

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

Rad. No DOVC 1305 de 2017

Investigado: ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S A ESIMED S A. (CONSULTA EXTERNA) por visita de verificación de condiciones de habilitación.

REPRESENTANTE LEGAL: SERGIO AUGUSTO VELEZ CASTAÑO

NIT: 800215908-8

CÓDIGO DEL PRESTADOR: 130010132701

DIRECCION: PIE DEL CERRO SECTOR EL ESPINAL #29B-58

TELÉFONO: 6582060

Informe Final de Verificación: No 0166 de 2016 de las condiciones de habitación realizado a Consulta Externa.

Asunto: Auto que Ordena Apertura de Investigación Administrativa Sancionatoria y Formulación de Cargos (Por Informe Final de Verificación No 0166 -2016)

Cartagena de Indias D.T. y C., a los 26 días del mes de Mayo de 2017

ANTECEDENTES

Visto el contenido del informe final de visita de verificación No 0166-2016, llevada a cabo a la IPS "ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED S.A(CONSULTA EXTERNA)", representada legalmente por el Sr. SERGIO AUGUSTO VELEZ CASTANO, identificado con NIT No 800215908-8 y código de prestador 1300101327-01, 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, los cuales fueron consignados en el Informe final de Verificación No 166-2015, en los siguientes términos:

1. OBJETO

Acorde con lo estipulado en el Decreto 780 de 2016, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, mediante el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del DADIS, en cumplimiento de lo plasmado en el Plan de Visitas, documento elaborado por esta Dirección

suficiencia patrimonial y financiera de habilitación que les son exigibles, se ha realizado la visita de verificación a la Institución **ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S A ESIMED SA**, para comprobar el cumplimiento de las condiciones de entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación. Las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, se evalúan mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud y en cuanto a las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación se hace contra los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, en la Resolución 2003 de 2.014. Así mismo, se hace énfasis que esta visita se enmarcó en la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, en especial en lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, Ley 09 de 1979, Ley 1122 de 2007. Consecuente con lo anterior, se presenta el siguiente informe:

2. **METODOLOGIA UTILIZADA:** Teniendo en cuenta lo plasmado en el Plan de Visitas, documento elaborado por esta Dirección Operativa para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud del Distrito de Cartagena de Indias, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación que les son exigibles, se ha programado la visita de verificación a la institución prestadora de servicios de salud "**ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA**", la cual fue priorizada acorde al artículo 14 de la resolución 2003 de 2014, numeral 14.1. "Las visitas a los servicios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, 14.10. "Las demás visitas que las Entidades Departamentales Distritales de Salud definan en ejercicio de sus funciones". Se notificó la visita el **29 de Septiembre de 2016** a las **11:00 AM**, y se realizó planeación de está evidenciándose lo siguiente: Se inició la visita de verificación el **30 de Agosto de 2016 a las 02:00 PM**, dando a conocer la agenda de visita en reunión inicial, se realizó recorrido por todas las áreas de la institución tomando evidencia fotográfica, terminado este se inicia verificación por servicio aplicando lo establecido en el "Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud" de la Resolución 2003 de 2014 y Además en la resolución 4445 de 1996. La visita de verificación se dio por terminada el **31 de Agosto de 2016 a las 4: 30 PM**, donde se levantaron las actas correspondientes las cuales se le socializaron en reunión final a los representantes de la institución y se le dejo constancia de ello.

Consecuente con lo anterior, se presenta el siguiente informe:

	<u>PROCESOS</u>	
SERVICIO	MODALIDAD	COMPLEJIDAD
950. PROCESO DE ESTERILIZACION	AMBULATORIO	BAJA

3. **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.

que el patrimonio total de la Empresa se encuentra por encima del 50 % de la cuenta que se registra el capital, y que en caso de incumplimiento de las obligaciones mercantiles a mas de 360 días su valor acumulado no supera el 50% del pasivo corriente y que en caso de incumplimiento de las obligaciones laborales a mas de 360 días su valor acumulado no supera el 50% del pasivo corriente.

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 Duarte T.P. 82561-T

$$\$18.516.942 / \$1.204.044 * 100 = 1.537\%$$

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:

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

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

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 IPS Estudios e Inversiones Medicas S.A., presento 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

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.

El efectivo que se entiende como el grado mayor de liquidez, es verificado en su balance general (Disponibles, Caja, Banco, Cuenta de Ahorro) a corte de marzo del 2016, con resultados que le permiten a la IPS Estudios e Inversiones Medicas S.A., tener recursos para cumplir con sus obligaciones a corto plazo.

6. CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA:

6.1 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.

Hallazgos:

Procesos del Talento Humano:

- ✓ No se evidenció 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.
- ✓ No se evidencia en el proceso de inducción de todo el personal asistencial, el seguimiento, la medición y la aplicación de lo socializado en las distintas áreas y procesos generales de la IPS.
- ✓ No se evidenció en todas las capacitaciones realizadas evaluaciones Pre y Pos que garantizan medir el nivel de conocimiento del antes y después de los capacitados.
- ✓ No se evidenció evaluación de competencia (Matriz de Competencia), de los años 2015 y 2016.

La coordinadora del servicio de odontología, que realiza actividades asistenciales y administrativas, se encontraba de licencia al momento de la visita y no se encontró profesional que realizara sus actividades lo que representa riesgo para la prestación del servicio y de la organización.

6.2 INFRAESTRUCTURA

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.

- ❖ El baño de hombres no contaba con iluminación y el pedal de recipiente de residuos hospitalarios estaba dañado.
- ❖ El baño de mujeres no cuenta con los insumos para el lavado de las manos, las lámparas están fuera de servicio y sin protección.
- ❖ Humedad en los muros como evidencia y tomas eléctricas sin tapas de protección.

TOMA DE MUESTRAS

- ❖ Hacía falta la rejilla del aire acondicionado en el cielo raso.
- ❖ Baño sin baranda de apoyo.
- ❖ Lámpara cuello de cisne degollada fuera de servicio.
- ❖ El recipiente de residuos hospitalarios no le funcionaba el pedal de abrir y cerrar.
- ❖ En el área de la toma de muestras de ginecología la puerta de acceso tenía la cerradura en mal estado y la otra puerta carecía de cerradura, presentando un orificio en su lugar lo cual no permite privacidad al paciente.

AREA DE VACUNACIÓN

- ❖ La nevera de transporte de insumos no cuenta con control de temperatura.
- ❖ El drenaje del aire acondicionado descarga en la poceta del mesón.

CONSULTORIO DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- ❖ Baño sin baranda.
- ❖ El enchape en la parte inferior de la pared al lado del sanitario se observó resane descubierto.
- ❖ Rejilla de aire acondicionado desprendida.
- ❖ El recipiente de residuos hospitalarios presentó el pedal dañado.

CONSULTORIO No. 1

- ❖ Negatoscopio fuera de servicio.
- ❖ El pedal del recipiente de residuos hospitalarios no funciona.

CONSULTORIO No. 2

- ❖ Negatoscopio fuera de servicio.
- ❖ El pedal del recipiente de residuos hospitalarios no funciona.
- ❖ Rejilla de aire acondicionado con suciedad por falta de mantenimiento.

CONSULTORIO No. 3

- ❖ Pared con desprendimiento de pintura.
- ❖ El baño sin baranda y sin iluminación.
- ❖ Negatoscopio fuera de servicio.



SERVICIO DE FARMACIA

- ❖ El aire acondicionado fuera de servicio.

- ❖ La temperatura ambiente supera el límite permitido para conservar los medicamentos.
- ❖ Perforaciones en los muros

SERVICIOS UBICADOS EN EL SEGUNDO PISO:

AREA DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

- ❖ Negatoscopio fuera de servicio.
- ❖ Las cajas para el control eléctrico de las unidades todas se encuentran con las tapas inseguras.

En el área de lavado y desinfección se encontraron insumos sobre el mesón y algunos faltando un día para su vencimiento.

- ❖ El material empacado y esterilizado no se encontraban protegidos.
- ❖ Se evidencia falta de mantenimiento general a toda la infraestructura (pisos, paredes techos),
- ❖ Se observaron cables y tuberías expuestas, lo que representa riesgos para los usuarios y personal operativo.
- ❖ Se observa mesa de mayo recubierta por tela sintética la cual presenta acumulo de polvo y a la vez es un reservorio de bacterias; lo que representa riesgo biológico para los usuarios y operarios del servicio.
- ❖ No cuenta con licencia de equipos de Rayos X.

SALA DE ESPERA SEGUNDO PISO

- ❖ El baño de hombres no cuenta con lavamanos y además se encontró materiales depositados en él dificultando su uso, FUERA DE SERVICIO.

CONSULTORIO No. 4

- ❖ Lamina del cielo raso desprendida.

