	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

3.4. COMPONENTE TÉCNICO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

3.4.1 ESTADO DE LOS ASPECTOS INSPECCIONADOS

GENERALIDADES

La Secretaría Departamental de Salud fue creada según el Decreto 0312 del 12 de Noviembre de 2009 de la Gobernación del Putumayo; la información de los años 2008 y 2009 pertenecen a otra entidad diferente que se denominaba Departamento Administrativo de Salud del Putumayo, la cual fue liquidada con Decreto 0308 del 12 de Noviembre de 2009.

Según el organigrama suministrado durante la visita, está dividida en:

- Grupo Transversal
- Grupo de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud
- Grupo de Salud Pública

3.4.1.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD


3.4.1.1.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Secretaria de Salud Departamental del Putumayo depende del Grupo de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud, está coordinado por la doctora Fairuz Mustafa, Bacterióloga de planta. El área de habilitación está a cargo de la doctora Ivon Triana Segura quien es Odontóloga y Verificadora de planta. Para la vigencia 2010 y el primer semestre de 2011, no se evidencia la existencia de un área responsable encargada del desarrollo e implementación del Sistema obligatorio de Garantía de calidad.


Acorde con los soportes encontrados durante la revisión documental realizada se evidencia que a partir de Agosto de 2011 (**fecha extemporánea a esta auditoría**), la entidad cuenta con un área responsable encargada del desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, fecha en la cual se inicio la implementación de los procesos de Inscripción y Verificación de prestadores de servicios de salud, actividad contratada por la Secretaria de Salud Departamental de Putumayo con la empresa MISION SALUD mediante el contrato No 240 de 16 de Junio /11. Los verificadores contratados son apoyados de parte de la Secretaria de Salud Departamental de Putumayo, por la doctora Ivon Triana.

Hallazgos

- Durante la vigencia 2010 y primer semestre 2011, en la entidad no se evidencia la existencia de un área responsable encargada del desarrollo e implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, según lineamientos de las siguientes normas: **Ley 715 de 2001** Art 43 núm. 43.2.6, Art.56; **Ley 1438 de 2011** Art 63 núm. 63.13; **Decreto 1011 de 2006** art 1. **Resolución 1043 de 2006 Anexo técnico 1.**

	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

- Durante la vigencia 2010 y el primer semestre de 2011 no se evidencia ejecución de acciones inherentes a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Incumple **Decreto 1011/06**
- No se evidencia en la entidad cronograma ni actas de asesorías para las IPS de la jurisdicción durante la vigencia 2010 y primer semestre 2011, según reglamenta el artículo 35 del **Decreto 1011/06**.
- Mediante revisión documental se evidencia que durante la vigencia de la presente auditoria (Enero de 2010 a Junio de 2011), en la entidad se continuo registrando los prestadores nuevos: públicos, privados, profesionales independientes, empresas de transporte especial de pacientes y empresas con objeto social diferente asignándoles código de identificación, pero solo a partir de Agosto de 2011 fecha extemporánea a la presente auditoria, se inició el proceso de inscripción con la revisión de documentos incluida autoevaluación, declaración de cumplimiento, PAMEC, suficiencia patrimonial - financiera y capacidad técnico-administrativa, incumpliendo los lineamientos del **Decreto 1011/06** Art. 6, Art. 8, Art. 9 en cuanto no realizaron el proceso de habilitación a los prestadores durante la vigencia de 2010 y primer semestre de 2011.
- Entrevistada la doctora Ivon Triana informa que no está haciendo entrega de distintivos de habilitación al momento de la inscripción a los prestadores, porque la entidad no ha logrado ponerse al día con la baja de distintivos vencidos entregados por la administración anterior (DASALUD, Departamento administrativo de Salud). Realizo verificación documental de los distintivos y adquiero relación de los mismos como evidencia. Incumplimiento **del Decreto 1011/06** y de la **Resolucion 1043/06**.
- Acorde con los soportes encontrados durante la revisión documental realizada se evidencia que la entidad no realizo visitas de verificación durante la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, las visitas realizadas a partir de Agosto de 2011 (fecha extemporánea a la presente auditoria), son las siguientes: prestadores públicos visitados 10, prestadores privados visitados 67 y profesionales independientes visitados 73. Incumplen **Decreto 1011/06** y **Resolución 1043/06**, en cuanto no realizaron verificación a prestadores durante la vigencia de la presente auditoria.
- Se evidencia que la entidad cuenta en la vigencia 2010 y primer semestre de 2011 con una base de datos para la recopilación y almacenamiento de la información de habilitación de los prestadores de la jurisdicción, proceso que inicio su implementación en Agosto del año en curso, fecha extemporánea a la presente auditoria.
- Durante la vigencia 2010 y primer semestre de 2011 no se evidencia en la entidad la aplicación, el reporte ni la toma de decisiones con base en indicadores al seguimiento del proceso de implementación de habilitación, según reglamenta el **Anexo técnico 2** de la **Resolucion 1043/06**.

