

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

**POR MEDIO DEL CUAL SE ORDENA UNA SANCION PECUNIARIA DE MULTA DENTRO DEL PROCESO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO No.1280 DE 2016 CONTRA LA IPS CORPORACION ECUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO ESCO IDENTIFICADA CON CÓDIGO 1300101460-1 Y NIT No 806.007.255-7**

La Directora Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS- de Cartagena, en ejercicio de la facultad sancionatoria que le ha sido delegada por el Alcalde Mayor de Cartagena, mediante el Art. 14 del Decreto 228 de 2009, expedido por la Alcaldía Mayor de Cartagena, Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001, Decreto 2240 de 1996, Ley 10 de 1990, Decreto 1011 de 2006 (vigente para la época de los hechos), Resolución 2003 de 2014 y,

**CONSIDERANDO**

1. Que el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, establece. **INTERVENCIÓN DEL ESTADO.** El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines: a) Garantizar la observancia de los principios consagrados en la Constitución y en los artículos 2 y 153 de esta Ley; b) Asegurar el carácter obligatorio de la Seguridad Social en Salud y su naturaleza de derecho social para todos los habitantes de Colombia; c) **Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud;** d) Lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud permitiendo progresivamente el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud y a los de protección y recuperación de la salud a los habitantes del país; e) Establecer la atención básica en salud que se ofrecerá en forma gratuita y obligatoria, en los términos que señale la Ley; f) Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad; g) Evitar que los recursos destinados a la Seguridad Social en Salud se destinen a fines diferentes; h) Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social. PARÁGRAFO. Todas las competencias atribuidas por la presente Ley al Presidente de la República y al Gobierno Nacional, se entenderán asignadas en desarrollo del mandato de intervención estatal de que trata este artículo.
2. El artículo 170 de la Ley 100 de 1993, expresa, Dirección del Sistema. El Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo **la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control** del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud y la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( ) 2014

3. La ley 715 de 2001, en su artículo 45, establece **LAS COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LOS DISTRITOS**. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre municipios y la Nación.
4. La Ley 1438 de 2011 "POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", no deroga lo expresado en cuanto a la competencia de los distritos se refiere a dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en salud en el territorio de su jurisdicción.
5. Que el Decreto 1011 de 2006, define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). El cual se encontraba vigente para la época de los hechos (hoy recogido y compilado por el Decreto 780 de 2016).
6. Que El incumplimiento al Decreto 1011 de 2006, y sus Resoluciones Reglamentarias dará lugar a las sanciones contempladas legalmente.
7. Que la Resolución 2003 de 2014 regula lo concerniente a los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, junto a su manual.
8. Que en su Art 18 ibídem precisa en lo referente a la Vigilancia y Control, las entidades Departamentales y Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, vigilaran y controlaran el cumplimiento de la presente resolución.
9. Que la ley 9 de 1979 establece en su Artículo 577 °.- Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:
  - a. Amonestación;
  - b. Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;
  - c. Decomiso de productos;
  - d. Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
  - e. Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

## 1. ANTECEDENTES

### 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.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( ) 2019

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:

- Condiciones de Suficiencia Patrimonial y financiera:

Patrimonio:

El patrimonio neto es del 550% superando en 50% su capital Social.

$$\$1.348.179.370.16 / \$2.450.000 * 100\% = 550\%$$

Obligaciones Mercantiles:

Presenta obligaciones mercantiles en más de 360 días, del 2.42%, que no supera su pasivo corriente en 50%.

$$\$43.688.543.00 / \$1.799.690.063.25 * 100\% = 2.42\%$$

Obligaciones Laborales:

Presenta obligaciones laborales en más de 360 días, del 6.7%, que no supera el pasivo corriente en 50%.

$$\$120.928.033 / \$1.799.690.063.25 * 100\% = 6.7\%$$

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

LA CORPORACION IPS E.S.C.O., expide certificado de suficiencia patrimonial y financiera, con fecha de corte contable 31 de Diciembre de 2015, soportado en su balance general y estado de resultado con igual fecha de corte, dando cumplimiento a la anterior normatividad.

Los libros contables de la CORPORACION E.S.C.O. se encontraron foliados con el registro mercantil hasta el año 2009. Basados en el decreto ley 019 del 10 de enero de 2012, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública y la circular externa 100 de Superintendencia de Sociedades; La CORPORACION E.S.C.O., en la actualidad realiza sus registros contables dando cumplimiento a la anterior normatividad.

- Durante la visita se verifico el Balance General y Estado de Resultado a corte de Diciembre del 2015. Se verificaron los pagos realizados en los meses de abril, mayo y junio de 2016 :

Se verificó de acuerdo a lo establecido en el Código de Comercio y en la ley 43 de 1990. Se examinaron los estados financieros básicos, Balance General Estado de Resultado y Flujo de Efectivo a corte 31 de Diciembre de 2015 y a corte de mayo del 2016, los cuales se encuentran certificados por el representante legal JORGE ENRIQUE SANCHEZ y por el contador público DANILA MORILLO MORILLO con T.P. # 53559-T.

Hallazgo:

- Los estados financieros antes citados y que son parte integral de este informe, y los cuales han sido tomados fielmente de los libros de contabilidad generalmente aceptadas aplicadas uniformemente según las normas, y leyes antes mencionadas.
- En el análisis financiero que se realizó a la Corporación E.S.C.O. IPS teniendo en cuenta indicadores y variantes que permite generar un diagnóstico preciso podemos precisar lo siguiente;

Su capital de trabajo no permite obtener beneficios o remanentes que le permitan 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 mayo del 2016, con resultados que no le permiten a la IPS ESCO tener recursos para cumplir con sus obligaciones a corto plazo.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

La concentración del endeudamiento a corto plazo verificado en el balance general a corte de mayo de 2016, evidencia un porcentaje de endeudamiento del 93% sobre la totalidad de su deuda, lo que implica un riesgo asociado al no pago de las deudas a corto plazo.

Se realizó análisis comparativo sobre la capacidad de rentabilidad del patrimonio entre los años 2014 y 2015, dando como resultado un aumento del 144.5% del año 2014 al 2015, lo que indica que esta es la capacidad de generar utilidad operacional por cada peso invertido en el activo. Si lo vemos de esta manera se observa una gran diferencia entre un año y el otro, y la razón es que se dejaron sin provisionar el 100% del valor de la cartera vencida a más de 360 días, lo que representa un gran porcentaje.

En el análisis del balance general a corte de mayo de 2016 su margen operacional es del 7.06%, sin tener en cuenta los ingresos no operativos de la IPS E.S.CO. Este margen operacional no se estima exacto en la IPS E.S.C.O. ya que no se evidenció el costo per capital, no hay evidencia del análisis y herramientas de control para saber cuánto costó genera cada paciente atendido, lo que permite generar unos resultados más claros para la IPS, ya sean de manera positiva o negativa.

En los pagos revisados en los meses de abril a junio del 2016 se evidenció obligaciones laborales sin pagar, correspondiente de los meses de mayo y junio de 2016, así como parafiscales y seguridad social.