CONSULTORIO No. 5

- ❖ No cuenta con papel para el secado de las manos.
- ❖ No cuenta con metro.

CONSULTORIO No. 6

- ❖ El cielo raso sobre el área de camilla se encontraba con pintura desprendida y su lamina, originando un riesgo eminente.
- ❖ El aire acondicionado deficiente.

CONSULTORIO No. 7

- ❖ Rejilla de aire acondicionado con suciedad.
- ❖ Persiana de ventana en mal estado.
- ❖ Negatoscopio fuera de servicio.

CONSULTORIO No. 8

Fuera de servicio.

CONSULTORIO No. 10

- ❖ Toma corriente sin protección.

VARIOS

No se evidenció señalización de la ruta de evacuación de residuos hospitalarios y del personal.

- ❖ La última certificación de fumigación fue el 4 de febrero de 2016
- ❖ Análisis bacteriológico del agua potable se encontró que fue en febrero de 2015.
- ❖ El tanque de almacenamiento de agua subterráneo; se evidenció en su tapa de acceso con mucho óxido, en mal estado y sin seguro.
- ❖ El vidrio de la ventana que da a la terraza interna este partido generando peligro para todo el personal que visita la institución.

6.3 DOTACIÓN

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 equipos biomédicos no cuentan con los soportes de ingreso de los equipos tales como factura de compra o documento equivalente.
- El inventario de equipos biomédicos está incompleto y desactualizado.
- El cronograma de mantenimiento de equipos biomédicos no se ejecuta de acuerdo a la frecuencia que allí se encuentra estipulada.
- No se evidencia mantenimiento de equipos de los consultorios de consulta externa en lo que va corrido del año 2016.
- No se evidencian certificados de calibración de equipos biomédicos de la presente vigencia. Los últimos certificados de calibración que se evidenciaron fueron de mayo de 2015.
- Los equipos de odontología no cuentan con evidencias de mantenimiento de años anteriores a la presente vigencia.
- Las evidencias de las actividades de mantenimiento de los equipos biomédicos de odontología no registran ni marca ni modelo ni serie de los equipos. Como tampoco se evidenció una descripción de las actividades de mantenimiento realizadas.
- Se observó que la hoja de vida de la autoclave del servicio de odontología aportada, no coincide con el equipo evidenciado durante la visita de verificación.
- Se constató que no se está cumpliendo con el cronograma de mantenimiento de equipos del servicio de odontología.
- Se evidenciaron sillón odontológico y lámpara de fotocurado inoperantes al momento de la visita.
- Se observa falta de mantenimiento de los sillones odontológicos.
- En el servicio farmacéutico no contaba con aire acondicionado y las temperaturas eran superiores a los 30°C.

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:

- En el servicio de Odontología se encontraron al momento de la visita medicamentos mal gestionados (Anestésicos almacenados que no se garantiza la conservación y control de temperatura y humedad).
- En el servicio farmacéutico se evidenció mala gestión en la selección, adquisición, almacenamiento, conservación y dispensación de los medicamentos.
- No se evidencia política de uso y reúso de dispositivos médicos en la Institución.

8. 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 aportaron Guías clínicas sobre manejo de complicaciones anestésicas.
- No se observaron los procedimientos para la información al paciente y la familia sobre recomendaciones y preparación pre procedimiento y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de las posibles complicaciones que se podrían presentar durante los procedimientos realizados.

SEGURIDAD DEL PACIENTE

Hallazgos:

- 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:
- No se evidenció un referente y ni un equipo institucional para la gestión de la seguridad del paciente, asignado por el representante legal en la institución.
- 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 procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.
- No se evidenció 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

- 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.

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

No se evidenció un proceso de auditoria 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.

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC

Se observó PAMEC vigencia 2016, elaborado, no aprobado por la alta gerencia, no se encuentra socializado ni implementado.

9. 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:

- Se evidenció que la misma persona encargada de la recepción de pacientes es la encargada de la oficina del SIAU.
- No se evidenció el envío de indicadores obligatorios a la SUPERINTENCIA NACIONAL DE SALUD.

➤ **CONCLUSIONES:** Una vez finalizada la presente visita de verificación y con base en lo anteriormente descrito, 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, se decide realizar **suspensión temporal de actividades** a los servicios que a continuación se relacionan por no cumplir con los estándares de habilitación:

1. (714)-SERVICIO FARMACÉUTICO AMBULATORIO DE BAJA COMPLEJIDAD,
2. (724)-TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS,
3. CONSULTORIO NUMERO 6.