	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02


- Para la vigencia 2010 y primer semestre 2011 la entidad no evidencia: porcentaje de cumplimiento de visitas, informes de resultado de visitas a los prestadores, equipo multidisciplinario para realizar las verificaciones porque no había iniciado el proceso de verificación en la entidad; se evidencia por fecha de vinculación de la doctora Ivon Triana que era la única verificadora que hacía parte de la entidad, durante la vigencia de la presente auditoria, **Decreto 1011/06**
- Realizada revisión documental se evidencia que la doctora Ivon Triana recibió asesoría en: Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la atención en Salud y en PAMEC en la Secretaria Departamental de Huila los días 25 y 26 de Julio/11 (Constancia de permanencia), asesoría esta que la habilita para revisión acorde con la norma, de los documentos PAMEC de las IPS y creación del propio PAMEC de la entidad.
- Para la vigencia 2010 y primer semestre de 2011 no se evidencia inscripción de servicios nuevos de Urgencias en la jurisdicción, ni durante el periodo de inicio del proceso de verificación en Agosto de 2011, extemporáneo a la presente auditoria. La Entidad debe verificar el servicio de urgencias antes de entrar en funcionamiento, acorde con lo normado en la **Resolución 1043/06**.
- Se evidencia que para las vigencias 2010 y primer semestre de 2011, no se adoptaban conductas sancionatorias a los prestadores porque la entidad no se realizaban visitas de verificación. Se evidencia que durante la vigencia 2010 y primer semestre 2011 no se adoptaron conductas sancionatorias. Se evidencia que a partir de Agosto de 2011 se inicia la imposición de medidas sancionatorias pero jurídica no reporta investigaciones en curso a la fecha de la presente auditoria. Según información obtenida de la abogada Patricia Calderón quien es profesional universitario y pertenece a la oficina jurídica de la gobernación (oficio 0258 del 16 Mayo/10 mediante el cual el gobernador del departamento le solicita prestar servicios profesionales inherentes a su cargo, en la secretaria departamental de salud), no hace parte de la secretaria pero apoya procesos, informa que los procesos no se han iniciado todavía pero los iniciara a partir de la semana siguiente a la presente auditoria. Incumple **Decreto 1011/06, Ley 09/79**.
- Para vigencia 2010 y primer semestre de 2011 la entidad no presenta evidencia documental de reporte de novedades de los prestadores de servicios de salud de la jurisdicción, al Ministerio de la protección social. **Resolucion 1043/06**
- No se evidencia realización de procesos de evaluación sistemática de la calidad de servicios de salud en la jurisdicción durante la vigencias 2010 y primer semestre de 2011.
- Para la vigencia de 2010 y primer semestre de 2011, no se evidencia reporte de RIPS al Ministerio de la Protección Social por parte de la entidad en los formatos de ley.



	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

Entrevistado el tecnólogo en sistemas de información Manuel Enríques Unigarro informa que la institución validaba la información de acuerdo a la antigua normatividad (Resolución 3374 de 2000 y la circular 39735 de 2008), según expresa el señor Manuel Enríques, el cual fue cambiado por el sistema de validación exigido: Validador IPS del Ministerio de la Protección Social. A partir del 28 de Junio de 2011 (según soporte documental) las ESE son informadas del nuevo sistema de validación mediante la circular No 000442 de la Secretaria de Salud, fecha a partir de la cual se considera adoptado dicho sistema. A la fecha de la presente auditoria, según informa el señor Manuel Enríques no ha sido posible iniciar envíos de RIPS mediante formato del MPS pues existen fallas en la forma como se consolida la información motivo por el cual el validador del Ministerio de la Protección Social devuelve dicha información; se están realizando ajustes de acuerdo a lo exigido por el validador para enviarla. Incumple **Resolución 3374 de 2000** que reglamenta los datos básicos a reportar y define la estructura y manejo de los RIPS, **Resolución 951/02**: Presentación obligatoria de RIPS, **Decreto 4747/07**

