	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

### 3.4 COMPONENTE TÉCNICO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

#### 3.4.1 ESTADO DE LOS ASPECTOS INSPECCIONADOS

La Secretaría departamental de Salud de San Andrés Islas depende directamente del Gobernador; dentro del organigrama institucional, no está claramente establecido las áreas funcionales en lo concerniente al SOGC, se aprecia Profesionales especializados; a cargo de funciones específicas misionales en los temas de Prestación de servicios, Red y Crue

##### 3.4.1.1 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD


###### 3.4.1.1.1 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

**Hallazgos** :Cuenta con una dependencia que desde el año 2009 no ejecuta acciones de IVC a los prestadores; el área de Habilitación como es denominada en la DTS, consolida un archivo de los prestadores, en carpetas, que cumple con las condiciones de documentación exigente; cuyo contenido es: Formulario de autoevaluación, PAMEC, razón social y su concordancia con la registrada en el formulario; certificado de existencia y representación legal, acto administrativo de creación expedido por autoridad competente, sistema contable, formulario de inscripción con todos los datos diligenciados y anexos para la habilitación, pamec, formulario de inscripción, novedades, suficiencia patrimonial y financiera entre otras; las actividades de difusión y asesoría se realizan a través de la pagina web, y en ocasiones se da soporte personalizado

. Se tomó una muestra de 6 prestadores y se verificó las condiciones documentales de cada uno, de los cuales todos cumplían la totalidad de las exigencias normativas en lo relacionado con consolidación documental de los prestadores, para la muestra revisada, se dio un cumplimiento del 100%


- La ejecución de las visitas de Habilitación por parte de las comisiones **no se realiza** desde el año 2009; cuando una firma contratada realizó las funciones de visitas de Habilitación a los prestadores; sólo hasta junio de 2010 se capacitó a un equipo de tres profesionales como verificadores de Habilitación. **De los cuales ninguno está ejerciendo funciones de verificador, pero a la fecha de la auditoría no estaba cumpliendo con la función de visitas. de esta manera se incumple con;** 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 10. Resolución 1043 de 2006 Anexo técnico 1. Anexo técnico N° 2 Resolución 1043 de 2006 pagina 15-16.No existe un grupo con el perfil completo para la realización de las visitas, solo el grupo capacitado en verificadores de Habilitación.
- Se cuenta con una dirección Operativa de Vigilancia y Control, de la calidad de la atención, dependiente de la Dirección.
- La entidad cuenta con 3 profesionales que cumplen con experiencia específica, como parte integral del área responsable del SOGC.
- El área está conformada por 2 profesionales de salud, los cuales son todos especialistas en las áreas de gerencia ,auditoría , administración en Salud y afines,



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

- La coordinadora del área de nombre Dra. Ángela idarraga Ortiz Ingeniera Sanitaria especialista Sanitaria y Ambiental
- Las actividades de asesoría sobre el proceso de habilitación, la autoevaluación e implementación del PAMEC y la presentación de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y entrega de la documentación de soporte a los prestadores. **No** Se llevan a cabo. Incumpliendo de esta manera con el art 35 decreto 1011 de 2006.
- La entidad cuenta con una programación de visitas a los prestadores pero ésta no se ejecuta, para las vigencias auditadas 2010,2011.
- No existe un procedimiento documentado de Habilitación, por consiguiente no hay un escrito donde se evidencie la planeación de la visita, y visita en sí.; tampoco administración de prestadores inscritos en Repts inscripción y renovación de prestadores, asistencia técnica ni capacitación.
- La entidad cuenta con una base de datos en Excel de información que le permite saber el, numero de prestadores inscritos en repts, de su Jurisdicción la cual suministra la información que el prestador registra en formulario de inscripción, novedades y renovaciones, entre estos datos están los nombres de los prestadores, dirección, teléfono y servicios que prestan, capacidad instalada entre otras, además se puede encontrar , todo lo relacionado con los servicios habilitados de cada prestador; así como el numero de distintivos entregados y validados ante el MPS.
- La secretaría de Salud tiene identificado el número de prestadores para cada vigencia auditada para el año 2010 poseían 4 entidades públicas,17 entidades privadas; 80 profesionales independientes, y no hay dato de inscritos durante la vigencia; para el año 2011 fueron: 4 públicas, 15 privadas, 51 profesionales independientes, no hay dato exacto de inscritos durante la vigencia; cada prestador tiene asignado código. Se incumple así con: Artículo 43.2.6 ley 715 del 2001 - Artículo 56 ley 715 del 2001 - Artículo 10 decreto 1011 de 2006. Anexo técnico N° 2 Resolución 1043 de 2006 pagina 15-16.
- La secretaría de Salud no, ejecuta la medición de Indicadores de gestión que incluye: oferta de prestación de servicios públicos, privados e independiente, proporción de verificación de servicios inscritos en REPS, proporción de cumplimiento del Pamec, Proporción de sanciones por incumplimiento,
- La institución realiza el reporte de indicadores del anexo 2 de la resolución 1043, se anexa al reporte de los pantallazos con las validaciones respectivas.
- No se hace asesoría a cada prestador en el tema relacionado con la construcción del Pamec
- La entidad tiene contempladas para las vigencias auditadas: 1 apertura por investigación de servicios como consecuencia del no cumplimiento de condiciones




	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

mínimas de habilitación , única entidad visitada durante el año salud Interglobal Ips Sas, visita realizada en mayo 2011.

