

**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD-DADIS
DIRECCION OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL**

Rad. No DOVC 1291 de 2016

Investigado: "ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A ESIMED S A-CENTRAL DE
ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA

REPRESENTANTE LEGAL DE LA IPS: SERGIO AUGUSTO VELEZ CASTAÑO

NIT: 800215908-8

CÓDIGO DEL PRESTADOR: 1300101327- 3

DIRECCION: Pie del Cerro Sector El Espinal #29B-58

TELÉFONO: 6582060

Fecha de visita: 16 de Septiembre de 2016

Informe Final de Verificación: No 0167 de 2016, entregado al prestador.

Asunto: Auto que Ordena Apertura de Investigación Administrativa Sancionatoria y
Formulación de Cargos (Por Informe Final de Verificación No 0167 -2016)

Cartagena de Indias D T. y C., a los 30 días del mes de Noviembre de (2016).

ANTECEDENTES

Visto el contenido del informe final de visita de verificación No 0167-2016, llevada a cabo a la IPS "ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA", representada legalmente por el Sr. SERGIO AUGUSTO VELEZ CASTANO, identificado con NIT No 800215908-8 y código de prestador 1300101327-3, barrio Pie del cerro Sector el Espinal No 29B-58, por parte del equipo verificador de la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del DADIS (LUIS FELIPE RODRIGUEZ, RAFAEL ARÉVALO POSADA, EUBALDO ESPITIA ESPITIA, CESAR MEZA ROJAS, FREDDY MARRUGO LEYVA, MARIA DEL SOCORRO RODRÍGUEZ, BENJAMÍN SANTA MARIA ROSALES, Y ALEXANDER OCHOA VILLAMIL) consistente en presunta falla en el cumplimiento de las condiciones de entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, evidenciando que, el equipo verificador detectó los siguientes Hallazgos Generales:

1. SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA:

Se verifica el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Hallazgo:

• **Patrimonio:**

El patrimonio neto es del 1.537% superando en 50% su capital Social. Estos valores fueron certificados en su balance general con fecha de corte 31 de Marzo del 2016. Dicho balance general a esa fecha de corte se encuentra auditado por el revisor fiscal Dr. Rafael Luque



- **Obligaciones Mercantiles:**

Presenta obligaciones mercantiles en más de 360 días, del 5.5%, que no supera su pasivo corriente en 50%. Estos valores fueron certificados en su balance general con fecha de corte 30 de Junio del 2016. Dicho balance general a esa fecha de corte aún no ha sido auditado por el revisor fiscal Dra. María Angélica Buitrago Ibáñez T.P. 115538-T

$$\$31.087.073 / \$556.963.901.885 * 100 = 5.5\%$$

- **Obligaciones Laborales:**

No presenta obligaciones laborales en más de 360 días, según certificado expedido por el contador público Dra. Martha Lucia Bernal Acevedo T.P 42446 T con fecha del 30 de Junio del 2016.

$$\$0 / \$556.693.901.885 * 100\% = 0\%$$

Normatividad:

Resolución 2003 del 2014 en los numerales 2.1 Condiciones de Capacidad Técnico – Administrativas, numeral 2.1.2 Sistema Contable, numeral 2.2 Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financieras, numeral 2.2.1 Patrimonio, numeral 2.2.2 Obligaciones Mercantiles, numeral 2.2.3 Obligaciones Laborales.

Hallazgo:

- La institución prestadora de servicios de salud ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A.- CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, presentó copia de los estados financieros (Balance general y Estado de Resultado) con fecha de corte a 31 de marzo del 2016, y los mismo documentos financieros a corte 30 de Junio del 2016 estos últimos sin ser auditados por el revisor fiscal Dra. María Angélica Buitrago Ibáñez, además se entregó certificado de suficiencia patrimonial y financiera a corte 30 de Junio del 2016 firmado por el contador público Dra. Martha Lucia Bernal Acevedo T.P. 42446-T por el cual se pudo analizar el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de la institución en el cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

En el análisis financiero basado en los estados financieros a corte 31 de marzo del 2016 y auditado por el revisor fiscal Dr. Rafael Luque Duarte T.P. 82561 –T que se realizó a la IPS Estudios e Inversiones Medicas S.A., teniendo en cuenta indicadores y variantes que permite generar un diagnóstico podemos precisar lo siguiente;

- Presenta un índice de liquidez de un 80% que determina una capacidad para cumplir con sus obligaciones a corto plazo.
- En su nivel de endeudamiento, presenta un 94%, lo que determina un alto índice de endeudamiento y un alto riesgo para poder cubrir sus pasivos.
- Su capital de trabajo con un 80% le permite obtener beneficios o remanentes para cumplir con sus pasivos corrientes más representativos como salarios por pagar, cesantías consolidadas, intereses de cesantías, prima de servicios y vacaciones consolidadas.



resultados que le permiten a la institución, tener recursos para cumplir con sus obligaciones a corto plazo.

Con un alto índice en la concentración del endeudamiento a corto plazo que presenta a la fecha la institución prestadora de servicios de salud ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A.-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, genera un alto riesgo

2. CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA:

Se verifica el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica y que cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes

Hallazgo:

- La institución prestadora de servicios de salud ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A.-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, se constituyó como una sociedad sin ánimo de lucro, según matrícula # 09-164755-02 de Diciembre 10 de 2001. Su objeto social principales actividades de atención de la salud humana. No se evidencia cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, debido a que hay ausencia de fiabilidad, y esencialidad, lo que implica la presencia de riesgos en la prestación del servicio. Estos hallazgos están descritos con mayor precisión en lo evidenciado por cada estándar de habilitación.