- Entrevistada la señora Maria Alejandra Guerrero comunicadora social encargada de Atención al Usuario, informa que no existía la unidad funcional de Atención al Usuario para la vigencia 2010 y primer semestre 2011. A partir de Agosto de 2011 se inician actividades de Atención al Usuario, siendo encargado Luis Fernando González quien en el momento de esta auditoría, se encarga del programa de salud mental. El área de Atención al Usuario depende de Promoción Social y Participación comunitaria. Las actividades realizadas por la señora Maria Alejandra Guerrero a partir de Agosto de 2011 (fecha extemporánea a la presente auditoria), son las siguientes: consolidación y respuesta a PQR interpuestas en la Secretaria de Salud y en los municipios (IVC). La señora Maria Alejandra solicito apoyo a MPS y se reunió con el funcionario del Ministerio de la Protección Social y funcionarios de las otras secretarías municipales para acordar actividades de PQR a nivel departamental, como evidencia de esta actividad entrega copia de la circular de la convocatoria departamental de SAC. Entrego a los municipios los formatos de aplicación de PQR con enfoque diferencial. Realizo plan de contingencias con las PQR represadas desde 2010 en la entidad. Del total de las PQR que habían quedado de la vigencia anterior informa la señora Maria Alejandra, las recopilo y dio respuesta a todas e hizo seguimiento a través de los números de teléfono y mediante contacto con la Secretaria de Salud de cada municipio.
- Se evidencia en revisión documental que la entidad garantiza la adecuada y oportuna canalización de las PQR, a partir de Agosto de 2011 (fecha extemporánea a la presente auditoria) y que cuenta con Manual de Procesos de PQR, buzón de sugerencias y correo institucional siau@ptyo.com.co
- Entrevistada la doctora Ivon Triana informa que la entidad no realiza asesorías a los prestadores durante la vigencia 2010 y primer semestre 2011, tampoco se evidencia documentación de soporte del desarrollo de actividades de difusión y asesoría del

	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

proceso de habilitación de los prestadores de servicios de salud. Informa que las asesorías se empiezan a realizar en la institución, a partir de Agosto de 2011 (fecha extemporánea a la presente auditoría), al mismo tiempo que el grupo verificador realiza las visitas de verificación.

- Para la vigencia 2010 y primer semestre 2011 la entidad no realiza proceso de inscripción verificando documentación a prestadores, solo los incluye en la base de datos de la entidad y tampoco realiza visitas de verificación. La entidad inicia el proceso de inscripción verificando cumplimiento con la documentación exigida por la norma, solamente a partir de Agosto de 2011; también inicia en Agosto de 2011 las visitas de verificación y procesos sancionatorios. No se evidencia soporte de investigaciones en curso pues la abogada encargada Patricia Agosto de 2011 corresponde a fecha extemporánea a la presente auditoría.
- **Personas entrevistadas:** Ivon Triana . Fairuz Mustafá . Maria Alejandra guerrero.

3.4.1.1.2 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

Descripción

No se evidencia implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Secretaria de Salud Departamental de Putumayo durante la vigencia de la presente auditoría (Enero de 2010 y Junio de 2011), ni el documento correspondiente. Incumple **Decreto 1011/06 y lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.**


Observaciones

Entrevistada la doctora Ivon Triana informa haber recibido asesoría en PAMEC, en la secretaria de Salud del Huila durante los días 25 y 26 de Julio de 2011 (fecha extemporánea a la presente auditoría)

Hallazgos

- Durante la vigencia 2010 y primer semestre de 2011 en la Secretaria de Salud Departamental de Putumayo no se evidencia la implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, incumpliendo el **Decreto 1011/06**, tampoco se evidencia documento PAMEC.
- **Personas entrevistadas:** Fairuz Mustafá . Ivon Triana.



	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

3.4.1.1.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD


Descripción

La entidad cuenta con el apoyo tecnológico del señor Fernando Zambrano vinculado mediante contrato de prestación de servicios vigente durante el periodo de la presente auditoria.

No se evidencia en la Secretaria de Salud de Putumayo un Sistema de Información para la Calidad de acuerdo a lo exigido por el **Decreto 1011/06**. Entrevistado el señor Zambrano informa que la entidad cuenta con bases de datos en las diferentes áreas en las cuales registran la información concerniente a cada una de ellas. Mediante entrevista con el Ingeniero Luis Alfonso Mejía Ardila quien hace parte del grupo de auditores de la Universidad Nacional, confirmo la información suministrada por el señor Fernando Zambrano. Incumple **Resolucion 1446/06**

Hallazgos

- En la entidad no se evidencia una herramienta que permita la validación periódica y sistemática de las bases de datos para cada una de las áreas de la Secretaria de Salud, para el reporte de los indicadores de calidad de las IPS de la jurisdicción, durante vigencia 2010 y primer semestre 2011. **Resolucion 3374 de 2000** la circular **39735 de 2008, Decreto 1011/06**.
- Entrevistado el Ingeniero de Sistemas Luis Alfonso Mejía Ardila quien hace parte del grupo de auditores de la Universidad Nacional informa, que la entidad no cuenta con sistema de backups para guardar la información en medios de almacenamiento extraíble, tampoco cuenta con sistema de seguridad para la información almacenada en el interior los computadores que guardan las bases de datos de la Secretaria de Salud Departamental de Putumayo.
- Mediante revisión documental de la Circular No 000473 del 18 de Julio/11 el secretario de salud doctor Manuel Jair Zúñiga Bravo solicita reporte de indicadores de calidad de Monitoreo del Sistema a los prestadores de la jurisdicción evidenciando incumplimiento en el reporte de lo exigido en la **Circular Única** de la Superintendencia Nacional de Salud. Con base en lo anterior se evidencia que la entidad no cumple con la norma (Decreto 1011/06 y Resolución 1446/06), en lo relacionado al reporte de Indicadores de Monitoreo del Sistema.
- Para la vigencia de 2010 y primer semestre de 2011, no se evidencia reporte de RIPS al Ministerio de la Protección Social por parte de la entidad en los formatos requeridos, lo realizan en documento Word. Entrevistado el tecnólogo en sistemas de información Manuel Enriques Unigarro informa que la institución contaba con un sistema de validación no acorde con la exigencia de la norma (**Resolucion 3374 de 2000** y la