- Los procesos de Evaluación Sistemática de la Calidad de servicios de salud de la jurisdicción de la secretaría no se desarrollan, no existe un mecanismo de evaluación para monitorear los indicadores del sistema de los prestadores, que contiene evaluación de :recolección del recurso humano, soporte con firma digital, el envío a la Supersalud,, y archivo plano de evaluación de indicadores y otros donde se evalúa oportunidad, gerencia del riesgo, calidad técnica; para el año 2011; no se evidenció programación de capacitación a los prestadores en el tema de envío y manejo de indicadores.
- La entidad no realiza actividades de asesoría directa a los prestadores inscritos en REPS por tanto **no cumple** con Ley 715 de 2001 Art. 43.2.6, Art 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 10. Resolución 1043 de 2006 Anexo técnico 1. Anexo técnico N° 2 Resolución 1043 de 2006 pagina 15-16.54, Art. 56, Ley 1438 de 2011 Art 64, , Dec. 1011 de 2006 Res. 1043 del 2006, anexo técnico 1 y 2, Res 2680 del 2007, Res. 3763 de 2007
- La entidad no realiza actividades de evaluación del PAMEC, Autoevaluación e inscripción de los prestadores, sólo se hace de manera informal cuando los prestadores lo solicitan y van a la entidad. Incumpliendo de esta manera el Decreto 1011 art 9
- La entidad no hace medición de indicadores de seguimiento a la prestación, tales como oferta de servicios, proporción de verificación de prestadores inscritos en Repts, proporción de servicios con sanción, cumplimiento del Pamec, sanciones por incumplimiento; de ésta manera se da incumplimiento a 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 10, 19 y 21. Resolución 1043 de 2006 Anexo técnico 1. Anexo técnico N° 2 Resolución 1043 de 2006 pagina 15-16., 27,28
- Existe un cronograma de visitas que se espera ejecutar a partir del año 2012 , , **se incumple** así con: 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 10, 50 Resolución 1043 de 2006 Anexo técnico 1. Anexo técnico N° 2 Resolución 1043 de 2006 pagina 15-16.
- No se toman medidas de cierre de servicio por las razones antes expuestas;( no hay visitas a los prestadores) **incumpléndose** la 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 10, 50 Resolución 1043 de 2006 Anexo técnico 1. Anexo técnico N° 2 Resolución 1043 de 2006 pagina 15-16.
- No existe responsable del sistema de información, la información gestionada, no sirve para la toma de decisiones.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>


No se cumple así con la Ley 715 de 2001 Art 43 – núm. 43.1.6 Decreto 1011 de 2006 Art. 45, 46, 47, 48, Ley 1438 de 2011 art 114, Circular Unica de la Súper intendencia nacional de Salud

- No se tiene **PAMEC institucional**, no se priorizan los procesos, no se habla de calidad observada ni esperada, se incumple con lo estipulado en el Decreto 1011 art 32
- No existe un documento donde se verifique el envío de RIPS al Min .Protección Social se incumple así lo normado en: Decreto 1011 de 2006 art. 45, 46, 47, 48 Ley 715 art. 43.1.6, Ley 1438 de 2011 art. 114, 116 Circular Externa 049 de 2008 SNS Resolución 1446 de 2006
- La suficiencia de red de prestadores, está medida, pero se evidencia inconsistencia en la contratación a cargo de la administración de Caprecom se incumple entonces: ley 10 de 1990 Art, 10. Ley 715 de 2001 Art 43 – núm. 43.2.4. Art,54 y 56, Ley 1438 DE 2011- Art 64, Decreto 4747 de 2007
- Se hace verificación de derechos de los usuarios a través del aplicativo de la página del Min Protección Social, BDUA, FOSYGA
- Se tiene un mecanismo de referencia y contra referencia, no solo para los casos de urgencias, si no que se incluye atención ambulatoria ligado a la gestión del CRUE.
- El proceso de Quejas y Reclamos no está documentado, no existen procesos y procedimientos ni resultados, no hay implementación de los mismos, las quejas se hacen de manera informal y verbal, se resuelven a la inmediatez de las necesidades. se está cumpliendo parcialmente de esta manera con: Artículo 43.1.7 Ley 715 del 2001 - Artículo 4 decreto 1757 de 1999.
- La secretaría de salud de San Andrés no se actualiza mensualmente la información sobre la oferta real disponible en su jurisdicción y cada tres meses los primeros 5 días hábiles no se remite al MPS.