Se evidenció en el plan de pago mensual de la IPS E.S.C.O, liquidaciones pendientes por pagar que obedecen a renuncias, liquidaciones de vacaciones vencidas, seguridad social de mayo y junio de 2016. Todo por valor de \$186, 861,952, solo lo proyectado para el mes de junio de 2016.

#### 5. CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA:

Hallazgo:

- La CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES E.S.C.O. IPS se constituyó como una sociedad sin ánimo de lucro, según escritura pública # 2027 de la notaria cuarta de Cartagena de Indias, el 6 de septiembre de 1999.

Su objeto social principal es promover el acceso a terapias intensivas para la intervención temprana en niños con Autismo y otras inhabilidades asociadas con el comportamiento y el aprendizaje.

Sistema Contable:

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

Hallazgos

- La CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO E.S.C.O. IPS Cuenta con su propio Software Contable (Software ZEUS. QL), el cual permite tener un registro con las especificaciones definidas en el Plan General de Contabilidad (Plan Único de Cuentas Hospitalario). Para sus registros contables y la preparación de sus Estados Financieros la IPS E.S.C.O. conserva los principios y normas de general aceptación en Colombia prescritas por los decretos 2649 y 2650 de 1993 y otras normas complementarias.

Normatividad:

Se verifica en la vigente resolución 2003/2014 numeral 2.1 y 2.1.1 Certificado de Existencia y Representación Legal.

Las condiciones de capacidad técnico administrativas, 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.

CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA:

Hallazgo:

La verificación de esta condición se realizó en las instalaciones de la institución prestadora de servicios de salud "CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO E.S.C.O. IPS", 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

6.1 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.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

Metodología

- 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 verifica que todo el personal de la relación cuente con hoja de vida. Se verifico 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 verifico 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.

Hallazgos generales

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 epidemiologías de los pacientes que demandan los servicios, entre otros.
- 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 E.S.C.O.
- En todas las capacitaciones realizadas, evaluaciones Pre y Pos que garantizan medir el nivel de conocimiento y la adherencia a los procesos aprendidos.
- Encuesta de clima organizacional al personal asistencial de la IPS E.S.C.O.
- Planes de mejoras a las evaluaciones de desempeño que se realizaron en el año 2015 al personal que realiza las terapias ABA.
- Personal asistencial que no tiene el perfil requerido para las competencias y de esta forma poder realizar su labor según el servicio ofertado por la Corporación E.S.C.O. IPS.
- Se evidenció que la señora JILL GERMAN, de nacionalidad estadounidense, quien labora en la Corporación E.S.C.O. IPS como capacitadora de las técnicas ABA y quien está certificada para desarrollar este tipo de capacitaciones por parte de una

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

empresa extranjera llamada AUTISM PARTNERSHIP no cuenta con un título formal en Colombia, ni convalidación de alguno título extranjero en el país.

- En la evaluación de competencia (Matriz de Competencia), de cada personal asistencial, la firma del personal idóneo para realizar estas evaluaciones y la firma del empleado.
- En las hojas de vida evaluadas del personal asistencial, se pudo comprobar , que no cuentan con certificado de formación en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.

## 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.

Hallazgos Generales:

Área de residuos hospitalarios

- En el momento de la visita no se evidenció puerta de acceso al depósito de residuos, lo que permitiría la presencia de roedores.
- En ninguno de los baños, al momento de la visita, se encontraron insumos de aseo personal. (jabón , papel higiénico, toallas)
- La sala de espera no cuenta con unidad sanitaria discriminada por sexos.
- Las condiciones generales de la infraestructura muestra evidencia de falta de mantenimiento general preventivo y correctivo en muros, pisos, cielo raso y baños. De las diferentes áreas y salones de terapias ), se aprecia en el registro fotográfico las condiciones de salinidad y desprendimiento de pañete y pintura de los muros, se hace evidente el estado de deterioro de los marcos y puerta por comején, los pisos muestran un desgaste y malas reparaciones con materiales diferentes y no son los acordes a la tipología de piso que debería tener una institución de este carácter, ya que estos deberían ser de tipo vinilo con el fin de aminorar riesgos de accidentes por caídas.
- La recepción y sala de espera de familiares está en la puerta de acceso, y es área de circulación abierta solo cuenta con la cubierta sin las mínimas condiciones climáticas,



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

solo cuenta con tres sillas de espera y en mal estado. no cuentan con unidad sanitaria para visitantes y el resto de la fachada de la institución está sin terminar se evidencia la estructura metálica de los muros y la lámina de superbord interna.

- La acometida eléctrica desde la entrada a la vivienda no cumple con la norma técnica RETIE, ya que se evidencia una serie de cables en desorden y sobre puestos no empotrados en los muros como lo exige la norma vigente, además se hace evidente el uso de regletas y tomas eléctricas sobre puestas en muros y a una altura que es de fácil acceso y manipulación por los niños que están en tratamientos, extractor de aire con protecciones rudimentarias y de forma artesanal y a muy poca altura en la unidad sanitaria. Además no cuentan con un generador auxiliar de energía que supla los cortes de la energía comercial y esto se evidencio el día de la visita, las condiciones de temperatura se hace incomoda cuando no funcionan los aires acondicionados.

- La unidad sanitaria que está en el exterior patio presenta un grado de deterioro avanzado los cubículos de sanitarios y duchas no tienen enchape y la pintura no es anti humedad, anti hongos ya muestra deterioro, hay un cubículo que le falta el sanitario, un sanitario sin tapa en el tanque y otro sanitario la tapa del tanque es en madera triplex, la rejilla del sifón de piso esta partida y penetran por ella bichos que salen de la tubería, y no hay insumos para aseo como papel higiénico y jabón los dispensadores están vacíos.

- Se evidencia falta de programación para suplir los equipos de aire acondicionado retirados y dañados y no hay mantenimiento evidente en los equipos que están funcionando, evidenciamos un equipo instalado en un salón con dos Valdés para recoger el agua que destilaba como se aprecia en la fotografía

- Los espacios destinados para hacer la recepción de alimentos y comedores de las dos sedes están ubicados en las áreas de los patios de las viviendas cubiertos solo con el techo que no les garantiza un clima agradable a los pacientes por las altas temperaturas que se sienten en estos espacios, el sitio donde se reciben los alimentos es abierta que no garantiza la inmunidad y que animales roedores crucen por las zonas donde se manipulan estos alimentos

- Mantienen en los muebles de salones de clase insumos comestibles como gaseosas y de botiquín de enfermería, todo mezclado con pinturas y materiales didácticos usados en las técnicas de la clase.

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

- En el área de mantenimiento se observaron historias clínicas de pacientes archivadas en cajas de cartón que reposan en el piso.
- La infraestructura física no garantiza la seguridad de los pacientes, ya que se observaron bastantes filos en columnas, esquineros y paredes.
- Las instalaciones eléctricas están muy accesibles a la manipulación de los pacientes, ya que se observaron muchas regletas sobrepuestas en muros y tomas eléctricas a muy poca altura, que aunque tengan protección, son muy fáciles de manipular.