Sistema Contable:

Hallazgos

- No se evidenció que cuente con Software Contable que le permita tener un registro con las especificaciones definidas en el Plan General de Contabilidad (Plan Único de Cuentas Hospitalario).

No se pudo evidenciar para sus registros contables y la preparación de sus Estados Financieros la IPS Estudios e Inversiones Medicas S.A., conserva los principios y normas de general aceptación en Colombia prescritas por los decretos 2649 y 2650 de 1993 y otras normas complementarias. Debido a que la información no fue suministrada.

3. CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA:

Hallazgos:

La verificación de esta condición se realizó en las instalaciones de la institución prestadora de servicios de salud ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A ESIMED S A-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, mediante observación directa por parte de los verificadores, quienes confrontaron lo observado en cada uno de los servicios del prestador contra las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, según lo establecido en los estándares de habilitación de la Resolución 2003 de 2014 y en la Resolución 4445 de 1996 que aplica a los servicios creados o modificados a partir del 01 de noviembre de 2002.

6. TALENTO HUMANO:

Estándar: Se verifica que el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios cumpla con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

- Se solicitó la relación de todo el recurso humano asistencial que presta directamente los servicios a los usuarios en la entidad independientemente del tipo de vinculación. Se solicitó las hojas de vida del personal relacionado en el listado. Se verificó que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. Se verificó que en las hojas de vida se cuente con los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo o certificados de aptitud ocupacional de auxiliar, según el cargo para el que fue vinculado. Se verificó que los profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares asistenciales cuentan con el título formal expedido por una institución educativa que se encuentre en los listados de las instituciones reconocidas por el Estado para la expedición del título que se verifica. Si el título es expedido por una institución educativa por fuera de Colombia verifique que el título cuente con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación

Procesos del Talento Humano: NO SE EVIDENCIA:

- Análisis de capacidad instalada del talento humano versus oferta de servicios clínicos. Teniendo en cuenta parámetros como tiempos de espera en los diferentes servicios, capacidad productiva, características epidemiológicas de los pacientes que demandan los servicios, entre otros.
- En el proceso de inducción de todo el personal asistencial, soportes del seguimiento, la medición y la aplicación de lo socializado en las distintas áreas y procesos generales de la IPS.
- En todas las capacitaciones realizadas, evaluaciones antes y después de cada tema que garanticen medir el nivel de conocimiento y la adherencia a lo aprendido.
- Evaluación de competencia (Matriz de Competencia), de los años 2015 y 2016.

Evaluación de hojas de vida:

No se evidenció:

- Certificado de AIEPI del Dr. JAIRO OROZCO CABEZA (Medico General).
- Certificado de formación en BLS y ACLS en la hoja de vida del Dr. OSCAR TRUJILLO BENITEZ (Medico General) y de MILDRED ROMERO ORTIZ (Enfermera Jefe).
- Los siguientes funcionarios tienen los certificados de REANIMACION BASICA Y AVANZADA (BLS y ACLS) vencidos:
 - CATHERINE MARTÍNEZ PAYARES (Enfermera Jefe).
 - Dr. HUMBERTO PERNA KALIL (Medico General), además no tiene certificado de formación en AIEPI.
 - NORMA RAMÍREZ DÍAZ (Auxiliar de Enfermería), además le falta copia de la Tarjeta Profesional y certificado de vacunación funcionaria.

LABORATORIO CLÍNICO:

No cuentan con las hojas de vida de los ingenieros que realizan los mantenimientos de los equipos biomédicos.



6.2 INFRAESTRUCTURA - INSTALACIONES FÍSICAS MANTENIMIENTO

Estándar: Se verifica que las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales sean las adecuadas al tipo de servicios ofrecidos

- En el momento de la visita, se evidenció en el acceso de la zona de ambulancia y peatonal un registro domiciliario de alcantarillado sin la tapa respectiva.

Área de gases medicinales y bombas de agua:

- En el momento de la visita solo estaban conectadas a la red de suministro de oxígeno dos (2) cilindros grandes y uno (1) mediano, con dos (2) cilindros de reserva.
- El área está muy mal conservada y lo tienen como talleres las Bomba de agua están bastante oxidadas.
- En el momento de la visita no soportaron los análisis microbiológicos de los tanques de almacenamiento del agua potable.

Planta eléctrica:

- Es de transferencia manual
- No tiene cabina de insonorización
- No cuenta con hoja de vida ni cronograma de mantenimiento preventivo.

Cuarto de residuos hospitalarios:

- No cuenta con luz.
- Las paredes no son lavables.
- La puerta de protección es de persianas y no tiene protección para el ingreso de cucarachas ni roedores
- Se evidenciaron recipientes de residuos sin sus respectivas tapas.

Depósito temporal de cadáveres

- No cuenta con luz.
- Se evidencia falta de mantenimiento general en paredes, piso y cielo raso
- No cuenta con ventilación ni aire acondicionado
- Sus paredes no son lavables ni de fácil desinfección.
- Se evidencia camilla con signos oxido y colchoneta en mal estado.