#### CUMPLIMIENTO FRENTE A LA NORMATIVIDAD

La monitorización y seguimiento a la implementación del sistema **No Cumple** en cuanto a la Verificación de los Prestadores de servicios de salud: Verificación de condiciones mínimas de Habilitación, Visitas a los prestadores; No cuenta con un grupo habilitador, no se desarrollaron visitas de verificación de la habilitación, no se desarrolla un proceso de asesoría y difusión sobre la habilitación ni asesorías en Pamec, asesoría a los prestadores en formulación de Indicadores de gestión y de información para la calidad, entre otros;por tanto se dá incumplimiento a: 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 10, 19 y 21. Resolución 1043 de 2006 Anexo técnico 1. Anexo técnico N° 2 Resolución 1043 de 2006 pagina 15-16., 27,28.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

En lo relacionado con un mecanismo o base de datos se tiene pero; no se toman decisiones con la información, que éste proporciona; ésta contiene la información del prestador: como código de habilitación asignado por la Secretaria de Salud al momento de la Inscripción, estado actual del prestador, razón social, dirección entre otros, contiene toda la información del formulario de Inscripción, se verifican reportes de novedades; en este aspecto se **da cumplimiento** a lo establecido en el DECRETO 1011 de 2006 y Resolución 1043 de 2006.

#### ANALISIS

La DTS de San Andrés, no tiene articulado ni documentado lo que al proceso de Habilitación de su red de prestación de servicios, por tal razón no da cumplimiento a las exigencias de la normatividad vigente además no cumple las funciones como ente vigilador y rector de su red de prestadores .además al no hacer las visitas de verificación de condiciones de Habilitación, no hay forma de evidenciar el anuncio de las mismas.

**Profesionales Entrevistada: Dra. Angela Idarraga Ortiz -**

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

#### PAMEC


#### Hallazgos

- La entidad no cuenta con un área funcional encargada para el desarrollo del Pamec, no está documentado ni desarrollado, no hay equipo que lidere este proceso, al no tener la entidad un Pamec claramente establecido la DTS no puede evaluar la prestación de los servicios a su población objeto ,ni tomar medidas de mejoramiento que permitan optimizar la prestación de servicios para su población .
- La Entidad no cuenta con PAMEC institucional, no brinda lineamientos de direccionamiento del mismo a los prestadores de la red adscrita, no hay cumplimiento del decreto,1011 art 16- 39 no existe Autoevaluación, ni priorización de procesos ni planes de mejoramiento

#### CUMPLIMIENTO FRENTE A LA NORMA

La Dirección Territorial de Salud cuando obra como asegurador no ha establecido ni implementado el Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud, incumpliendo con el desarrllo de procesos prioritarios en cuanto a la Suficiencia de Red, Desempeño del Sistema de Referencia y Contarreferencia y, Atención al usuario; no ha incluido los Niveles de Operación y su aplicación a través del Autocontrol, de la Auditoria interna y de la Auditoria Externa; con lo anterior **No se da cumplimiento** a la normado en el Decreto 1011 de 2006.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

ANALISIS La entidad no cumple con la función de asesoría a los prestadores en los tema relacionados con el PAMEC por no contar con un área responsable de dicho proceso; al interior de la entidad NO se prioriza gestión a través de indicadores que evalúan la criticidad en los **procesos**

**Profesional Entrevistada: Dra. Angela Idarraga Ortiz -**

### 3.4.1.1.3 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

#### Hallazgos

No existe un área encargada de manera visible de la gestión de sistema de información para la calidad, hay un ingeniero de sistemas que valida la información pero el proceso no está documentado

- La entidad cuenta con un sistema de aplicaciones independientes, bases de datos , u hojas de cálculo. pero no es un sistema de información integrado ; son unas soluciones informáticas básicas pero no se articulan unas con otras.
- No se hace el envío. La entidad no recolecta, sistematiza consolida y analiza oportunamente los indicadores de calidad enviados por las IPS.
- La Entidad NO cumple con los indicadores establecidos en el Resolución 1446: Monitoreo del sistema, internos y externos Alerta temprana los establecidos mediante Circular única 056 del 2009
- La entidad no cuenta con mecanismos de control de reporte de RIPS enviados por las IPS cuando actúa como asegurador, no reporta al MIN. Protección Social., no se verifica la calidad de los mismos, no ejerce función de ivc


#### CUMPLIMIENTO FRENTE A LA NORMA

Por lo anterior **NO se da cumplimiento** a la Circular Externa 049 de 2008 SNS Resolución 1446 de 2006., y Decreto 1011/2006