#### 6.3 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

- Muy a pesar que la institución no tiene habilitado el servicio farmacéutico, se pudo evidenciar que algunos pacientes reciben o continúan con su tratamiento médico en la institución, previa autorización escrita para ello por parte de sus padres.
- Al momento de la visita se observó, un locker en cuyo interior se encontraron medicamentos para ser suministrados a los pacientes al lado de frascos de pintura de vinilos. La institución no tenía definida y documentada las especificaciones de conservación y control de fechas de vencimiento de estos medicamentos que vienen de la casa de los pacientes.

#### 6.4. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES:

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

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.

- Se evidenció que a partir de éste año, la institución implementó un protocolo clínico de manejo de conductas desafiantes y contención. En años anteriores solo contaban con las experiencias individuales, aprendidas por los terapeutas en otras instituciones.

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.
- La institución no cuenta con estudios técnicos científicos que demuestren la efectividad que permita medir la evolución y los beneficios presentados en los usuarios que reciben terapias de rehabilitación integral, solo manejan una escala de funcionalidad individual de cada paciente que se encuentra en cada historia clínica.
- No se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y no se retroalimenta el proceso.
- No se evidenciaron actividades dirigidas a verificar la adherencia al cumplimiento de los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos.
- La institución no cuenta con un programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:
  - o Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.
  - o Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.

PLAN DE EVACUACIÓN DE EMERGENCIAS:

- Se evidencia plan de evacuación de emergencias 2015, general, desactualizado. No se encuentra socializado en su totalidad. El plan de evacuación 2016, se encuentra

en construcción, algunos brigadistas ya no trabajan en la institución. No se han realizado simulacros.

#### 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. No se tienen identificado los riesgos inherentes a los servicios ofertados.

#### PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC

- Se observó PAMEC del año 2013, no aprobado ni socializado. No aportaron el cierre del programa 2015 ni versión 2016.

#### 6. 5 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:

- Se evidencia historia clínica manual. Al analizar varias de ellas, se pudo observar ilegibilidad en la letra, utilización de siglas y espacios en blanco.

#### 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.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( 17 ) 10 2019

Hallazgos:

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

SISTEMA DE INFORMACION AL USUARIO (SIAU):

- Se evidencia oficina de atención al usuario, la cual es compartida con la dirección médica, admisiones y evaluaciones psicológicas.
- No cuentan con un buzón de sugerencias, formato de recepción de información ni un mecanismo documentado para la radicación de los derechos de petición.
- Al momento de la visita la institución no contaban con formatos, cartillas de información para mejorar los canales de información y de acceso a la información por parte de los usuarios. Cuentan con avisos donde se socializan los deberes y derechos , pero no hay mecanismos para medir

8. CONCLUSIONES:

Una vez finalizada la presente visita de verificación y con base en lo anteriormente descrito, se decide realizar suspensión temporal de actividades y servicios , soportado en el Decreto 1011 de 2006 y lo estipulado en Resolución 2003 de 2014, en la Ley 9 de 1979, Ley 715 de 2001 y en los Decretos 2240 de 1996, 3518 de 2006 y 1280 de 2002 a los servicios que a continuación se relacionan por no cumplir con los estándares de habilitación:

CONSULTA EXTERNA DE:

PSICOLOGIA, AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD

TERAPIA OCUPACIONAL AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD

FISIOTERAPIA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD

FONOAUDIOLOGIA Y / O TERAPIA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( ) 2016

NOTAS ACLARATORIAS:

• En atención a la orden judicial impartida por el JUZGADO QUINTO DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE CARTAGENA, procedió la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del DADIS en cabeza de su Director Alberto Henrique Pereira Llamas a suspender la medida preventiva de suspensión temporal de los servicios mencionados, impuesta por el equipo verificador de esta Dirección Operativa el pasado 5 de Julio de 2016 en las instalaciones de la institución prestadora Corporación ESCO IPS, por incumplimiento de los estándares del sistema de habilitación contenidos en la Resolución 2003 de 2014, específicamente en los estándares de Gestión del Talento Humano, Infraestructura Física e Instalaciones y en las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera de la Institución. No obstante el cumplimiento de la orden judicial, este despacho se permite manifestar que la Corporación ESCO IPS no cumple con las condiciones de habilitación impuestas por la Resolución 2003 para seguir prestando los servicios declarados en el REPS resultando más riesgoso que los menores de edad sean atendidos en la institución a que no sean atendidos en ella, máxime si ningún paciente tiene una patología que ponga en peligro su vida, puesto que son patologías crónicas desde el nacimiento, por lo tanto la no atención en esta IPS de ninguna manera atenta ni contra el derecho a la vida ni a la salud porque no está demostrada la efectividad de los tratamientos para una mejoría de los pacientes, razón por la cual las Accionadas ( Distrito de Cartagena y DADIS) se eximen de responsabilidad alguna si sucede un accidente o un evento que ocasione daños a los usuarios ocasionados precisamente por los riesgos detectados durante la visita de verificación, mientras subsista la medida provisional de la acción de tutela impuesta por el Juez Quinto de Pequeñas Causas Laborales de Cartagena Doctor Alexander Severiche Pérez, pues la medida preventiva de suspensión temporal de servicios adoptada por el equipo verificador de la Dirección de Vigilancia y Control se hizo dentro de unos parámetros legales ordenados por la Ley 100 de 1993, el Decreto 1011 de 2006, Resolución 2003 de 2014 y la Ley 9 de 1979, cuya finalidad es precisamente prevenir eventos adversos asociados a la atención en salud. Sin embargo el día 22 de julio de 2016, se profirió el fallo dentro de la presente acción de tutela, en la que se resolvió no tutelar los derechos invocados por parte de los accionantes y usuarios de ESCO IPS y en consecuencia se ordenó dejar sin efecto la orden de levantamiento de la medida de suspensión de actividades inicialmente tomada por parte de esta Dirección Operativa, ordenando continuar con la medida sanitaria inicialmente tomada sobre varios servicios prestados en la IPS ESCO, los cuales se detallaron anteriormente.

• 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 defecto por la persona encargada de la misma y por el grupo verificador y ceñido a los estándares de habilitación y sus normas reglamentarias.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

2019

• El contenido probatorio (fotografías), fue recolectado en la visita de verificación, siguiendo los principios generales de la prueba y con base en lo estipulado en el código general del proceso, referido los medios de prueba. Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez." en concordancia con la norma que regula las "Distintas clases de documentos. Son documentos los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo, y las inscripciones en lápidas, monumentos, edificios o similares." (Negrillas y subrayado nuestro). Este registro fotográfico se encuentra disponible en el archivo de la base de datos de prestadores.