	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

circular **39735 de 2008**), el cual fue cambiado por el sistema de validación exigido: Validador IPS del Ministerio de la Protección Social. A partir del 28 de Junio de 2011 (según soporte documental) las ESE de la jurisdicción son informadas del nuevo sistema de validación mediante la circular No 000442, fecha a partir de la cual se considera adoptado dicho sistema. A la fecha, según información del señor Manuel Enriques no se ha iniciado la implementación del mismo pues se siguen realizando ajustes dado que la forma como es enviada la información, no es aceptada por el validador del Ministerio.

- Se evidencia en revisión documental que la entidad garantiza la adecuada y oportuna canalización de las PQR. En revisión documental se evidencia que la entidad cuenta con Manual de Procesos de PQR, buzón de sugerencias y correo institucional siau@ptyo.com.co

3.4.1.2 COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

Descripción

La Resolución 3099/08 no obliga a las Secretarías Departamentales de Salud a conformar el CTC, pero sí a ejercer IVC sobre los CTC de las EAPB de la jurisdicción, en el caso de los municipios no descentralizados.

Hallazgos

- No se evidencia en la Secretaría de Salud Departamental de Putumayo procedimientos de evaluación de funcionamiento de los CTC de las EAPB de la jurisdicción, durante la vigencia de la presente auditoría, no acatando lo normado en **la Resolución 3099/08**.
- Se evidencia que la entidad realiza el proceso de autorización de servicios no POS, la persona encargada es la enfermera Olga Lucía Rubio quien también coordina las urgencias y la prestación de servicios de salud; cuenta con un equipo capacitado y responsable para el desempeño de las funciones antes mencionadas.
- **Persona entrevistada:** Olga Lucía Rubio Ortiz . Fairuz Mustafá.

3.4.1.3 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Descripción

Para atender la demanda en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda y a la población especial de la jurisdicción, la entidad contrata la oferta en salud con prestadores públicos, privados, profesionales independientes y empresas de transporte



	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

especial de pacientes tanto locales como externos ubicados en Bogotá y en los departamentos de Huila y Nariño.

3.4.1.3.1 IMPLEMENTACIÓN

Mediante revisión documental se evidencia que el departamento está dividido en 4 zonas: Región del alto Putumayo, Medio Putumayo, Bajo Putumayo y Puerto Leguizamón. El departamento cuenta con un total de 11 ESE ubicadas en las siguientes poblaciones: Villa Garzón con la ESE Hospital San Gabriel Arcángel, Puerto Caicedo con la ESE Hospital Alcides Jiménez, Mocoa con la ESE Hospital José María Hernández, Colon con la ESE Hospital Pio XII, Leguizamo con la ESE Hospital María Angelines, Puerto Guzmán con la ESE Hospital Jorge Julio Guzmán, Orito con la ESE Hospital de Orito, San Miguel con la ESE Hospital Fronterizo La Dorada, Valle de Guamuez con la ESE Hospital Sagrado corazón de Jesús, Puerto Asís con la ESE Hospital Local de Puerto Asís.

Las ESE de mediana complejidad son: Puerto Leguizamón, La Hormiga, Puerto Asís, Mocoa y Colon, aunque no prestan todos los servicios correspondientes a su nivel de complejidad.

Se evidencia mediante la relación de la red de prestadores de servicios de salud, que la entidad cuenta con IPS de baja complejidad como mínimo en cada municipio durante la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, los lugares de atención en salud en el departamento, por municipio son:

Mocoa, Puestos de salud: Condagua, Yunguillo, San Antonio, Rumiayaco, Puerto Limón, Pueblo Viejo, Las Toldas, Alto Afán.

Villa Garzón, Puestos de salud: La Castellana, Puerto Umbría,

Caicedo, Puestos de salud: Arizona, Cedral, Nueva Colonia, San Pedro, San Cayeano,

Puerto Asís, Puestos de salud: 20 de Julio, El Jardín, Vereda Agua Negra, Vereda El Comandante, Vereda El Danubio, Vereda El Sinaí, Vereda El Juvenil, Vereda La Piña, Vereda Nueva Granada, Vereda Piñuña Blanco, Vereda Puerto Bello, Vereda Puerto Remolino, Vereda Santana, Vereda Santa Elena, Vereda Los Álamos, Vereda Alto Lorenzo, Vereda Santa María, IPS CAPRECOM San Francisco de Asís.