#### ANALISIS

El sistema de información implementado por la entidad **NO cumple** con el direccionamiento normativo, es ineficaz para la gestión de la organización además no permite verificar el subsistema de información para la calidad de la atención en salud, para realizar el seguimiento de la suficiencia de la oferta de servicios, que facilite establecer si la atención en salud es adecuada a la demanda de las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos. :no se ejecutan acciones de mejora ;no se hace requerimiento de reporte de la información, no se hace recolección ni gestión de indicadores, no se toman medidas de seguimiento ni control.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

**Profesionales Entrevistada: Dra. Angela Idarraga Ortiz**

### 3.4.1.2 COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO

#### Hallazgos

- La Secretaría de Salud de San Andrés posee un equipo de Auditoría conformado por 1 médica, y 2 técnicos administrativos que desarrollan funciones de Autorización de servicios no Pos, básicamente; no está establecido como CTC, la actividad de autorizaciones de procedimientos se hace a partir de la demanda de servicios; éste equipo de profesionales apoya las acciones de Habilitación.
- Es una actividad de rutina diaria; administrativa y se evidencia la regularidad en la realización del misma por medio de actas; la gestión se hace a favor de la población pobre y vulnerable con subsidios a la demanda, dentro de las actividades propias de la reunión se hace análisis del procedimiento de Autorizaciones, de procedimientos y medicamentos No Pos; el procedimiento no está establecido dentro del sistema de información institucional, el alcance de las funciones propias del comité no incluye la ivc de los prestadores de la red en los aspectos de auditoría concurrente que respondan a la demanda de servicios en especial los no pos Se da incumplimiento a Art 43,44,45 Resolución 2933/06 3099/08; 3754/08; 548/10; art 26 ley 1438.....
- Durante la auditoría se hizo revisión del procedimiento llevado a cabo en el día y se evidenció que de cada 15 *solicitudes de Autorización* se daba respuesta efectiva a 12 de las solicitudes teniendo una eficiencia del 80% de la muestra tomada, en los casos cuya respuesta es negativa a la petición de los usuarios, se espera dar solución a la misma en un tiempo no mayor a 24 horas, generalmente los motivos mas frecuentes son: demoras administrativas en la gestión interna de las eps, situación que queda fuera del alcance de la DTS


#### CUMPLIMIENTO FRENTE A LA NORMA

En cuanto a las acciones de Inspección, vigilancia y control realizadas por la entidad territorial a los Comités Técnico Científicos de las EAPB, la Dirección Territorial de salud de San Andrés no tiene definido procesos ni procedimientos para evaluar su funcionamiento; en este proceso la relación que se establece con los CTC de las EAPB es el de Asesorías Técnicas en cuanto a recobros. Con lo anterior se incumple con lo estipulado en el Artículo 28 de la Resolución 3099 de 2008. Únicamente se cuenta con un equipo que da repuesta inmediata a los requerimientos de la población para el tema relacionado con Autorización de medicamentos y procedimientos No pos.

#### ANALISIS

La entidad no tiene establecido dentro de su sistema de gestión el ctc, pero existe una profesional en medicina a cargo de la gestión Auditoría, el cual cumple las funciones, pero



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>


no es específico frente a la norma, la gestión agiliza la atención de usuarios y suple la demanda de servicios no cubiertos.

### 3.4.1.3 RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

- La entidad tiene documentado la red de prestadores por la red esta conformada por hospital 1er nivel hospital Amor de Patria(administrado por Caprecom)no hay contrato con ellos la administración esta tercerizada con Mision Vital UT, 2 nivel , el hospital y 6 prestadores particulares de servicios que no están incluidos en los servicios del hospital. El tercer nivel contrato con hospital Simón Bolívar en Bogotá La distribución está dada por flujo de usuarios, estudio de capacidad instalada y niveles de complejidad, además se evidencia la integralidad de la red, en los procesos remisorios de un nivel bajo a un nivel de mayor complejidad. se garantiza el primer nivel de atención para Providencia, el cual se garantiza con el Hospital Local de Providencia, una ips privada, y 3 prestadores independientes
- No se tiene el flujo de usuarios,(sólo estudio año 2009) estudio de capacidad instalada y niveles de complejidad para la vigencia 2011
- Se tiene un estudio del perfil epidemiológico de la población el cual se encontraba desactualizado al momento de la auditoría la fecha data del 2010.
- Se tienen datos estadísticos de la producción de la red, pero no están analizados a manera de indicadores, ni tendencias ni toma de decisiones sobre los mismos
- No existe un documento que permita la actualización de la red; la actualización depende de los pagos o giros que se hagan a los contratos de los prestadores, la medición que se hace a los prestadores es únicamente en el tema de oportunidad en la prestación; lo cual afecta la continuidad y accesibilidad en la prestación de servicios, lo cual hace que sea un tema crítico por las concesiones administrativas con la EPS Caprecom
- La entidad cuenta con contratación vigente efectiva de 7 prestadores. cumpliendo así con los acuerdos de voluntades de la 4747
- La entidad cuenta con la suscripción de acuerdos de voluntades que constan en las minutas contractuales.
- Existe un modelo de acuerdo al decreto 4747, para pagos diferentes a capitación
- La difusión de la red se hace a través de diario oficial, resolución, pagina web, correos electrónicos.
- Existe un persona encargada de hacer la verificación de derechos, se cuenta con base de datos para tal fin.
- La entidad no cuenta con indicadores que permitan evaluar la suficiencia de la red