El no cumplimiento en su totalidad de los estándares de habilitación por parte de la institución prestadora de servicios de salud COORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO E.S.C.O. IPS, 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 COORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO E.S.C.O. IPS, debe solucionar todas las inconsistencias plasmadas en el presente informe y solicitar visita de seguimiento.
- Todo el personal asistencial y administrativo en general debe estar identificado.
- 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.
- La institución debe crear mecanismos o herramientas que permitan analizar los avances en la implementación de los distintos procesos, procedimientos y protocolos y de esta forma poder medir la eficacia y efectividad de los mismos en la evolución clínica y sus beneficios a través de las terapias de rehabilitación integral

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( 18 )

Por todas las inconsistencias antes precisadas, salta a la vista y sin el menor asomo de dudas que la CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO ESCO IPS, 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 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

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

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria 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.

## CAPITULO II

Habilitación de prestadores de servicios de salud

Artículo 7°. 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.



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

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.

Artículo 12. 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: (...) 3.3. 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 2.3 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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

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, entendiendo 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.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

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.

Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.

Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.

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.

Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.

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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

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.

En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas.

Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.

Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas 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.

En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.

La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de platos o los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin.

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

La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.

En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de frío y las áreas de depósito y almacén de la institución; éstos cuentan con: fuente de energía de emergencia y tanques de almacenamiento de agua para consumo humano.

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

En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos,

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.

Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.

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

Por otra parte, en cuanto a los Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, la resolución 2003 de 2014 y su manual, establece el siguiente tenor literal:

Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso 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 ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.

El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.

Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el Invima.

Los 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 y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

depósitos ó 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 ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión. Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.

Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades. Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral, se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.

Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.

Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil."

Así mismo, en cuanto a los Procesos Prioritarios Asistenciales, aplicable a todos los servicios, se establece lo siguiente, en la Resolución en mención:

"Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

Cuenta con 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:

a. Planeación estratégica de la seguridad:

Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.

Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.

b. Fortalecimiento de la cultura institucional:

El prestador tiene un 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.

El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos:

La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

d. Procesos Seguros:

Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.

Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.

La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.

Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

guías basadas en la evidencia. éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización. Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.”

“La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.

Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.

Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.

Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio”.

“Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.

La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.

Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.

En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:

1. Antes del contacto directo con el paciente.
2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.
4. Después de contacto con el paciente.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).“

Por otra parte el Decreto 2200 de 2005, que reglamenta el servicio farmacéutico, también se incumplió por parte del prestador, el cual establece el siguiente tenor:

Artículo 8º. Requisitos del Servicio Farmacéutico. El servicio farmacéutico deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

1. Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades y/o procesos que se realicen y personas que laboren.
2. Contar con una dotación, constituida por equipos, instrumentos, bibliografía y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y/o procesos que se realizan en cada una de sus áreas.
3. Disponer de un recurso humano idóneo para el cumplimiento de las actividades y/o procesos que realice.

Parágrafo. El servicio farmacéutico es un servicio asistencial y no podrá, en ningún caso, depender de la división administrativa de la institución dedicada al suministro de bienes.

Artículo 9º. Recurso humano del servicio farmacéutico dependiente. El servicio farmacéutico, estará bajo la dirección de un Químico Farmacéutico o de un Tecnólogo en Regencia de Farmacia, teniendo en cuenta el grado de complejidad del servicio, de la siguiente manera:

1. El servicio farmacéutico de alta y mediana complejidad estará dirigido por el Químico Farmacéutico.
2. El servicio farmacéutico de baja complejidad estará dirigido por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

Parágrafo 1º. El servicio farmacéutico contará con personal de las calidades señaladas en la normatividad vigente para el ejercicio de cada cargo y en número que garantice el cumplimiento de los procesos propios de dicho servicio que se adelanten en la institución.

Parágrafo 2º. Un Químico Farmacéutico podrá dirigir dentro de la red de su institución un número máximo de cinco (5) servicios farmacéuticos ambulatorios donde haya dispensación de medicamentos, los que deberán encontrarse ubicados en una zona geográfica de una ciudad, municipio, distrito o provincia que pueda ser efectivamente cubierta por dicho profesional.

El artículo 11, en su parágrafo, establece lo siguiente:

Parágrafo 3º. Las Farmacias-Droguerías, Droguerías, Agencias de Especialidades Farmacéuticas, Depósitos de Drogas y personas autorizadas, teniendo en cuenta el volumen de actividades y el número de trabajadores que laboren en estos, deberán tener una estructura acorde con los procesos que realicen; ubicación independiente; área física exclusiva, de circulación restringida y de fácil acceso; iluminación, ventilación, pisos, paredes, cielos rasos, instalaciones sanitarias y eléctricas, que permitan la conservación de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos autorizados, así como, someterse a las demás condiciones que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

Parágrafo 5:

(...) Cuando en estos establecimientos farmacéuticos se realicen operaciones de elaboración, transformación, preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis, reenvase o reempaque de medicamentos, deberán obtener el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura, otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y su dirección técnica estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Los productos allí elaborados no requieren de registro sanitario. El establecimiento farmacéutico o servicio farmacéutico institucional podrá funcionar con la autorización o habilitación por parte de la entidad territorial de salud o el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, para aquellos establecimientos a los que se les exige, según corresponda.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

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."

Ahora bien, en el caso que nos ocupa tenemos que, sin lugar a dudas la CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO ESCO IPS, según los hechos antes precisados, originados en la visita de verificación realizada a dicho prestador el día 05 de Julio de 2016, por parte del equipo de verificadores de esta Dirección Operativa de 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 1011 de 2006, de 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 apartes antes transcritos, por las razones que antes se detallaron. Igualmente, de otra parte, salta a la vista que se transgredió, por parte del prestador, la normatividad que reglamenta el Servicio Farmacéutico, cual es, el Decreto 2200 de 2005, dada las consideraciones y hechos antes desarrollados ampliamente en 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:

El mismo Decreto 1011 de 2006, antes mencionado, señala las competencias de este territorial así:

ARTÍCULO 19º ibidem.- 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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

ARTÍCULO 21°.- 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 22°.- 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 23°.- 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 49°.- 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 50°.- 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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

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 53°.- 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 54°.- 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 0072 de 2016 resultado de la visita de verificación llevada a cabo al prestador CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO ESCO IPS, 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, agravando aun mas, la situación si se tiene en cuenta la adopción de la medida sanitaria de suspensión temporal de servicios por no cumplir con los estándares de habilitación a:

CONSULTA EXTERNA DE:

PSICOLOGIA, AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD

TERAPIA OCUPACIONAL AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD

FISIOTERAPIA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD

FONOAUDIOLOGIA Y / O TERAPIA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD.

De ahí que resulte pertinente y razonable iniciar este proceso sancionatorio de carácter administrativo, conforme lo prevee el 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 el Decreto 2200 de 2005, reglamentario del servicio farmacéutico, antes transcritas. Al igual que se desconocieron los componentes del SOGCS en punto al

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

sistema de habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud y El Sistema de Información para la Calidad, 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 desconocieron lo atinente a la Capacidad tecnológica y científica en punto a Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos Médicos- Gestión de Medicamentos y Dispositivos e Insumos; Procesos Prioritarios Asistenciales e Interdependencia de servicios.