Cuarto de aseo general

- No cuenta con puerta de acceso.
- Se evidencia falta de mantenimiento general.

 En el patio de la institución se observó gran cantidad de muebles y enseres dados de baja a cielo abierto, lo que se convierte en guarida para artrópodos, roedores y criadero de mosquitos, factor de riesgo importante para los pacientes de contraer enfermedades transmitidas por vectores.

SERVICIO DE URGENCIAS:

- Se evidenciaron lámparas de luz fuera de servicio.
- El aire acondicionado se encontraba fuera de servicio.

Baño de hombre :Se observó:

- Fuga de agua en el sanitario sin control.
- El piso en mal estado.
- Lámpara de luz sin protección.

Baño de mujer

- Se observó falta de mantenimiento general y limpieza ,
- El piso no tiene rejilla el sifón.
- Al momento de la visita no le han hecho aseo y se logra percibir un olor putrefacto
- En toda el área.

Consultorio No. 1

- Se evidenció humedad en el cielo raso alrededor de la rejilla del aire acondicionado.
- Dentro de éste consultorio está ubicado el cuarto de máquina del aire acondicionado y además lleno de agua estancada, caldo de cultivo de plagas y microorganismos patógenos.

Consultorio No.2

- Se observó lámpara de luz fuera de servicio.
- El baños interno no tiene luz y la presión del agua del grifo del lavamanos es insuficiente.
- La puerta del baño no tiene cerradura, lo que impide la privacidad total de los pacientes que utilizan dicho baño.

Consultorio No.3

- En la pared del consultorio se observó humedad debajo del aire acondicionado.
- El baño interno no tiene luz y el lavamanos no tenía agua al momento de la visita.

Sala de observación:

- El aire acondicionado se encontraba inoperante. el calor en esta sala es insoportable, se pudo comprobar altas temperaturas, lo cual sumado a la nula ventilación y la presencia de niños y pacientes con infecciones respiratorias, se convierte en caldo de cultivo para infecciones asociadas a la atención en salud.
- Los cubículos no se encontraban identificados ni existían ambientes para mujeres, hombres y niños. No contaba divisiones fijas o móviles. El área mínima por camilla no es de 6 metros cuadrados y las camillas estaban separadas por menos de 90 centímetros de distancia.
- Se encontraron varios pacientes con más de tres (3) días de estar hospitalizados en éste servicio esperando ser trasladados a otros centros de mayor complejidad.

- Se observaron pacientes sentados en sillas plásticas con líquidos endovenosos,
- La presión del agua del grifo del lavamanos y de la ducha del baño es insuficiente

- No contaba con luz.
- Se evidenció que debajo del sifón de desagüe se encontraba un balde, para almacenar el agua producto de la fuga de éste.

Trabajo limpio :

- Se evidenció pared con signos de humedad y la presencia de comején en las paredes.

Unidad Sanitaria personal asistencial

- El enchape de baldosín de cerámica de la pared se encuentra en mal estado debido a la caída de gran parte de los baldosines y al grifo del lavamanos le colocaron una cubierta con esparadrapo porque tiene fuga y no lo pueden utilizar.

Sala de procedimientos:

- Se observaron lámparas de luz fuera de servicio.
- En el grifo del lavamanos la presión del agua es insuficiente y además. Se evidenciaron patos sobre el sanitario.
- No hay insumos de aseo jabón y toallas desechables para secar las manos
- No hay guardián para depositar las jeringas usadas, se evidenció una jeringa usada encima del dispensador de toallas.
- En su interior se encontraron siete (7) sillas azules plásticas utilizadas por pacientes que acuden para ser atendidos en este servicio y separadas de la camilla de atención por un atril improvisado.
- Se observaron varias velas de lámparas luz quemada.

Sala de canalización

- El sistema de aire acondicionado tiene fuga de agua por el drenaje, manchando la pared. En su interior se encontraron siete (5) sillas azules plásticas utilizadas por pacientes que acuden para ser atendidos en este servicio y separadas de la camilla de atención por un atril improvisado.

Sala de reanimación :

- En su interior se encontró un paciente con dos días de hospitalización, frente a la cama hay cuatro (4) sillas plásticas azules utilizadas por los familiares de los pacientes aquí hospitalizados. Por lo tanto dado el caso que se requiera de esta área para un paciente en paro cardiorrespiratorio, no existe otro espacio para tal fin convirtiendo esta situación en un gran riesgo para los pacientes que requieran de dichas maniobras.

CONSULTA EXTERNA (2DO PISO)

SERVICIO DE DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR

biomédicos para la realización de HOLTER, un ECOCARDIOGRAFO, UNA BANDA SIN FIN, UN CARRO DE PARO, lo que no permite la libre movilización del talento humano y pacientes en casos de rutina y de emergencias.

- No cuenta con sala de procedimientos
- Se observó falta de mantenimiento general en muros.
- Se evidenció humedad y fisura en cielo raso.
- Falta lámpara de luz en cielo raso, dejando su espacio a la vista.

Baño del consultorio:

- No cuenta con baranda de apoyo ni luz.
- En su interior se encontró un archivo clínico del servicio y papelería e insumos.
- El Cielo raso se encuentra desprendido y el sanitario no tiene tapa.