	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

- Para los procesos de Autorizaciones se tienen en cuenta los 4 anexos técnicos de la 3047. Se verificó hoja de ruta para autorizaciones, y el cumplimiento de los anexos técnicos enviados por los prestadores; tanto de procedimientos ambulatorios como de urgencias, de los cuales se tienen evidencias en físico.
- La entidad cuenta con disponibilidad de transporte (aéreo, marítimo. terrestre) contratados por el Hospital Amor de Patria (Caprecom); quienes, atienden la demanda; el tipo de contratación es por OPS, por evento, está establecido el procedimiento.
- El proceso de referencia y contra referencia está documentado
- No existe algún proceso documentado con miras a la organización de la red integral de servicios que incluya prestadores públicos y /o IPS privadas.

#### 3.4.1.3.1 IMPLEMENTACIÓN

La entidad cuenta con mecanismos de: accesibilidad, desarrollo regional, oferta y producción de servicios ,tamaño poblacional y perfil epidemiológico (última actualización 2010) para evaluar la suficiencia de red, además, todo se publica en página web en donde se visualiza los servicios contratados y el tipo de contratación, direcciones del prestador y demás datos incluyendo servicios.

#### 3.4.1.3.2 FUNCIONAMIENTO

##### Hallazgos

No se tienen establecidos claramente los canales de comunicación entre la red de prestadores, los cuales interactúan de acuerdo al nivel de complejidad y demanda de prestación de servicios, situación que repercute en re- procesos que afectan directamente a los usuarios. **No se cumple** de esta manera con: ley 10 de 1990 Art, 10. Ley 715 de 2001 Art 43 – núm. 43.2.4. Art,54 y 56, Ley 1438 DE 2011- Art 64, Decreto 4747 de 2007

#### 3.4.1.3.3 RESULTADOS


##### Hallazgos

La red de prestadores de servicios de San Andrés abarca en su totalidad al departamento, pero esto no garantiza de manera eficaz y oportuna la prestación de servicios, debido a las inconsistencias administrativas en los temas de contratación, además de no contar con una entidad de tercer nivel que responda a las necesidades poblacionales y geográficas de la isla, ello implica problemas en el desplazamiento de pacientes los cuales son únicamente por vía aérea en vuelos charter; aunque se garantiza la prestación de servicios ésta no es suficiente para cubrir la demanda.

#### CUMPLIMIENTO FRENTE A LA NORMA

Para garantizar el buen funcionamiento de la Red de servicios, la Dirección Territorial de Salud de San andrés, cuenta con un modelo básico de organización del Sistema de Referencia y Contrarreferencia que los interrelaciona y que permite el flujo efectivo de los usuarios de un nivel de complejidad bajo a uno alto y viceversa; con ello se da **cumplimiento** a lo mencionado en el Artículo 17 del Decreto 4747 de 2007.;además



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

cuenta con contratación vigente, requisitos mínimos establecidos en el Artículo 5 del Decreto 4747 de 2007 y cumple las condiciones mínimas establecidos en el Artículo 6 del Decreto 4747 de 2007.

**Profesional Entrevistada: Dra. Liz Manuel Corpus**

### 3.4.1.4 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

#### 3.4.1.4.1 IMPLEMENTACIÓN


##### Hallazgos

- La entidad tiene definido el sistema de Referencia y Contra referencia, documentado y socializado , hay una persona responsable de la organización planeación y ejecución del mismo articulado con el centro regulador de urgencias, la actividad es compartida, en cuanto a funciones y responsables del proceso, se cuenta con 1 médica, reguladores de la gestión y enfermeras destinadas para tal fin, se aplica el manual operativo , cuenta con un manual de transporte , telecomunicaciones, y red de servicios
- El documento Red informa la red de urgencias por niveles de atención prehospitalaria, comunicaciones, transporte: terrestre, aereo marítima habilitados, discriminando el número de unidades básicas y medicalizadas, atención hospitalaria, referencia y contrarreferencia y red de toxicología.
- El sistema de Referencia y Contra referencia, no está medido a través de indicadores de gestión, sin embargo las acciones desarrolladas permiten subsanar la demanda . El documento de red da explicación de prestadores, transporte y red de apoyo.