En consecuencia, con ocasión de estas normas incumplidas por parte del prestador según da cuenta el informe final de verificación No 0072 de 2016, se profirió el día 11 de agosto de 2016, en contra del prestador CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO ESCO IPS, el auto de apertura de investigación y de formulación de cargos, el cual fue notificado por aviso en fecha 19 de Septiembre de 2016.

## 2. CARGOS.

Este Despacho emanó auto calendado a 11 de agosto de 2016, mediante el cual se profirió auto de apertura de investigación y formulación de cargos en contra de la IPS investigada, habida cuenta que incurrió presuntamente, en el incumplimiento de las características del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud SOGCS, puntualmente en lo concerniente a las normas que a continuación se detallan:

**Decreto 1011 de 2006: (vigente para la época de los hechos): "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"**

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

- 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



RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_  
( )

*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*

## **CAPITULO II: Habilitación de prestadores de servicios de salud**

**Artículo 7°. 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.*

**Artículo 12.** *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.*

**ARTÍCULO 50°.- 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*

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

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.

El **Art. 32 ibidem**, establece lo siguiente:

(...)

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

**Parágrafo.** Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Así mismo el Decreto en cita, señala en lo concerniente al **SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD**, el siguiente tenor literal:

**Artículo 45.** *Sistema de Información para la Calidad.* El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

Por otra parte, la **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"** señala lo siguiente:

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: (...) 3.3. 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 Habilidadación**: "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 2.3 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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

presencia de riesgos en la prestación del servicio y/o atenten 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.

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

##### 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.

Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.

Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. 4876  
( )

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.

Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.

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 asistencial.

Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas 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.

La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de platos o los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin.

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

La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.

En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétrico, laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de frío y las áreas de depósito y almacén de la institución; éstos cuentan con: fuente de energía de emergencia y tanques de almacenamiento de agua para consumo humano.

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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.

Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.

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

Si la institución presta servicios de hospitalización, urgencias, UCI, servicios quirúrgicos, obstétricos; los ascensores son de tipo camilleros y los servicios cuentan con un ambiente exclusivo para el manejo de la ropa sucia.

El prestador que utilice para su funcionamiento equipos de rayos X, cuenta en forma previa a la habilitación con licencia de funcionamiento de equipos de rayos X de uso médico vigente expedida por la entidad departamental o distrital de salud.

El prestador que utilice para su funcionamiento, fuentes radiactivas, cuenta en forma previa a la habilitación, con Licencia de Manejo de Material Radiactivo vigente, expedida por la autoridad reguladora nuclear (Ministerios de Salud y Protección Social y Minas y Energía o la entidad por éste designada para tal fin).

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares.

También se desconoció el estándar de dotación; medicamentos y dispositivos médicos – gestión de medicamentos y dispositivos ya que, en el informe que hace parte del presente proceso, se consignó una serie de hallazgos arriba detallados que vulneraron la normativa que regula este estándar de sistema obligatorio de garantía de calidad en la atención en salud, contenida específicamente en la Resolución 2003 de 2014, referente a este estándar de dotación que obliga a la utilización de equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico – científico, como también se exige que se debe realizar el 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 con 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.

También precisa la normatividad en mención (resolución 2003 de 2014) que en cuanto a este estándar: *“Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que*

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( ) 2019

*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. Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica."*

En cuanto a los Procesos Prioritarios asistenciales, la Resolución precisa: *Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.*

(...) Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización. Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.

(...) Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios. La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión. Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.

Por otra parte el Decreto 2200 de 2005, que reglamenta el servicio farmacéutico, también se incumplió por parte del prestador, el cual establece el siguiente tenor:

Artículo 8º. Requisitos del Servicio Farmacéutico. El servicio farmacéutico deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

1. Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades y/o procesos que se realicen y personas que laboren.
2. Contar con una dotación, constituida por equipos, instrumentos, bibliografía y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y/o procesos que se realizan en cada una de sus áreas.



RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

3. Disponer de un recurso humano idóneo para el cumplimiento de las actividades y/o procesos que realice.

Parágrafo. El servicio farmacéutico es un servicio asistencial y no podrá, en ningún caso, depender de la división administrativa de la institución dedicada al suministro de bienes.

El artículo 11, en su parágrafo, establece lo siguiente:

Parágrafo 3°. Las Farmacias-Droguerías, Droguerías, Agencias de Especialidades Farmacéuticas, Depósitos de Drogas y personas autorizadas, teniendo en cuenta el volumen de actividades y el número de trabajadores que laboren en estos, deberán tener una estructura acorde con los procesos que realicen: ubicación independiente; área física exclusiva, de circulación restringida y de fácil acceso; iluminación, ventilación, pisos, paredes, cielos rasos, instalaciones sanitarias y eléctricas, que permitan la conservación de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos autorizados, así como, someterse a las demás condiciones que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farmacéutico.

Así mismo, cabe precisar que a esta Dirección Operativa de esta secretaria de Salud Distrital, le corresponde verificar el cumplimiento de las condiciones habilitación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud brindada a los usuarios, tal como lo establece las siguientes normas:

**ARTÍCULO 19°.- 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 21°.- 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 23°.- 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.*

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

Todo lo anterior indica sin lugar a dudas, que la IPS investigada se encuentra incurso en el desconocimiento de las normas de la calidad, consagrada en el Decreto 1011 de 2006, en punto al Componente Único de Habilitación, por las razones antes mencionadas, como también en las Resoluciones 2003 de 2014, al desconocer los estándares de habilitación del Sistema Único de Habilitación, en lo tocante a la Capacidad Técnico administrativa, Capacidad Tecnológica y Científica referidas a **Recurso humano, Infraestructura, Instalaciones Físicas y su Mantenimiento, Procesos Prioritarios Asistenciales, Dotación y Mantenimiento, Medicamentos y Dispositivos Médicos Gestión de Medicamentos y Dispositivos, Historia Clínica y Registros Asistenciales y Auditoría para el mejoramiento de la Calidad**, por las razones precisadas anteriormente.

### 3. DESCARGOS

Fue así, que, con base en los hechos anteriormente narrados, se ordenó dentro del auto de apertura de investigación de fecha 11 de agosto de 2016, recibir los descargos a la IPS investigada (Corporación Encuentro para Soluciones del Comportamiento Esco IPS), lo cual no realizó, guardando silencio en este punto.

### 4. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN.

En la oportunidad prevista para tal efecto, al momento de correr traslado a la Corporación Encuentro para Soluciones del Comportamiento Esco IPS, para que presentara sus alegatos de conclusión, esta IPS, expresó por escrito recibido en fecha 25 de abril de 2017, los siguientes argumentos:

No comparten el cargo impuesto, y en su sentir los hallazgos detectados no permiten imponer una sanción, reitera que el día de la visita realizada a esa IPS consignados en el Informe final de visita de verificación No 0072-2016, se impuso medida de suspensión temporal de actividades a los servicios de Psicología ambulatoria de baja complejidad, terapia ambulatoria de baja complejidad, fisioterapia ambulatoria de baja complejidad, fonoaudiología y/o terapia de baja complejidad. Igualmente hace referencia a la decisión del juzgado de 5 laboral de pequeñas causas de esta ciudad, concerniente al levantamiento momentáneo de la suspensión temporal de los servicios antes mencionados.

