                                                                                                                                                                        | CRITICO |   |  |  |  |
| 5.9   | 5.9.1  | Manual para el manejo de Clasificación, recolección, traslado, almacenamiento y despacho de los desechos bioinfecciosos. | Deben contar con este Manual basado en la norma para el manejo de los desechos bioinfecciosos del Ministerio de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                | CRITICO |   |  |  |  |
| 5.10  | 5.10.1 | Archivo                                                                                                                  | Deberán presentar la copia del programa que refleje quien será el recurso encargado de supervisar y monitorear el desempeño de enfermería, este además albergara los instrumentos a utilizar y el calendario para la supervisión (Este requerimiento será aplicable en los casos que el recurso que desarrollara los diversos procedimientos no posea el grado académico de licenciada en enfermería) | CRITICO |   |  |  |  |
| 5.11  | 5.11.1 | Mantenimiento de equipo.                                                                                                 | Normas para mantener operativo el equipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 5.11.2 |                                                                                                                          | Normas de Mantenimiento de equipos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CRITICO |   |  |  |  |
|       | 5.11.3 |                                                                                                                          | Registro de mantenimiento preventivo, correctivo y calibración del equipo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CRITICO |   |  |  |  |
| Total | 11     |                                                                                                                          | Requerimientos específicos evaluados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         | 0 |  |  |  |

**RECOMENDACIONES INSPECCIÓN**



**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MÉDICA**  
**FICHA DE INSPECCIÓN POR APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



| TIPO DE ESTABLECIMIENTO                       |  |  |  | JUNTA COMPETENTE PARA EJECUCION DE INSPECCION |                          |
|-----------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------|--------------------------|
| CENTRO DE CIRUGIA OFTALMOLOGICA               |  |  |  | JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN MEDICA    |                          |
| CAMPO DE FIRMAS                               |  |  |  | INSPECCIÓN                                    |                          |
| PROPIETARIO / REPRESENTANTE LEGAL / APODERADO |  |  |  | Nombre y firma                                |                          |
|                                               |  |  |  |                                               |                          |
| INSPECTOR                                     |  |  |  | Nombre y firma                                |                          |
|                                               |  |  |  |                                               |                          |
| INSPECTOR                                     |  |  |  | PUNTAJE ALCANZADO                             |                          |
|                                               |  |  |  | INSPECCIÓN                                    |                          |
|                                               |  |  |  | 0%                                            |                          |
|                                               |  |  |  | Req. Críticos                                 | APROBADO (FIRMA Y SELLO) |
|                                               |  |  |  | 0%                                            |                          |
| Nombre de Inspector                           |  |  |  | Req. Mayores                                  | DENEGADO (FIRMA Y SELLO) |