#### CUMPLIMIENTO FRENTE A LA NORMA

La organización de la red de salud para la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda, población del regimen subsidiado no cubierto por el Plan POS-S y población especial está definida por niveles de complejidad. Artículo 17 decreto 4747 del 2007, Resolución 3047 de 2008, La entidad da **cumplimiento** a la misma.aplicando los formatos anexos tecnicos,1,2,3,4 los cuales se archivan posterior a la gestión,la medición de la gestión no está contemplada dentro del pamec, puesto que no se encuentra formulado , documentado e implementado.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

#### 3.4.1.4.2 FUNCIONAMIENTO

##### 3.4.4.2.1 SISTEMA DE TRANSPORTE

###### Hallazgos:

- Se cuenta con empresas privadas en la modalidad de outsourcing, por ops; empresa Over Acceptour que prestan el servicio por evento y en transporte medicalizado, y básico; vuelos chárter, ambulancias aéreas, embarcaciones, con disponibilidad inmediata las 24 horas del día los 365 días del año la contratación es por evento a libre demanda .además la gobernación cuenta con una ambulancia básica y una medicalizada, adicionales a las que prestan el servicio del Hospital Amor de Patria(Caprecóm)
- Se tiene documentado, el Proyecto de conformación del nuevo crue cuyo contenido es: acta de constitución de la res 004768 4 nov 2010, res de red de urgencias de archipiélago res 03205/4 agosto 2006,creación del comité territorial de urgencias 00627 del 2 marzo 2009
- El documento del proyecto incluye: adquisición de insumos , dotación, contratación del personal,, capacitación del personal manejo del Crue, conformación de grupos de respuesta inmediata, adecuación del área adquisición de insumos adquisición de software, instalaciones, radios, reppetidoras, soporte financiero proyecto de telemedicina

##### 3.4.1.4.2.2 SISTEMA DE COMUNICACIONES

###### Hallazgos

- La entidad además de contar con el proyecto de construcción del Crue, cuenta con manual de emergencias y desastres ; para el apoyo en telecomunicaciones se cuenta con: 3 radios; 3 teléfonos; un fax, 4 computadores. Cumple como mínimo con lo estipulado en el artículo 10 de la Resolución 3047 del 2008 - Artículo 10. Medios de envío y recepción de información.


###### CUMPLIMIENTO FRENTE A LA NORMA

Se da **incumplimiento** al Artículo 17 decreto 4747 del 2007, Resolución 3047 de 2008, la Dirección Territorial de salud cuenta con la disponibilidad de un sistema de transporte básico y medicalizado habilitados, de la Red adscrita y bajo el contrato con un tercero.

###### ANALISIS

La Secretaría de Salud del San Andrés sule la demanda de servicios de transporte de la red, tanto terrestre, como aérea en los casos eventuales, que se requieran, da cumplimiento a la normatividad vigente.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

#### 3.4.1.4.2.3 Sistema de información

La entidad no cuenta con un sistema integrado de información que articule la funcionalidad de cada uno de los sistemas, se manejan bases en Excel pero funcionan de manera desarticulada cada unidad.

#### 3.4.1.4.3 RESULTADOS


El sistema de referencia y contrarreferencia funciona mancomunadamente con el CRUE (el que está actualmente en funcionamiento) y se espera modernizar para el año 2012, lo cual permite mayor efectividad en los tiempos de respuesta en atención a la población demandante de servicios de salud.

#### 3.4.1.5 CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Hallazgos

- Al momento de la visita el Centro Regulador de Urgencias no existía como una locación, pero al interior de la DTS se asignó una oficina que contaba con dotación básica para dar respuesta a la referencia y contrarreferencia, coordinación de trasportes de pacientes, equipo de radios para comunicaciones y respuesta de emergencias y desastres.
- Existe un proyecto de construcción del mismo en el cuarto piso del Hospital Amor de Patria, se cuenta con los planos y todo el presupuesto para su adecuado funcionamiento
- Se tiene documentado, la planta física, y presupuesto para ejecución para el 2012 recursos asignados desde la gobernación, se adjuntan documentos en medio magnético. creación del crue resolución 004768 4 nov./ 2010, mediante resolución de red de urgencias de archipiélago res 03205/4 agosto 2006, creación del comité territorial de urgencias 00627 del 2 marzo 2009
- Cuenta con un recurso humano, jefe del área Dra. Elizabeth Mera García, médica especialista en epidemiología con entrenamiento en emergencias y desastres en Japón, entre otros con amplia experiencia en entrenamiento en emergencias y desastres; para la ejecución de las labores propias del centro de regulación además tiene apoyo tecnológico para su funcionamiento.
- Se evidencia en el proyecto planos del CRUE (equipo de computo, radios, planta de energía autónoma, además de sala situacional o sala de atención de crisis, oficina de regulación y / o regulación del CRUE, centro de reserva del sector salud, medicamentos, insumos médico- quirúrgico, antídotos y equipos o elementos que apoyen a la red). manuales de procesos y procedimientos, información de contacto de los responsables de CRUE de otros departamentos y municipios.
- Al momento de la auditoría se contaba con la parte de gestión documental, pero no con lo normado para locación física
- No hay evidencia de adquisición de tecnología Biomédica controlada.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

- No se relaciona información sobre el proceso de Mantenimiento hospitalario, Procedimiento de IVC al Plan de Mantenimiento Hospitalario.