Agrega que, que las fallas detectadas dentro de la visita realizada al prestador, principalmente en las áreas locativas fueron superadas, debido a la que se realizaron las reparaciones en las instalaciones físicas en oficinas, áreas de influencia de los pacientes, baños, pintura y señalizaciones, lo que les ha permitido continuar las operaciones normales hasta la fecha de la presentación de sus alegatos. Aduce que tiene problemas financieros por la cartera morosa que presentan las EPS y los pocos ingresos que recibe son para cancelar acreencias prioritarias (cotizaciones a la seguridad social, pago de nomina a la planta de personal, servicios públicos, pago de acreedores, ordenes de pago por las acciones de tutela. Manifiestan que le han dado aplicación en su gran mayoría al plan de mejora el cual anexa en un CD. Agrega que los ingresos operacionales en 2017 han aumentado con relación al año inmediatamente anterior, los costos y gastos han disminuido, por tanto, plantea que debe

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

haber a futuro mejora en el flujo de caja, todo lo cual se encuentra sustentando en su sistema contable Zeus SQL.

Por tanto, concluye, en su sentir, que conforme las pruebas allegadas al proceso, le exonera de responsabilidad, ya que no ha desconocido normas contenidas en los cargos que le fueron formulados, ya que siempre ha actuado de buena fe y si han existido falencias, están ya fueron superadas, al tiempo que las medidas de suspensión servicios fueron levantadas por orden de un Juzgado, tal como antes lo señaló. Además, que siempre han propendido por prestar un buen servicio a los niños diagnosticado con TEA y que los motivos que originaron esta investigación fue el impago de las EPS a esta IPS, por lo que sancionarla tornaría mucho más gravoso su situación.

### 5. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.

Los hechos materia de la presente investigación administrativa sancionatoria son competencia de esta Dirección Operativa conforme al Decreto 228 de 2009, Art 14 y según instructivo de la oficina de Vigilancia y Control (Macroproceso de Junio 13 de 2013: Gestión en Salud, Proceso/Subproceso: Vigilancia y Control del SOGCS). Como también conforme lo preceptuado en el Decreto 1011 de 2006 y Resolución 2003 de 2014.

En tal sentido, y con el propósito de verificar la ocurrencia de los hechos, determinar si son constitutivos de conducta violatoria de la normatividad vigente, precisar los motivos determinantes en que la misma ha podido tener ocurrencia, las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se violaron las normas y la responsabilidad por parte del investigado, la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del Departamento Administrativo de Salud DADIS, adelantó la presente investigación Administrativa Sancionatoria en contra de CORPORACION ESCO IPS, mediante auto de apertura de fecha 11 de agosto de 2016, debidamente notificado mediante aviso a la IPS el día 19 de septiembre de 2016, no presentando descargos.

Ahora bien, lo primero que se debe tener en cuenta, para entrar a proferir la presente decisión, es individualizar o identificar plenamente al prestador investigado, por lo cual este requisito se considera que se encuentra debidamente satisfecho, habida cuenta que la CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO ESCO IPS, se encuentra identificada con Nit 806.007.255-7 y Código de Prestador 1300101460 sedes 1 y 2.

Cabe precisar que la normativa que regula el caso concreto es la que a continuación se transcribe (vigente para la época de los hechos investigados).

**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**

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

Siguientes:

1. **El Sistema Único de Habilitación.**
2. **La Auditoria 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.*

## CAPITULO II

### Habilitación de prestadores de servicios de salud

**Artículo 7°. 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.*

**Artículo 12.** *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.*

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

*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: (...) 3.3. 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 2.3 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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

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, entendiendo 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.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

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

##### 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.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

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

Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, deberán tener formalmente suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia – servicio, según aplique, y contar con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de personal debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento y están de acuerdo con la normatividad vigente.

Los prestadores de servicios de salud, determinarán para cada uno de los servicios que se utilicen como escenarios de práctica formativa en el área de la salud, el número máximo de estudiantes que simultáneamente accederán por programa de formación y por jornada, teniendo en cuenta: capacidad instalada, relación oferta-demanda, riesgo en la atención, mantenimiento de las condiciones de respeto y dignidad del paciente y oportunidad.

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.

Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud.

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.

En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas.

Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial.

Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas 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.



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc.

La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares.

Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos o los baños, los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin.

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

La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones.

En edificaciones donde se presten servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, hospitalarios, unidades de cuidado intermedio e intensivo, de apoyo de imágenes diagnósticas, vacunación, servicio farmacéutico, aquellos que requieran cadena de frío y las áreas de depósito y almacén de la institución; éstos cuentan con: fuente de energía de emergencia y tanques de almacenamiento de agua para consumo humano.

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

En ambientes donde se requieran procesos de lavado y desinfección más profundos como: servicios quirúrgicos, gineco-obstétricos, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidao de quemados, hospitalización, odontológicos, laboratorios, servicio de transfusión sanguínea, terapia respiratoria, áreas de esterilización, depósitos temporales de cadáveres, zonas de preparación de medicamentos, áreas para el almacenamiento de residuos; los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.

Los ambientes de trabajo sucio cuentan con lavamanos y mesón de trabajo que incluye poceta de lavado o vertedero.

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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

Por otra parte, en cuanto a los Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, la resolución 2003 de 2014 y su manual, establece el siguiente tenor literal:

Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso 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 ó almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.

El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.

Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el Invima.

Los 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 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. Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.

Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades. Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.

Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.

Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil."

Así mismo, en cuanto a los Procesos Prioritarios Asistenciales, aplicable a todos los servicios, se establece lo siguiente, en la Resolución en mención:

"Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.

Cuenta con 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:

a. Planeación estratégica de la seguridad:

Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia.

Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.

b. Fortalecimiento de la cultura institucional:

El prestador tiene un 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.

El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos:

La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.

d. Procesos Seguros:

Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.

Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.

Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.

La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.

Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización. Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia."

"La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.

Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.

Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.

Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio".

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

"Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.

La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión.

Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.

En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:

1. Antes del contacto directo con el paciente.
2. Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
3. Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.
4. Después de contacto con el paciente.
5. Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente)."

Por otra parte el Decreto 2200 de 2005, que reglamenta el servicio farmacéutico, también se incumplió por parte del prestador, el cual establece el siguiente tenor:

Artículo 8°. Requisitos del Servicio Farmacéutico. El servicio farmacéutico deberá cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos:

1. Disponer de una infraestructura física de acuerdo con su grado de complejidad, número de actividades y/o procesos que se realicen y personas que laboren.
2. Contar con una dotación, constituida por equipos, instrumentos, bibliografía y materiales necesarios para el cumplimiento de los objetivos de las actividades y/o procesos que se realizan en cada una de sus áreas.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

(                      )

3. Disponer de un recurso humano idóneo para el cumplimiento de las actividades y/o procesos que realice.

Parágrafo. El servicio farmacéutico es un servicio asistencial y no podrá, en ningún caso, depender de la división administrativa de la institución dedicada al suministro de bienes.