Consultorio N° 10 (Ortopedia)

- No cuenta con lavamanos
- El cielo raso en mal estado

Consultorio N° 9 (Ginecología y Pediatría)

- No hay aire acondicionado, ni abanico, la temperatura es insoportable
- La puerta del baño no cierra totalmente, lo que impide la privacidad de los paciente
- Se observa comején en el marco de la puerta del baño y un gran faltante del cielo raso.

Consultorio N°7 (ortopedia)

- Se observan fisuras en muros, el aire acondicionado no funciona, tampoco hay abanico.

Consultorio N°6

- Inhabilitado desde hace 6 meses por malas condiciones en su infraestructura, no aire, no abanico.

Consultorio N°4 (medicina interna)

- Inhabilitado desde hace 3 meses por malas condiciones en su infraestructura

Baño de mujeres del personal asistencial: Fuera de servicio.

Sala de espera N° 2

- Presenta cuatro (4) lámparas de luz fuera de servicio.
- No cuenta con aire acondicionado.
- Se evidenciaron muros en mal estado, con grietas y levantamiento de pintura.

LABORATORIO CLÍNICO:

- No cuenta con: Ducha lavaojos, ambiente de esterilización ni ambiente administrativo.
- El área administrativa está ubicada dentro del área técnica y debajo de la ducha.

 Dentro del depósito de insumos se evidenció una cocineta improvisada, donde se calientan y

- En el área técnica de equipos, se evidenció humedad y desprendimiento de pintura en pared debajo del aire acondicionado, además se observó un orificio que comunica con la parte exterior.
- El área de inmunquímica no está señalizada al igual que el área de lavado de materiales.
- Se encontró cajas de cartón con insumos sobre el piso.

6.3 DOTACIÓN-MANTENIMIENTO:

Estándar: Se verifica que la IPS cuente con los equipos indispensables, que se encuentren en óptimas condiciones y que se les realice el mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos.

Hallazgos Generales:

- Las hojas de vida de los equipos biomédicos no cuentan con la información que se requiere, está incompleta y desactualizada
- Dentro de los documentos que tienen como soportes de los equipos biomédicos no se evidenciaron los soportes tales como factura de compraventa o documento equivalente y reportes de mantenimiento preventivo o correctivo como tal de años anteriores.
- El cronograma de mantenimiento que tienen proyectado en la institución para los equipos no se cumple.
- El inventario de los equipos biomédicos está completamente desactualizado
- Las evidencias de los mantenimientos efectuados no describen las actividades de mantenimiento ni dan información relevante acerca del mismo por lo cual no se constituye como evidencia de que se realice un mantenimiento como tal
- No se evidenciaron soportes de calibración de equipos biomédicos.
- Se observaron equipos biomédicos, camillas, mesas auxiliares, atriles con signos de oxidación y estribos o escaleras para subir a las camillas en mal estado.(consultorio 9, 10, 7).
- En el servicio de urgencias se observaron colchonetas deterioradas y en mal estado y atriles improvisados con sábanas desechables de las camillas y pegadas con grapas.
- El equipo colposcopia no cuenta con hoja de vida ni soportes ni evidencias de mantenimiento de ningún tipo.
- En los consultorios N°9, ginecología y ortopedia, consultorio N° 7, Consultorio 10, cuentan con dotación respectiva.
- Los carros de paro no cuentan con termo higrómetro.

DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR

- Al momento de la visita la institución no soportó actividades de mantenimiento preventivo ni calibraciones de los equipos biomédicos de éste año ni años anteriores.
- No se evidenció cronograma de mantenimiento preventivo ni de calibraciones de ésta vigencia ni de años anteriores.

 El desfibrilador no funciona en la opción de batería, solo conectado a toma corriente eléctrico.

ULTRASONIDO:

6. 4 MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS – GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS E INSIMOS

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados y que aplique, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y que las condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, no favorezcan riesgos en la prestación de los servicios.

Hallazgos Generales:

- Los medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos asistenciales que se encontraban en el servicio de urgencias de la institución se almacenaban bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad inapropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante. El prestador no contaba con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así que no se evidenció su registro, control y gestión.
- En los carros de paros y equipos de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), no se garantiza, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.
- Se encontró en el servicio de urgencias medicamentos y dispositivos mal gestionados, solución inyectable abierta con microporo con leyenda de fecha de apertura, además en el servicio de DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR se encontraron medicamentos vencidos en el carro de paro

6. 5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:

Estándar: Se verifica que estén documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Hallazgos Generales:

- No cuentan con comité de urgencias.
- No se aportó evidencia del plan de gestión interna de residuos hospitalarios y similares y su respectivo plan de contingencias ni actas de capacitación y socialización del recurso humano de dicho plan.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Hallazgos Generales:

- Para el fortalecimiento de la cultura institucional no se evidenció que el prestador este dado aplicación al programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución para alcanzar el 90% en el año 2016.

No se evidenció :

- Un Programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: Planeación estratégica de la seguridad, Fortalecimiento de la cultura institucional, Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos, Procesos Seguros:

Un referente y ni un equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, asignado por el

- Un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.
- Protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la institución.
- No se evidenciaron actividades dirigidas a verificar el cumplimiento de los procedimientos y protocolos de la institución.
- La institución no demostró procedimiento de respuesta inmediata ante la ocurrencia de un evento adverso por medicamento o dispositivo médico.
- No se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y no se retroalimenta el proceso.
- No se evidenció implementación y supervisión de la adherencia de guías, manuales y procedimientos que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:
 - Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.
 - El prestador no cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.