#### CUMPLIMIENTO DE LA NORMA

La creación del comité da **cumplimiento** a la ley 715 en su artículo 54 es deber de los entes territoriales, la integración de la red mediante resolución 1220 del 8 de abril de 2010 y cumpliendo con el numeral 6 del artículo 15 de la resolución 435 de 2008 dentro del POA manual la ejecución del CRU Se verifico actas de reunión, integrantes, reglamento, actas, conformación de subcomités, difusión y desarrollo red de urgencias, evaluación en el desarrollo de sus funciones.

#### ANALISIS

Para la operación y funcionamiento del CRUE, la Secretaría de Salud de San Andrés cuenta con un equipo capacitado; siendo este mismo quien desarrolla tanto el proceso de referencia y contra referencia para el CRUE como para la Red de prestadores. Tiene definido un Manual de Procesos y procedimientos en cuanto al Proceso de Referencia y contra referencia, participa en las reuniones del de ,se soportan actas de asistencia, y toma de decisiones de capacitaciones, y eventos expuestos en cada reunión, se cuenta con un Manual está estructurado de acuerdo a los objetivos generales del carácter misional del mismo; a Existe coordinación permanente con los comités locales CLOPAD y regionales CREPAD de desastres y el sistema nacional para la prevención y atención de desastres SNPAD y la atención oportuna. Menciona de forma detallada la infraestructura, recurso humano, técnico y físico y red hospitalaria de la nueva conformación estructural y administrativa del CRUE; de acuerdo con lo evidenciado durante la visita se espera que para la vigencia 2012 se ejecute de manera efectiva lo proyectado.

#### 3.4.1.5.1 URGENCIAS PSIQUIATRICAS - SALUD MENTAL


##### Hallazgos

- Para la atención de urgencias psiquiátricas en toda la red NO se tiene un prestador específico en la Isla, el Hospital Amor de Patria atiende este tipo de emergencias, existe en la isla una médica siquiatra a la que ocasionalmente se le remiten pacientes el CRUE hace el tramite respectivo y en coordinación con los hospitales de la red se da respuesta a este tipo de emergencias.
- Aunque la entidad no cuenta con una red de urgencias siquiátricas garantiza el servicio según lo relacionado hay oportunidad en la respuesta.

#### CUMPLIMIENTO FRENTE A LA NORMA

Se da cumplimiento a lo expresado en el Artículo 6 y 7 del Decreto 412 de 1992 y a lo contemplado en el Anexo Técnico de la Resolución 1446 de 2006.el cumplimiento está



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

dado en la Oportunidad y la pertinencia del servicio se procura suplir la demanda de servicios especialmente los urgenciados.

#### ANALISIS

El volumen de emergencias psiquiátricas durante el primer semestre del año 2011 no superó los 10 casos, los más comunes se dan por intentos de suicidio y violencia doméstica; los cuales se resolvieron oportunamente, gracias a la gestión mancomunada del equipo de Auditoría, referencia y contra referencia, se hace necesario fortalecer la red de prestadores para la atención de pacientes psiquiátricos aunque no existe una red que atienda la emergencias siquiátricas los prestadores de la isla el Hospital Amor y Patria responde ante estas eventualidades.

**Profesional entrevistada: Dra Elizabeth Mera García**

---

#### 3.4.2 CONCLUSIONES GENERALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

\* Según el Organigrama de la Dirección Territorial de salud no cuenta con un área responsable encargada del desarrollo e implementación del SOGC.

\* En las actividades de asesoría sobre el proceso de Habilitación: autoevaluación, implementación del PAMEC y la presentación de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud no se evidencia para las vigencias 2010 y 2011.


\* La Dirección Territorial de Salud para el año 2011 cuenta con cronograma de asesoría sobre el proceso de habilitación el cual a la fecha de la auditoría no se había ejecutado, por carecer del recurso humano interdisciplinario capacitado para conformar las comisiones de las visitas. (Cumplimiento del 0%).

\*La Secretaría de salud de San Andrés ; carece de procesos, procedimientos relacionados con las exigencias normativas en lo que al sistema de Garantía de la Calidad se refiere, para garantizar la prestación de servicios de manera oportuna, eficiente, continua y eficaz a la población menos favorecida.

\* La Dirección Territorial de salud no realiza medición de los indicadores de seguimiento al proceso de implementación de habilitación para las vigencias evaluadas, llevaba una consolidación de datos estadísticos más no de indicadores, cumplimiento del 0% para las 2 vigencias

\* No se tiene el dato exacto de los nuevos prestadores inscritos en el año 2011, hacen alusión a pérdida de la información del sistema.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

\* Al momento de la auditoría se encontró la capacitación de 3 personas como verificadores de condiciones de habilitación, las comisiones de habilitación no estaban conformadas.