Puerto Leguizamo, Puestos de salud: La Tagua, Puerto Ospina, Mecaya, Piñuña Negro.

Valle de Guamuez, Puestos de salud: Jordán Guisia, El Placar, El Tigre, El Cairo, Guadualito.

San Miguel, Puestos de salud: Puerto Colon.

Colon, Puestos de salud: San Pedro,

Santiago, Puestos de salud: Centro de salud Santiago, San Andrés, Asociación Clínica Guaira salud IPS Indígena.


Sibundoy, Puestos de salud: Santiago Rengifo, Planadas.

San Francisco, Puestos de salud: Los Ángeles, San Silvestre.

Hallazgos

- Se evidencia que la entidad cuenta con el Documento de Redes del departamento el cual fue elaborado en la administración anterior y no presenta modificación o actualización para el periodo de verificación de la presente auditoria (Enero de 2010



	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

y primer semestre de 2011), especialmente en lo relacionado con cierre y apertura de prestadores y de servicios, modificaciones en el perfil demográfico y epidemiológico producido por el desplazamiento y las consecuencias sociales del mismo.

- La entidad cuenta con la red de prestadores antes descrita y para cubrir la demanda que no alcanza con las entidades públicas, realiza contratación con privados, profesionales independientes, empresas de transporte especial y empresas con objeto social diferente, para atender a la población especial y a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda.
- No se evidencia estudio de oferta y demanda actualizado de los servicios de salud para la población especial y para la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda, tampoco cuenta con indicadores que le permitan evaluar el funcionamiento, la integralidad y la suficiencia de la misma red de prestadores de servicios de salud.

3.4.1.3.2 FUNCIONAMIENTO

Hallazgos

- La prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda es ofertada por la entidad mediante contratación con las modalidades de capitación en los servicios de baja complejidad y para los demás niveles de complejidad, en primera instancia con la red pública local en la medida de su portafolio de servicios, el faltante lo cubre contratando prestadores privados, profesionales independientes y empresas de transporte especial de pacientes mediante la modalidad evento, con prestadores locales como externos ubicados en Bogotá y en los departamentos de Huila y Nariño.
- **Persona entrevistada:** Olga Lucia Rubio Ortiz.

3.4.1.3.3 RESULTADOS


La Dirección Territorial de Salud no cuenta con indicadores que le permiten evaluar la suficiencia, integralidad y funcionamiento de la Red de Prestadores, por lo cual no puede establecer un Plan de Mejora ni tomar decisiones.

3.4.1.4 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Descripción

El Sistema de Referencia y Contrareferencia hace parte del Grupo de Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en el Organigrama de la institución, está a cargo de la enfermera Olga Lucia Rubio Ortiz profesional universitario quien coordina y ejecuta las actividades relacionadas con autorizaciones de servicios y de atención a servicios no POS para la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda y población especial.



	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02


La Secretaria de Salud de Putumayo tiene organizado el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de acuerdo al nivel de complejidad de los prestadores de servicios de salud públicos, privados, profesionales independientes y cuenta con ambulancias contratadas por evento, para atender a la población especial y la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda. **Cumple Decreto 4747/07.** Se evidencia que la entidad cuenta con prestadores de baja complejidad en todos los municipios del departamento, excepto municipio de Sibundoy y Santiago, que cuentan con centros/puestos de salud y son asistidos en su demanda para primer nivel por ESE local de San Francisco.

Según información suministrada por la enfermera Olga Lucia Rubio la entidad se apoya en el proceso de referencia y contrarreferencia para la regulación de pacientes de urgencias, en los CLOPAD y CROPAD del área de jurisdicción.


3.4.1.4.1 IMPLEMENTACIÓN

Hallazgos

- Se evidencia la organización de la red por niveles de complejidad para la vigencia 2010 y primer semestre 2011. Documento soporte.
- Se evidencia recursos logísticos para garantizar la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad tales como equipos de cómputo, teléfonos, fax y bases de datos. No se evidencia listado de recursos logísticos.
- Se evidencia que la entidad no cuenta con ambulancias propias pero tiene contratada la prestación de servicios de transporte para coordinar su referencia y contrarreferencia. Para los servicios ambulatorios se contrata con una empresa de transporte intermunicipal, para servicios de urgencias se contratan por evento las ambulancias de la red de prestadores. No se tiene contratado con empresas particulares pero en caso de necesidad se contrata el servicio por evento.
- Se evidencia que la entidad cuenta con sistema de comunicaciones para coordinar su Sistema de Referencia Contrarreferencia sin embargo, no se evidencia procedimiento de actualización del sistema de comunicaciones, ni documentación de la coordinación del mismo.
- No se evidencia indicadores definidos para el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Entrevistada la enfermera Olga Lucia Rubio informa que se implementan mecanismos de control para el funcionamiento del sistema de Referencia y Contrarreferencia a través de llamada telefónica al sitio de remisión, pero no se evidencia documentación del proceso. Referirse a **Manual de Normas Técnicas y Administrativas Ministerio Protección Social**