➤ De igual forma se toma medida de suspensión temporal al siguiente servicio, por estar habilitado y no prestarse en esta sede:

4. (950). PROCESO DE ESTERILIZACION.

El presente informe se encuentra soportado en los formatos de verificación y en las actas correspondientes a la visita, registros firmados por el representante legal de la institución o en su

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**, 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 **ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S A ESIMED S A**, debe solucionar todas las inconsistencias plasmadas en el presente informe y solicitar visita de seguimiento.
- De igual forma se debe mejorar la oportunidad en la Dispensación de todos los Medicamentos a los pacientes para garantizar la integralidad del servicio.
- Se debe incluir en el análisis de capacidad instalada del talento humano versus oferta de servicios, otros parámetros y no limitar el estudio a las mínimas condiciones de habilitación que exige la norma vigente, parámetros como tiempos de espera en los diferentes servicios, capacidad productiva, características epidemiologías de los pacientes que demandan los servicios, participación de los estudiantes en la prestación de los servicios según convenio docencia servicio, estancias medias observadas en cada servicio, entre otros.
- Debe realizarse encuesta de clima organizacional al personal asistencial de la IPS Estudios e Inversiones Médicas S.A.
- Crear mecanismo o herramientas que permitan medir avances en la implementación de los distintos procesos, protocolos de la institución.

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- CONSULTA EXTERNA-**, 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
Sigüentes:

- 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.**

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.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su 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

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 servicio y/o atentan contra su dignidad y no pueden ser sustituibles por otro requisito. **El cumplimiento de los estándares de habilitación es obligatorio**, dado que si los estándares son realmente esenciales como deben ser, la no obligatoriedad implicaría que el Estado permite la 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.

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

2.3.2.1 Todos los servicios

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 (tomos, 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 asistenciales. Si se tienen

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.


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.

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 un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y los controles de calidad de uso corriente 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:



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.

Los servicios farmacéuticos de las instituciones de segundo y tercer nivel de complejidad deberán implementar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria, de acuerdo con las 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 afectó el proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, no fue

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-CONSULTA EXTERNA-, 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, se advierte que se ha desconocido por parte del prestador el sistema de información de indicadores de calidad que obligatoriamente deben enviar a la Superintendencia de salud en forma periódica.

Por último los verificadores determinaron que, con base en lo anteriormente descrito, 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, se decide realizar **suspensión temporal de actividades** a los servicios que a continuación se relacionan por no cumplir con los estándares de habilitación:


5. (714)-SERVICIO FARMACÉUTICO AMBULATORIO DE BAJA COMPLEJIDAD,
6. (724)-TOMA E INTERPRETACIÓN DE RADIOGRAFÍAS ODONTOLÓGICAS,
7. CONSULTORIO NUMERO 6.

De igual forma se toma medida de suspensión temporal al siguiente servicio, por estar habilitado y no prestarse en esta sede:

8. (950). PROCESO DE ESTERILIZACIÓN.

Esta medida sanitaria de Suspensión Temporal tomada por parte del equipo de verificadores a la IPS visitada, evidencia sin lugar a dudas un mayor reproche de la conducta del prestador, ya que la salud de las pacientes se encontraba en un inminente riesgo al seguir prestándose dichos servicios de salud, sobre los cuales se tomó dicha medida.

Igualmente, 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 "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

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

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.

ARTICULO 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 0166 de 2016 resultado de la visita de verificación llevada a cabo al prestador ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA- CONSULTA EXTERNA, 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.

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 prestadores del servicio de salud y de habilitación de servicio de salud", como también las normas contenidas en la Resolución 4445 de 1996 y la Resolución 2200 de 2005 antes transcritas. Al igual 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; y Procesos Prioritarios Asistenciales. Así mismo se desconoció la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema de Información de Indicadores. Finalmente se incumplió 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 0166 de 2016, se proferirá en contra del prestador ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS SA ESIMED SA-CONSULTA EXTERNA 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 00166-2016 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

- Informe Final de Visita de Verificación No 0166-2016.
- 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-CONSULTA EXTERNA 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-CONSULTA EXTERNA 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 0166, 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:

4.1. Notificar personalmente al prestador de la determinación tomada en esta providencia, advirtiéndole que en contra de la misma no procede recurso alguno y que deberá suministrar la dirección en la cual recibirán las comunicaciones. Al Investigado se le indicará adicionalmente que tiene derecho a designar defensor.

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

En caso que no pudiere 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