SERVICIO FARMACEUTICO:

Durante la visita se evidencia inoportunidad en la dispensación de los medicamentos a los diferentes servicios, registros de pendientes sin resolver y repetitivos desde el servicio farmacéutico. Medicamentos esenciales, tales como CARBAMACEPINA, LOSARTAN, AMOXACILINA, IBUPROFENO entre otros.

- No se dispone de indicadores de oportunidad en la dispensación que permitan medir la oportunidad a su vez de la dispensación de los medicamentos que han quedado pendientes de tal manera que se busque garantizar la dispensación de los tratamientos farmacoterapéuticos, así como el análisis de los mismos y las acciones de seguimiento y mejora de tal manera que le permita determinar permanentemente la demanda insatisfecha de servicios y corregir rápidamente las desviaciones que se detecten y no se genere riesgo en salud del usuario.
- Desde el servicio farmacéutico y los diferentes comités técnico científico no se evidencia registros de gestión por el desabastecimiento de los medicamentos y dispositivos médicos requeridos en la atención, en los cuales no se registra la falta de continuidad en algunas prescripciones médicas, inoportunidad en las terapias, riesgos inherentes a la inoportunidad en la administración del tratamiento farmacoterapéutico.
- No se tiene definido, implementado y evaluado procedimiento de control de los pendientes de medicamentos y dispositivos médicos en los diferentes servicios.
- No se tiene definido en la política de seguridad de paciente aquellos incidentes o eventos adversos presentados en la institución cuya causa principal es la inoportunidad en la dispensación del medicamento o del dispositivo médico.

LABORATORIO CLINICO:

- No cuentan con evidencias de socialización de manuales, guías y protocolos
- No se evidencia cumplimiento e identificación de los riesgos inherentes al servicio pero no se articulan a

SERVICIO DE DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR

- El prestador no garantiza la oportunidad en la entrega de los resultados de los electrocardiogramas y eco cardiogramas (más de ocho días)
- Este servicio no cuenta con una red de datos de internet para el envío y recibo de exámenes y resultados, utilizan el celular personal de la auxiliar de enfermería del servicio.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES:

- Se encontraron pacientes con más de 3 días de hospitalización en el SERVICIO DE URGENCIAS y que requerían atención urgente en instituciones de mayor complejidad sin que hasta el momento de finalizar la visita se hubiera resuelto su situación.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC

- Se observó PAMEC 2016 en proceso de elaboración a escasos tres (3) meses para finalizar el año.

PROCESO DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD:

No se evidenció un proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud con el objetivo de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de servicios

6. 6 HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:

Estándar: Se verifica que la IPS tenga diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo sea técnicamente adecuado. Que cuente con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios, acorde con lo establecido en la Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan.

Hallazgos:

Durante la visita se evidenció que desde el servicio farmacéutico no se tiene acceso a la historia clínica.

6. 7 INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:

Estándar: Se verifica que los servicios ofrecidos por el prestador, tengan el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

Hallazgos:

- El servicio farmacéutico no está garantizando el suministro de medicamentos a los pacientes del servicio de urgencias dados de alta.
- La institución no tiene disponibilidad para el LABORATORIO CLÍNICO porque a éste servicio se le tomó medida de suspensión temporal de servicio.



Al momento de la visita el prestador no garantizaba la seguridad de la institución, porque no

Si bien es cierto que el SERVICIO DE URGENCIAS no requiere de apoyo alimenticio, los costos de alimentación de aquellos pacientes que tienen más de 24 horas de estar hospitalizados en éste servicio deben ser asumidos por el paciente y sus familiares sin ningún tipo de control nutricional.

7. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Estándar: Se verifica que la IPS suministre la información necesaria que permita estimular la competencia por calidad, pueda orientar a los usuarios en el conocimiento de las características de sus servicios y en el ejercicio de sus derechos y deberes, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos.

Hallazgos:

- **SISTEMA DE INFORMACION:** Cumple con el envío de indicadores obligatorios a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

SISTEMA DE INFORMACION AL USUARIO (SIAU):

- La oficina de SIAU es compartida con la oficina de coordinación médica, de igual forma la coordinadora médica es la persona encargada de recepcionar todas las inquietudes de los usuarios.

La institución no cuenta con canales de información y de acceso a la información por parte del usuario ni un mecanismo apropiado para la radicación de los derechos de petición que presentan los usuarios.

8. CONCLUSIONES:

Una vez finalizada la presente visita de verificación y con base en lo anteriormente descrito, se decide realizar **suspensión temporal de servicios**, soportado en el Decreto 780 de 2016 y lo estipulado en Resolución 2003 de 2014, en la Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001 a los servicios que a continuación se relaciona por no cumplir con los estándares de habilitación:

- URGENCIAS AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD
- DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR AMBULATORIO DE MEDIANA COMPLEJIDAD

De igual forma se toma medida de suspensión temporal a los servicios que a continuación se relacionan por estar habilitados y no prestarse.

- RADIOLOGÍA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD
- CONSULTA EXTERNA DE ENDOCRINOLOGIA.

Y a los consultorios N°s 4 y 6, por encontrarse inhabilitados por fallas en la infraestructura física.

- El no cumplimiento en su totalidad de los estándares de habilitación por parte de la institución prestadora de servicios de salud ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A ESIMED S A-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, implica el inicio de un proceso sancionatorio de carácter administrativo en contra de dicha institución, respetando todos los derechos que el prestador tiene dentro de su debido proceso.