	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

- No se evidencia actas de socialización del proceso de referencia y contrareferencia con todos los actores, durante la vigencia 2010 y primer semestre 2011.
- No se evidencia durante la presente auditoria para la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, documento del procedimiento para la actualización de datos sobre autorizaciones de servicios de salud, pero si ejecutan el proceso. Se evidencia que cuentan con recursos logísticos (bases de datos, computadores, fax, etc.), para la actualización de autorizaciones de servicios de salud, para la población pobre en lo no cubierto con subsidio la demanda.
- No se evidencia durante la presente auditoria para la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, documento para procesos/procedimientos pero si se ejecutan los mismos, para recepcionar y tramitar la información relacionada con ~~R~~epORTE de inconsistencias de bases de datos del Anexo técnico 1 de la **Resolucion 3047/08**, los prestadores no aplican este formato, envían reportes de inconsistencias mediante oficios.
- No se evidencia durante la presente auditoria para la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, documento de procesos/procedimientos pero si se ejecutan los mismos, para recepcionar y tramitar la información relacionada con ~~A~~tenCIÓN inicial de Urgencias del Anexo técnico 2 de la **Resolucion 3047/08**. Los prestadores no informan atención inicial de urgencias en los formatos correspondientes.
- No se evidencia durante la presente auditoria para la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, documento de procesos /procedimientos pero si se ejecutan los mismos, para recepcionar y tramitar la información relacionada con ~~S~~olicitud de Autorización de Servicios del Anexo técnico 3 de la **Resolucion 3047/08**. Se evidencia que la entidad tramita la información del Anexo técnico No 3 de la Resolucion 3047/08 enviada por los prestadores.
- No se evidencia durante la presente auditoria para la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, documento de procesos/procedimientos pero si se ejecutan los mismos, para recepcionar y tramitar la información relacionada con ~~R~~espuesta de Autorización de Servicios del Anexo técnico 4 de la **Resolucion 3047/08**. Se verifico la no existencia de trámite de parte de la entidad, del formato No 4 ~~A~~utorización de servicios que exigido por la **Resolución 3047/08**.
- **Persona entrevistada:** Olga Lucia Rubio Ortiz.

	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

3.4.1.4.2 FUNCIONAMIENTO

3.4.1.4.2.1 SISTEMA DE TRANSPORTE

Hallazgos

- Mediante revisión documental se evidencia que la Secretaria de Salud Departamental de Putumayo no cuenta con ambulancias propias pero contrata los servicios de transporte por evento con la red de ambulancias de los prestadores de ser necesario, contrata también por evento con la red de ambulancias básicas y medicalizadas privada de la jurisdicción, cumpliendo con lo ordenado por el **Decreto 4747/07**.
- **Persona entrevistada:** Olga Lucia Rubio Ortiz.

3.4.1.4.2.2 SISTEMA DE COMUNICACIONES

Hallazgos

- Se evidencia que la entidad cuenta con teléfonos, computadores y fax para establecer comunicación y poder ejecutar las actividades de referencia-contrareferencia y atención de solicitudes de urgencias.
- **Persona entrevistada:** Olga Lucia Rubio . Fernando Zambrano.

3.4.1.4.2.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN


Hallazgos

- La entidad cuenta con bases de datos en todas las áreas para registrar la información necesaria en cada una de ellas, pero se evidencia que no dispone de un sistema integrado de información, no realiza backups y no tiene sistemas de seguridad que permitan proteger toda la información de la entidad. Incumple **Resolución 1446/06**.
- No se evidencia en la entidad software que establezca el sistema integral de información en salud.
- **Personas entrevistadas:** Manuel Enríquez Unigarro - Fernando Zambrano.

3.4.1.4.3 RESULTADOS

La entidad no cuenta con indicadores definidos para medir el funcionamiento del proceso de referencia y contra referencia de pacientes.



	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

3.4.1.5 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Descripción

No se evidencia acto administrativo de conformación del CRUE durante la vigencia de 2010 y primer semestre de 2011. Incumple **Resolucion 1220/10**

Observaciones

Entrevistada la doctora Fairuz Mustafa y la enfermera Olga Lucia Rubio informan que la entidad ha adquirido algunos equipos tales como teléfonos, computadores, planta de energía autónoma, etc. a partir de **Agosto de 2011** para dotación del CRUE, el cual esta en fase de creación.