Artículo 9º. Recurso humano del servicio farmacéutico dependiente. El servicio farmacéutico, estará bajo la dirección de un Químico Farmacéutico o de un Tecnólogo en Regencia de Farmacia, teniendo en cuenta el grado de complejidad del servicio, de la siguiente manera:

1. El servicio farmacéutico de alta y mediana complejidad estará dirigido por el Químico Farmacéutico.

2. El servicio farmacéutico de baja complejidad estará dirigido por el Químico Farmacéutico o el Tecnólogo en Regencia de Farmacia.

**Parágrafo 1º.** *El servicio farmacéutico contará con personal de las calidades señaladas en la normatividad vigente para el ejercicio de cada cargo y en número que garantice el cumplimiento de los procesos propios de dicho servicio que se adelanten en la institución.*

Parágrafo 2º. Un Químico Farmacéutico podrá dirigir dentro de la red de su institución un número máximo de cinco (5) servicios farmacéuticos ambulatorios donde haya dispensación de medicamentos, los que deberán encontrarse ubicados en una zona geográfica de una ciudad, municipio, distrito o provincia que pueda ser efectivamente cubierta por dicho profesional.

El artículo 11, en su parágrafo, establece lo siguiente:

Parágrafo 3º. Las Farmacias-Droguerías, Droguerías, Agencias de Especialidades Farmacéuticas, Depósitos de Drogas y personas autorizadas, teniendo en cuenta el volumen de actividades y el número de trabajadores que laboren en estos, deberán tener una estructura acorde con los procesos que realicen; ubicación independiente; área física exclusiva, de circulación restringida y de fácil acceso; iluminación, ventilación, pisos,

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

paredes, cielos rasos, instalaciones sanitarias y eléctricas, que permitan la conservación de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos y demás productos autorizados, así como, someterse a las demás condiciones que se establezcan en el modelo de gestión del servicio farma-céutico.

Paragrafo 5:

(...) Cuando en estos establecimientos farmacéuticos se realicen operaciones de elaboración, transformación, preparaciones, mezclas, adecuación y ajuste de concentraciones de dosis, reenvase o reempaque de medicamentos, deberán obtener el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura, otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y su dirección técnica estará a cargo exclusivamente del Químico Farmacéutico. Los productos allí elaborados no requieren de registro sanitario. El establecimiento farmacéutico o servicio farmacéutico institucional podrá funcionar con la autorización o habilitación por parte de la entidad territorial de salud o el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Manufactura otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, para aquellos establecimientos a los que se les exige, según corresponda.

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

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

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.”**

Ahora bien, en el caso que nos ocupa tenemos que, sin lugar a dudas la CORPORACION ENCUESTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO ESCO IPS, según los hechos antes precisados, originados en la visita de verificación realizada a dicho prestador el día 05 de Julio de 2016, por parte del equipo de verificadores de esta Dirección Operativa de 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 1011 de 2006, de 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 apartes antes transcritos, por las razones que antes se detallaron. Igualmente, de otra parte, salta a la vista que se transgredió, por parte del prestador, la normatividad que reglamenta el Servicio Farmacéutico, cual es, el Decreto 2200 de 2005, dada las consideraciones y hechos antes desarrollados ampliamente en este auto de apertura y de formulación de cargos.



( ) 2018

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

El mismo Decreto 1011 de 2006, antes mencionado, señala las competencias de este territorial así:

**ARTÍCULO 19º *ibidem*.- 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 21º.- 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 22º.- 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 23º.- 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",

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

*en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.*

**ARTÍCULO 49°.- 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 50°.- 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 53°.- 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 54°.- 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 0072 de 2016 resultado de la visita de verificación llevada a cabo al prestador CORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

ESCO IPS, 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, agravando aun mas, la situación si se tiene en cuenta la adopción de la medida sanitaria de suspensión temporal de servicios por no cumplir con los estándares de habilitación a:

**CONSULTA EXTERNA DE:**

- PSICOLOGIA, AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD
- TERAPIA OCUPACIONAL AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD
- FISIOTERAPIA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD
- FONOAUDIOLOGIA Y / O TERAPIA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD.

Ahora bien en el caso que nos ocupa tenemos sin lugar dudas que todas las falencias detectadas en el infome de verificación No 0072 de 2016 fueron evidenciadas dentro del presente proceso administrativo sancionatorio, además que fueron reconocidos por parte de la IPS investigada, por tanto el desconocimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad se torna evidente y diáfano sin que exista ninguna causal exculpatoria a su favor, debiendo haber cumplido lo normado en el 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 el Decreto 2200 de 2005, reglamentario del servicio farmacéutico, antes transcritas. Al igual que los componentes del SOGCS en punto al sistema de habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud y El Sistema de Información para la Calidad, por las razones antes expuestas; como también la Capacidad tecnológica y científica en punto a Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos Médicos- Gestión de Medicamentos y Dispositivos e Insumos; Procesos Prioritarios Asistenciales e Interdependencia de servicios, todo lo cual ampliamente desconocido por parte de la IPS investigada, objeto de visita de verificación de condiciones de habilitación del SOGCSSS.

De otra parte la IPS investigada en sus alegatos hace referencia a la presentación de un plan de mejoramiento que está implementando para superar las falencias detectadas y en tal virtud solicita que no se le imponga medida alguna, explicación que no es de recibo por parte de este despacho, habida cuenta que las normas de habilitación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la atención en salud son normas mínimas y como tal son de obligatorio cumplimiento, y en tal virtud no permiten la suscripción ni elaboración de planes de cumplimiento, tal como lo consagra el art. 22 del Decreto 1011 de 2006. De ahí que todas las falencias y hallazgos evidenciados en el informe de verificación a que se hizo alusión de la visita realizada a la IPS CORPORACIÓN ESCO en fecha 1 de Julio de 2016, referente a los estándares de talento humano, medicamentos, infraestructura, procesos prioritarios

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

( )

asistenciales, historia clínica, sistema de información de la calidad, no fueron desvirtuadas por parte de la IPS investigada. Tornándose aún mas gravosa la situación si se advierte la imposición de medida de suspensión de servicios a los de:

**CONSULTA EXTERNA DE:**

- PSICOLOGIA, AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD
- TERAPIA OCUPACIONAL AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD
- FISIOTERAPIA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD
- FONOAUDIOLOGIA Y / O TERAPIA AMBULATORIA DE BAJA COMPLEJIDAD.