10. REQUERIMIENTOS:



La institución prestadora de servicios de salud ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S.A ESIMED S A-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, debe solucionar todas las inconsistencias plasmadas en el presente informe y solicitar visita de

- Todo el personal asistencial y administrativo en general debe estar identificado.

Por todas las inconsistencias antes precisadas, salta a la vista y sin el menor asomo de dudas que la **IPS ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED- CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS -ESIMED CARTAGENA**, ha incurrido en el incumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS consistente en la no aplicación de las siguientes normas que a continuación se transcriben:

"Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del sector Salud y Protección Social," compilatorio del Decreto 1011 de 2006: "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

Art. 2.5.1.2, que a su vez transcribe el contenido del Decreto 1011 de 2006 Art 4, así:

ARTÍCULO 4o.- COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. **El Sistema Único de Habilitación.**
2. **La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.**
3. **El Sistema Único de Acreditación.**
4. **El Sistema de Información para la Calidad.**

ARTÍCULO 6o.- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

Capítulo 3, sección 2 del Decreto 780 de 2016: Habilitación de prestadores de servicios de salud:

Art. 2.5.1.3.2.1, el cual transcribe el Artículo 7°, del Decreto 1011 de 2006. Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Parágrafo. Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, solo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

Art. 2.5.1.3.2.2.6, el cual transcribe el Artículo 12 del Decreto 1011 de 2006. Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 DE 2014 (28 MAY 2014) "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud"

Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud: "Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones: 3.1 Capacidad Técnico Administrativa, 3.2 Suficiencia Patrimonial y Financiera, y 3.3. Capacidad Tecnológica y Científica. Parágrafo. Las definiciones, estándares, criterios y parámetros de las condiciones de habilitación, son las establecidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud adoptado con la presente resolución."

Igualmente el Manual de la Resolución 2003 de 2014, establece en su numeral 2 **Condiciones de Habilitación**: "Conjunto de requisitos y criterios que deben cumplir los prestadores para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud..."

En el numeral 2.1 referente a las Condiciones Técnico Administrativas establece que las mismas están referidas al cumplimiento de los criterios que se ajustan a la normatividad vigente y a la clasificación de las entidades de acuerdo con la naturaleza jurídica, las cuales deben cumplir con un certificado de asistencia y representación legal dado por su naturaleza jurídica y con un sistema contable conforme al plan único de cuentas hospitalario, para el caso de las IPS privadas.

En el numeral 2.3 referente a las Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica, precisa lo siguiente: "La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios: **Fiabilidad**: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

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

Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y son definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos. Las condiciones tecnológicas y científicas tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud, a partir de los estándares de habilitación.

El numeral 2.3.1 concerniente a los Estándares de habilitación, señala lo siguiente: "Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca. Los estándares de habilitación son principalmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos. El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que éstos apunten a los riesgos principales.

Los estándares son esenciales, es decir, no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; únicamente, incluyen aquellas que son indispensables para defender la vida, la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia que su ausencia implica la presencia de riesgos en la prestación del

prestación de un servicio de salud a conciencia que el usuario está en inminente riesgo. En este sentido, no deben presentarse planes de cumplimiento. **Los estándares deben ser efectivos, lo que implica que los requisitos deben tener relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiéndose por ello, que su ausencia, genera riesgos que atentan contra la vida y la salud.** Por ello, están dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud. Los estándares buscan de igual forma atender la seguridad del paciente, entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Los estándares aplicables son siete (7) así: Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos Dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia.

Los criterios establecen el detalle del estándar para su interpretación y son el elemento concreto dentro de cada servicio, para evaluar la seguridad en la atención del paciente. Los estándares y criterios para cada uno de los servicios se encuentran en el presente manual. El Ministerio de Salud y Protección Social, será el encargado de establecer los estándares para los servicios que no se encuentren contemplados en el presente manual.

El alcance de cada uno de los estándares es:

Talento Humano. Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.
Infraestructura. Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.

Dotación. Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos. Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Procesos Prioritarios. Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

Interdependencia. Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador. En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio. Lo anterior, por cuanto quien lo declare será responsable del cumplimiento del estándar, independientemente que intervengan otras organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento del estándar.

Así mismo cabe advertir, que la normatividad antes mencionada (Manual de la Resolución 2003 de 2014) establece en los numerales que a continuación se transcriben, los estándares y procesos que debe obligatoriamente cumplir todos los servicios de las IPS, así:

Estándares y Criterios de Habilitación por Servicio

Los criterios definidos a continuación corresponden a aquellos que deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación que se pretenda prestar.

El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación. Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.

Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.

En lo referente a infraestructura, se señala el siguiente tenor literal:

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.

Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial. Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos, de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencias. Si se tienen escaleras o rampas, el piso de esta es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres.

Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.

Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección.

(...) Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con punto de sistema central con regulador.

El Decreto 4445 de 1996 Artículo 7. DOTACION DE SERVICIOS PUBLICOS.:

Para la construcción de las instituciones prestadoras de servicios de salud se deberán garantizar los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistema de comunicación, como también de manejo y evacuación e residuos sólidos y residuos líquidos.

ARTICULO 15. SUMINISTRO AGUA POTABLE NORMAS APLICABLES.