Hallazgos


- Para la vigencia 2010 y primer semestre de 2011 se verifico la no existencia del Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastres en la jurisdicción, motivo por el cual la entidad no dispone de recurso humano nombrado para ejercer las funciones del CRUE, no cuenta con una red de urgencias definida por niveles e integración geográfica para atención prehospitalaria y hospitalaria ni para atención de emergencias y desastres.
- No se evidencia documento de implementacion de las guías de atención de urgencias toxicológicas en el departamento reguladas por el CRUE. **Guías de Urgencias toxicológicas de Ministerio de Protección Social**
- No se evidencia documento de la red de comunicaciones en salud para la atención de emergencias y desastres ni las actas de socialización.
- No se evidencia documento de soporte que contenga los mecanismos de coordinación de atención de emergencias y desastres, ni documento de coordinación del Sistema de Referencia y contrareferencia para las mismas. Incumple **Resolución 1220/10**.
- Personas entrevistadas: Olga lucia Rubio . Fairuz Mustafá.

3.4.1.5.1 URGENCIAS PSIQUIATRICAS - SALUD MENTAL

Descripción

Entrevistada la doctora Fairuz Mustafa informa que la persona responsable del área de salud mental Luis Fernando González quien es comunicador social, se encuentra en licencia no remunerada y está vinculado a la institución por contrato de prestación de servicios.



	SERVICIO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

Para la vigencia 2010 y primer semestre de 2011 y mediante revisión documental de servicios contratados con la red de prestadores, se evidencia que la atención inicial de urgencias en Salud Mental a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda, la realizan los prestadores de baja complejidad quienes remiten al Hospital Pio XII de Colon de mediana complejidad, con el cual la entidad tiene contrato para atención de pacientes de salud mental.

La persona encargada de salud mental en el tiempo de la visita de auditoría es la psicóloga Marta Cecilia Martínez quien informa que la entidad cuenta en cada municipio con prestadores públicos enlazados mediante rutas en salud mental, las cuales están apoyadas por programas relacionados con temas de violencia y consumo de psicoactivos, estas rutas no son fijas pues se adhieren y separan prestadores constantemente. No se evidencia documentación de los procesos descritos por la doctora Marta Cecilia Martínez.


Hallazgos

- No se evidencia documento soporte de la conformación de la red de urgencias de salud mental en el departamento, durante la vigencia de la presente auditoria. **Decreto 412/92**, en lo relacionado con urgencias
- Durante la vigencia 2010 y primer semestre de 2011 no se evidencia fichas técnicas de indicadores para medir la suficiencia de la red de salud mental.
- **Persona entrevistada:** Martha Cecilia Martínez.

3.4.2. CONCLUSIONES GENERALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: la unidad no aparece ubicado en el organigrama.
- En lo relacionado con el Sistema Único de Habilitación, la entidad no contaba con este proceso durante la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, solo asignaba códigos de identificación a los prestadores nuevos sin verificar la documentación exigida por la norma.
- No asignaban durante la vigencia de la presente auditoria (Enero de 2010 y primer semestre de 2011), ni lo hacían a la fecha de ejecución de la misma, distintivos de habilitación y tienen acumulados en la entidad desde la administración anterior alrededor de 800 distintivos sin darles de baja a los vencidos. Evidencian desconocimiento de lo relacionado con distintivos de habilitación en el **Decreto 1043/06** y en la **Resolucion 1011/06**.



	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

- No realizan cronograma de asesorías a los prestadores durante la vigencia de la presente auditoria y a pesar de que solo a partir de Agosto de 2010 iniciaron las visitas de verificación, las asesorías las están realizando de manera simultánea con las verificaciones.
- La entidad no implementa los indicadores de seguimiento al proceso de habilitación, durante la presente auditoria. Incumple Anexo técnico 2 de **la Resolucion 1043/6**
- En relación al Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad, la entidad no lo ha implementado a la vigencia 2010 y primer semestre de 2011, ni cuenta con el documento PAMEC lo que evidencia que no han establecido su calidad observada demostrando que no conocen cuanto se alejan de las normas, como tampoco han definido la calidad esperada para saber hacia dónde se deben dirigir. Incumple **Decreto 1011/06**.
- En referencia al Sistema de información para la Calidad, incumplen con la mayoría de los reportes de indicadores durante la vigencia de la presente auditoria y las áreas que reportan indicadores en la entidad lo hacen de manera aislada. Incumple **Resolucion 1446/06**
- No se evidencia sistema de integración para la calidad entre los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad debido a que, de los tres componentes evaluados en la presente auditoria (Enero de 2010 y primer semestre de 2011), incumplen con todos ellos: Sistema Único de Habilidadación, Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad y Sistema Único de Información para la Calidad. **Decreto 1011/06**
 Con base en lo antes descrito se evidencia un incumplimiento del **Decreto 1011/06** y de la **Resolucion 1043/06** mayor al 90% para la vigencia de la actual auditoria (Enero de 2010 y primer semestre de 2011).