Los cuales pese a que el Juzgado 5º Laboral de pequeñas causas de esta ciudad, inicialmente tomó la determinación de levantar esta medida de suspensión; el día 22 de Julio de 2016 se profirió el fallo dentro de la acción de tutela promovida por algunos padres de familia de esta corporación, dejando sin efecto dicho levantamiento, por lo tanto a la fecha aún subsiste la suspensión de dichos servicios, con ocasión del incumplimiento del sistema obligatorio de la garantía de calidad de la atención, evidenciado en el informe de visita de verificación No 0072 de 2016.

Por tanto, todos hallazgos detectados anteriormente descritos y consignados en el informe de visita de verificación de condiciones de habilitación, transcrito líneas arribas en el capítulo de cargos, se han mantenidos incólumes, habida cuenta que dichas inconsistencias no fueron desvirtuada dentro del presente proceso administrativo sancionatorio.

Por lo que la Corporación Esco IPS, se hace merecedor a una sanción administrativa tipificada en la ley 9 de 1979, tópico que se desarrollará a continuación.

**5.1 CALIFICACIÓN DE LA FALTA Y GRADUACIÓN DE LA SANCIÓN**

De conformidad con el rigor de la infracción o incumplimiento administrativo a las Características de Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (Ley 100/1993 y Decreto 1011 de 2006), el artículo 577 de la Ley 9 de 1979 y el art 50 de la Ley 1437 de 2011 señalan el siguiente tenor:

**Artículo 50 de la Ley 1437 de 2011. Graduación de las sanciones .**Salvo lo dispuesto en leyes especiales, la gravedad de las faltas y el rigor de las sanciones por infracciones administrativas se graduarán atendiendo a los siguientes criterios, en cuanto resultaren aplicables: 1. Daño o peligro generado a los intereses jurídicos tutelados. (...). 6. Grado de prudencia y diligencia con que se hayan atendido los deberes o se hayan aplicado las normas legales pertinentes. 7. Reconocimiento o aceptación expresa de la infracción antes del decreto de pruebas (...)"

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

**Artículo 577 ° de la Ley 9 de 1979-**Teniendo en cuenta la gravedad del hecho y mediante resolución motivada, la violación de las disposiciones de esta Ley, será sancionada por la entidad encargada de hacerlas cumplir con alguna o algunas de las siguientes sanciones:

- a. Amonestación;
- b. Multas sucesivas hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales al máximo valor vigente en el momento de dictarse la respectiva resolución;
- c. Decomiso de productos;
- d. Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y
- e. Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Ahora bien en el caso bajo examen, tenemos que como antes se precisó y demostró con los medios de conocimientos arrimados a proceso, se pudo constatar que efectivamente, la IPS trasgredió la normatividad reguladora de las garantías de la calidad en materia de salud antes citada y transcrita, condición de suficiencia Patrimonial y Financiera, y Condición Tecnológica y Científica en sus estándares de **Recurso humano, Medicamentos y Dispositivos Medicos-Gestion de Medicamentos, Historias Clínicas y Registros Asistenciales, Dotación y Mantenimiento, Procesos Prioritarios Asistenciales y también Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad. Al igual que el Servicio farmacéutico regulado en el Decreto 2200 de 2005 Art 8, Art 3 (Uso Adecuado De Medicamentos y Gestión adecuada de medicamentos)** por las razones precisadas anteriormente al detectarse cada una de las conductas arriba descritas en detalle en el capítulo de Cargos de esta Resolución, las mismas que fueron debidamente consignadas en el informe final de verificación No 0072-16, el cual hace parte integrante de este proceso administrativo sancionatorio.

Por tanto, tomando en consideración las circunstancias fácticas que rodearon esta investigación administrativa sancionatoria, teniendo en cuenta además que hubo imposición de medidas sanitarias, y que la IPS incumplió cinco (5) de los siete (7) estándares de calidad de las condiciones tecnológicas y científicas, además de otro componente referido a la suficiencia patrimonial y financiera, como también la auditoria para el mejoramiento de la calidad, el servicio farmacéutico, siendo entonces razonable, necesario y proporcional al cumulo de infracciones evidenciadas dentro del presente proceso administrativo sancionatorio, imponer una sanción pecuniaria de multa equivalente al valor de Mil (1000) Salarios Diarios Legales Vigentes.

En mérito de lo expuesto, **La Directora Operativo de Vigilancia y Control del DADIS,**

**RESUELVE**

**PRIMERO:** Sancionar pecuniariamente a COORPORACION ENCUENTRO PARA SOLUCIONES DEL COMPORTAMIENTO E.S.C.O. IPS, identificada con CÓDIGO 1300101460-1 Y NIT No 806.007.255-7 con una multa equivalente a Mil (1000) Salarios Diarios Legales Vigentes, por encontrarla responsable de los cargos formulados, conforme a lo expuesto en la parte motiva de esta resolución.

**SEGUNDO:** El sancionado deberá pagar la multa señalada a nombre del DISTRITO TURISTICO Y CULTURAL CARTAGENA en la Cuenta de Ahorros Número 220-230-34179-

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DISTRITAL DE SALUD DE CARTAGENA -DADIS.- DIRECCIÓN OPERATIVA DE  
VIGILANCIA Y CONTROL

RESOLUCIÓN No. \_\_\_\_\_

4 del Banco Popular, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ejecutoria del presente acto administrativo. La fotocopia del comprobante de pago deberá ser entregado en la Dirección Operativa de Vigilancia y Control del DADIS para su verificación. El no pago en los términos y cuantías señaladas, dará lugar a la cancelación de la autorización de funcionamiento o al cierre de la institución prestadora de servicios de salud. La multa podrá hacerse efectiva por jurisdicción coactiva, incluyendo la liquidación de los intereses, de conformidad con el art. 29 del Decreto 2240 de 1996 (compilado y recogido en el Decreto 780 de 2016).

**TERCERO:** La presente resolución prestará mérito ejecutivo para su cobro por Jurisdicción Coactiva de conformidad con el artículo 68 del CCA.

**CUARTO:** Notificar personalmente al prestador sancionado la determinación tomada en esta providencia, con la advertencia que contra la misma proceden los recursos de reposición y apelación, que deberán interponerse por escrito en la diligencia de notificación personal, o dentro de los diez (10) días siguientes a la notificación personal, o a la notificación por aviso. Para tal efecto, líbrese la respectiva comunicación indicando la decisión tomada y la fecha de la providencia.

En caso que no pudiere notificarse personalmente, se fijará aviso en los términos del artículo del Código Contencioso Administrativo.

**QUINTO:** En firme la decisión sancionatoria, remitir a la División de Registro y Control los formularios para el registro de esta sanción y enviar copia de los fallos de primera y segunda instancia si lo hubo, con su constancia de ejecutoria, al funcionario que deba ejecutar la sanción.

**SEXTO:** Realizado lo anterior archívese el expediente.

2019

02/12

COMUNÍQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE



**DIANA ISABEL VARGAS LOZANO**  
Directora Operativa de Vigilancia y Control-DADIS

Proyectó: R.G.D  
Asesor Jurídica DOVC