Para el suministro de agua en las instituciones prestadores de servicio y salud deberá darse el cumplimiento a la ley 9 de 1979, a sus reglamentarios y en especial el decreto 2105 de 1983 sobre potabilización del agua (...).

ARTICULO 33. DE LOS SERVICIOS DE APOYO A LAS ACTIVIDADES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

Establece en referencia al servicio de morgue que esta, debe estar ubicada en un sitio de permita la fácil evacuación del cadáver, su acceso debe ser restringido y diferente al acceso de pacientes, además deberá contar con un sistema de ventilación natural y/o artificial. Parágrafo: Las instituciones prestadoras de servicio de salud con servicios de hospitalización y/o urgencias, deberán contar como mínimo con un espacio físico para depósito de cadáveres.



En cuanto al estándar de dotación y mantenimiento, la resolución 2003 de 2014 establece lo siguiente: utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico-científico. Se realiza mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos con sujeción a

en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo.

En cuanto al estándar de medicamentos y dispositivos médicos, la resolución en mención establece que todo prestador de servicios de salud deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requerido para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA. Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos (...). Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos... y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes de la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.

En cuanto a los procesos prioritarios asistenciales, la mentada resolución establece que las instituciones prestadoras de salud deben contar con procesos documentados, socializados y evaluados de acuerdo al tipo del prestador de salud. Debe contar con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación de eventos adversos que incluya como mínimo:

- a. Planeación estratégica de la seguridad.
- b. Fortalecimiento de cultura institucional.
- c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos.
- d. Procesos seguros.

Por otra parte, el Artículo 15, del precitado Decreto 2200 de 2005, en lo tocante a los Procesos del Servicio Farmacéutico, establece que: "Los procesos del servicio farmacéutico se clasifican en generales y especiales:

1. Dentro de los procesos generales se incluyen como mínimo: Selección, adquisición, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos; participación en grupos interdisciplinarios; información y educación al paciente y la comunidad sobre uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos; y, destrucción o desnaturalización de medicamentos y dispositivos médicos.

2. Pertenecen como mínimo a los procesos especiales: Atención farmacéutica; farmacovigilancia; preparaciones: magistrales, extemporáneas, estériles; nutriciones parenterales; mezcla de medicamentos oncológicos; adecuación y ajuste de concentraciones para cumplir con las dosis prescritas; reempaque; reenvase; participación en programas relacionados con medicamentos y dispositivos médicos; realización o participación en estudios sobre el uso de medicamentos y dispositivos médicos, demanda insatisfecha, farmacoepidemiología, farmacoeconomía, uso de antibióticos, farmacia clínica y cualquier tema relacionado de interés para el paciente, el servicio farmacéutico, las autoridades y la comunidad; monitorización de medicamentos; preparaciones extemporáneas, control, dispensación y distribución de radio-fármacos; investigación clínica; y, preparación de guías para la dación o aceptación de donaciones de medicamentos y dispositivos médicos.

El Artículo 18, de la misma obra en mención, precisa en lo referente a la Distribución de Medicamentos, lo siguiente: (...)

"El servicio farmacéutico deberá determinar el sistema o los sistemas de distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos médicos que deban implementarse en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, para garantizar la oportunidad, seguridad, eficiencia y calidad de los medicamentos y dispositivos médicos que deban suministrarse a los pacientes.

condiciones, criterios y procedimientos establecidos en la normatividad vigente y los que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico. Los servicios farmacéuticos del primer nivel de complejidad podrán adoptar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, sometiéndose a las condiciones, criterios y procedimientos señalados. El Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria podrá operar en una Institución de Salud con otro u otros sistemas intra-hospitalarios de distribución.”

Así mismo, se afectaron los proceso de referencia y contra referencia de pacientes. Y el proceso de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, no fue evidenciado con el objeto de realizarle seguimiento a los riesgos presentados.

Finalmente, en cuanto a la interdependencia de servicios, la resolución 2003 de 2014, establece que cuando se trate de un servicio declarado dentro de la IPS, este debe estar garantizado en cuanto a su funcionamiento en su totalidad. Debiendo disponer de todos los servicios que vienen ofertados.

Ahora bien, en el caso que nos ocupa tenemos que, sin lugar a dudas la IPS ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS-ESIMED CARTAGENA, visitada el pasado 16 de septiembre del año en curso según los hechos antes precisados, originados en la visita de verificación de las condiciones de habilitación a dicho prestador, por parte del equipo de verificadores de esta Dirección Operativa e vigilancia y Control del DADIS, detectaron las falencias antes detalladas, constitutivas de incumplimiento al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud, Decreto 780 DE 2016, en punto a lo preceptuado en cada una de las normas antes precisadas y transcritas, como también de la resolución 2003 de 2014, junto con su Manual de Procedimiento, en los artículos y numerales antes transcritos, la resolución 4445 de 1996, y la resolución 2200 de 2005 por las razones que antes se detallaron, los cuales dan lugar a que se profiera este auto de apertura y de formulación de cargos.