En relación a Redes: Se evidencia incumplimiento en el reporte de indicadores de evaluación de suficiencia, funcionamiento y desempeño de la red pública de prestadores, durante la vigencia 2010 y primer semestre de 2011.

- La entidad implementa pero no documenta procesos referentes a: autorización de servicios de la red, autorizaciones no POS, coordinación del Sistema de Referencia y Contrareferencia, procesos y procedimientos para la implementación, recepción y trámite de los Anexos técnicos 1, 2, 3, y 4 de la **Resolucion 3047/08**.
- Entrevistados al azar los funcionarios de las áreas de referencia - contrareferencia, autorización de servicios no POS, procesos/procedimientos, implementación, recepción y trámite de la información de los Anexos técnicos 1, 2, 3 y 4 de la Resolución 3047/08, se evidencia que conocen e implementan los procesos mencionados pero no realizan actas de socialización de los mismos.

	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

- Durante la vigencia 2010 y primer semestre 2011 no se evidencia documento de proceso y procedimientos para la conformación de la red de salud mental de la jurisdicción, ni indicadores para medir la suficiencia de la misma.


En lo que respecta al Centro Regulador de Urgencias, Emergencias y Desastres . CRUE:

- Se evidencia no cumplimiento de la **Resolución 1220/10** por medio de la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias y desastres, CRUE.
- Como conclusión general y de acuerdo a lo expresado durante la apertura de la visita por el doctor Julio Byron Riveros Chávez, gobernador del departamento quien informa que los cumplimientos de metas 2009 y 2010 no son altas debido a cambios sucesivos de gobernadores y de secretarios de salud lo cual asegura, no ha permitido continuidad en los procesos.
- Por su parte el doctor Manuel Jair Zúñiga Bravo secretario de salud departamental expresa (Soporte documental), que no existe información en la entidad para reconstruir procesos a partir de la liquidación de la anterior entidad denominada DASALUD - DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD DEL PUTUMAYO, realizada mediante decreto No 0308 de 12 de Noviembre de 2009, por cuanto los archivos los tiene la entidad liquidadora FIDUPREVISORA y a la fecha de la presente auditoria no han sido entregados.

3.4.3. RECOMENDACIONES GENERALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

- Asignar distintivos de habilitación a prestadores inscritos que cumplen con la entrega de documentación exigida por la normatividad actual.
- Elaborar y cumplir cronograma de asesorías a prestadores de servicios de salud, **previas** a las visitas de verificación.
- Adopción de medidas sancionatorias de acuerdo a la normatividad vigente, a los prestadores que incumplan las normas relacionadas en el **Decreto 1011/06, Resolución 1043/06, Anexos Técnicos 1 y 2 de la Resolución 1043/06**, aplicar sanciones definidas en **Ley 09/79** Art. 577, **Ley 10/90** Art. 49.
- Reporte de novedades de los prestadores al Ministerio de la Protección Social.
- Implementar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad y elaboración del documento PAMEC de la entidad.
- Implementar sistemas de registro o backups para guardar la información en medios de almacenamiento extraíble, medios digitales, magnéticos o impresos; sistema de seguridad para proteger la información en las bases de datos de los computadores de la entidad; implementar sistemas de validación de la información, aplicando los requisitos exigidos en términos de calidad y trámite de datos.



	PROCESO COMUN	CÓDIGO FI-COMU-610224 Copia Controlada
	INFORME DE VISITA	VERSIÓN 02

- Implementar el Sistema de Información para la Calidad en la entidad.
- Reporte de Indicadores de Monitoreo del Sistema.
- Actualización de la información del Documento de Redes del departamento de Putumayo.
- Reportar RIPS en formato normado por Ministerio de la Protección Social.
- Estudio de oferta y demanda actualizado de los servicios de salud para la población especial y para la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda.
- Elaboración de fichas técnicas de indicadores que permitan evaluar el funcionamiento, la integralidad y la suficiencia de la red de prestadores de servicios de salud, de la jurisdicción.
- Elaboración de fichas técnicas de indicadores que permitan evaluar el proceso de Referencia y Contrareferencia de pacientes.
- Elaboración de documento del procedimiento para la actualización de datos sobre autorizaciones de servicios de salud, sobre el trámite de servicios no POS y elaboración de Actas de socialización.
- Elaboración de documento de procesos /procedimientos, para recepcionar y tramitar la información relacionada con los Anexos técnicos 1, 2,3 y 4 de la **Resolución 3047/08**.
- Elaboración de inventario actualizado de medios de comunicación
- Elaboración de inventario de medios de transporte con que cuenta la entidad para el proceso de Referencia . Contra referencia y urgencias
- Creación y puesta en marcha del Centro Regulador de Urgencias Emergencias y Desastres.
- Documento soporte de la conformación de la red de urgencias de salud mental del departamento-
- Documento de implementación de las guías de atención de urgencias toxicológicas en el departamento.