Así mismo, cabe advertir que somos competentes para adelantar esta investigación de conformidad con las siguientes normas:

Decreto 780 de 2016, Art 2.5.1.3.2.13, antes mencionado, el cual señala las competencias de este territorial así:

ARTÍCULO 2.5.1.3.2.13 VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. *Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8o y 9o del presente decreto.*

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto

ARTÍCULO 2.5.1.3.2.15.- PLAN DE VISITAS. *Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones Tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.*

ARTÍCULO 2.5.1.3.2.16.- PLANES DE CUMPLIMIENTO. *Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.*

ARTÍCULO 2.5.1.3.2.17.- CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. *La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la*

ARTÍCULO 2.5.1.7.1.- INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

ARTÍCULO 2.5.1.7.2.- AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

ARTÍCULO 2.5.1.7.5.- APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

ARTÍCULO 2.5.1.7.6.- SANCIONES. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Por lo anteriormente expuesto tal y como da cuenta el informe final que es parte integral de esta investigación No 0167 de 2016 resultado de la visita de verificación llevada a cabo al prestador ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, se concluye un gran cumulo de inconsistencias las que fueron descritas en detalle anteriormente, las mismas que no permitieron al equipo visitador, certificar el cumplimiento los estándares de habilitación. Al tiempo que se tomaron medidas preventivas de suspensión temporal de servicios por no cumplir con los estándares de habilitación, en los siguientes servicios:

1. Urgencias Ambulatorias de baja complejidad
2. Diagnostico cardiovascular ambulatorio de mediana complejidad
3. Laboratorio Clínico Ambulatorio de mediana Complejidad

De igual forma se toma medida de suspensión temporal a los servicios que a continuación se relacionan por estar habilitados y no prestarse:

1. Radiología ambulatoria de baja complejidad
2. Consulta externa de endocrinología
3. Consultorios No 4 y 6 por encontrarse inhabilitados por fallas en la infraestructura física



De ahí que resulte pertinente y razonable iniciar este proceso sancionatorio de carácter administrativo, conforme lo prevee el decreto 780 de 216, (compilatorio del Decreto 1011 de 2006) en contra de la IPS en mención, pues se desconoció la Resolución 2003 de 2014 y su manual de Procedimiento "Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los

que se desconocieron los componentes del SOGCS en punto al sistema de habilitación, por las razones antes expuestas. Cabe precisar que en lo tocante a Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios, se incumplieron por parte del prestador en mención, la Capacidad tecnológica y científica en punto a Talento Humano, Dotación – Mantenimiento, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Historia Clínica y Procesos Prioritarios Asistenciales. Así mismo se desconoció la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Finalmente se incumplió la Capacidad Técnico Administrativa y la Suficiencia Patrimonial Financiera

En consecuencia, con ocasión de estas normas incumplidas por parte del prestador según da cuenta el informe final de verificación No 0167 de 2016, se proferirá en contra del prestador ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, este acto administrativo de apertura de investigación y de formulación de cargos.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Los hechos materia de la presente investigación administrativa sancionatoria son competencia de este Despacho, conforme al Decreto 228 de 2009 Artículo 14.

Por tanto, para verificar la ocurrencia de los hechos, determinar la conducta violatoria de la normatividad vigente y la responsabilidad del investigado, la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo de Salud- DADIS; da inicio Investigación Administrativa Sancionatoria, soportadas en el Informe Final de Visita de Verificación No 0073-2016 adelantada por el equipo de profesionales especializados de la salud, de la Dirección Operativa de Vigilancia y Control DADIS.

El Despacho considera los hechos que se encuentra individualizado el prestador presuntamente responsable de las presuntas fallas incurridas por parte de IPS empresa de transporte especial de pacientes "ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA", con base en los medios de pruebas allegados, tales como:

- Informe Final de Visita de Verificación No 0167-2016.
- Acta de Visita
- Acta de Imposición de Medida Preventiva de los servicios sobre los que se tomó la medida

RESUELVE

PRIMERO: Iniciar la investigación administrativa sancionatoria contra la IPS "ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA y formular los cargos expuestos en los antecedentes de este auto.

SEGUNDO: Ordénese la práctica de las siguientes diligencias:

2.1 Recíbasele descargos al Representante Legal de la IPS "ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA-CENTRAL DE ESPECIALISTAS Y URGENCIAS ESIMED CARTAGENA, con el objeto que deponga sobre los hechos objeto de investigación.

2.2 Téngase como pruebas los siguientes documentos, para el perfeccionamiento de la presente investigación: Informe Final de visita de Verificación No 0167, Actas de Visita y Actas de imposición de medida preventiva de los servicios sobre los cuales se tomó la medida.

2.3 Practíquense las demás pruebas que sean necesarias para el esclarecimiento de los hechos.

TERCERO: Comisionar al Dr. RODOLFO GRAU DE ÁVILA, Asesor Jurídico de la Dirección Operativa para la Vigilancia y Control del DADIS adscrito a este despacho, por el término de treinta (30) días, para que practique las diligencias ordenadas y las demás que surjan de las anteriores, sean pertinentes y tiendan a esclarecer los hechos objetos de la presente investigación.

 **CUARTO:** Por Secretaría se adelantarán las siguientes diligencias:

Notificar al representante legal de la entidad la determinación tomada en este providencia

dirección en la cual recibirán las comunicaciones. Al Investigado se le indicará adicionalmente que tiene derecho a designar defensor.

Para tal efecto, líbrense las respectivas comunicaciones indicando la decisión tomada y la fecha de la providencia.

En caso que no pudiese notificarse personalmente se realizara la notificación según lo contemplado en el artículo 69 de la Ley 1437 de 2011.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


ALBERTO PEREIRA LLAMAS,
Director Operativo de Vigilancia y Control- DADIS.