\* La Dirección Territorial de salud de San Andrés para las vigencias auditadas no realizaba acciones de Inspección, vigilancia y control frente a los prestadores no habilitados.

\* La entidad territorial no realiza procesos de evaluación sistemática de la calidad de servicios de salud dado que no hay existencia de un Documento PAMEC y con los indicadores de calidad reportados por las IPS y verificados por la DTS, no se genera ningún tipo de análisis para la toma de decisiones.

\* No hay existencia del Documento del Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad en la prestación de los Servicios de Salud.

\* En cuanto a la generación y reporte de la información requerida por el sistema de Información para la Calidad el reporte de los Indicadores de calidad de calidad enviados por las IPS, correspondientes al archivo tipo de la Circular Unica a la Superintendencia Nacional de Salud, no se evidencia documento en donde la Dirección Territorial de salud realiza el envío correspondiente al segundo semestre de 2010 ni 2011 no hay evidencia del envío de la información respectiva.

\* En la actualidad el proceso de verificación por parte de la Secretaría de Salud de los reportes de los indicadores de Calidad de la Circular única, no se está realizando.

\* En cuanto al envío de los RIPS, la Dirección Territorial de Salud de San Andrés no realiza la consolidación de forma trimestral;


\* La Secretaría de salud de San Andrés cuenta con un documento del año 2009 en el que evidencian la integralidad de la red (desactualizado)

\*La Dirección Territorial de salud no posee un estudio de demanda y oferta de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, población subsidiada no cubierta por el POSS y población especial, por lo cual no puede realizar una evaluación del funcionamiento y suficiencia de la Red, así como tampoco le permite identificar los cambios en la demanda ni en la oferta de servicios de salud.

\* Existe un Proceso de Referencia y Contrarreferencia documentado, implementado socializado con el Recurso Humano de manera informal.

\* Para el funcionamiento de la referencia y contrarreferencia de pacientes no han definido indicadores del proceso.



	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

\* Para el proceso de autorización de Servicios no POS, servicios hospitalarios y servicios electivos prioritarios y no prioritarios, el proceso se realiza a través de proceso de auditoría aunque no está documentado responde a la demanda de las necesidades

\* El Sistema de comunicaciones para coordinar su referencia y contra referencia, en lo concerniente a flujos y planes de contingencia carece de actualización tecnológica..

\* La Dirección Territorial de Salud San Andrés no cuenta con un Sistema de Información que permita medir a través de indicadores el funcionamiento y suficiencia de la Red para definir planes de mejora y por ende, tomar decisiones.

\* En cuanto a la organización, operación y funcionamiento del Centro Regulador de urgencias, emergencias y desastres del Departamento de San Andrés y para las vigencias auditadas 2010 y primer semestre de 2011, funciona de manera precaria ; se espera el adecuado funcionamiento para las nuevas vigencias. La Dirección Territorial de Salud tiene proyectado la conforma el CRUE, el cual funciona con los recursos asignados, que requieren inversión tecnológica.

\* El Comité de Urgencias en el departamento no realiza la actualización desde el año 2010.

\* La Dirección Territorial no ha definido procesos y procedimientos específicos para la atención inicial de urgencias en salud mental ni indicadores para medir la suficiencia de la red en salud mental

\* El proyecto desarrollado con la población desplazada es modelo de atención no excluyente.

---

### 3.4.3 RECOMENDACIONES

\* Se sugiere construir un área funcional de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.


\* Se sugiere hacer una programación de asesoría permanente a los prestadores de la red de servicios que incluya grupo de verificadores con perfiles competentes

\* Se sugiere establecer un mecanismo efectivo para la medición de indicadores de gestión

\* Se sugiere la elaboración del Pamec Institucional





	<b>PROCESO COMUN</b>	<b>CÓDIGO</b> FI-COMU-610224 Copia Controlada
	<b>INFORME DE VISITA</b>	<b>VERSIÓN 02</b>

\* Se sugiere capacitar al personal en el tema del Pamec, para poder asesorar a los prestadores en dicho tema.

\* Se sugiere asignar un responsable del sistema de información para la calidad

.

\* Se sugiere hacer gestión para la consolidación de los Rips y toma de decisiones a partir de los mismos.

\*.Se sugiere hacer actualización del estudio de demanda y oferta de servicios, ampliando por niveles de complejidad, lo cual cumpliría con la demanda de la población pobre de la Isla.

\* Se sugiere adecuar el sistema de información

\*Se sugiere la actualización tecnológica para el sistema de comunicaciones.

\* Se sugiere la elaboración y medición de indicadores para la suficiencia de red

\* Se sugiere adecuación o adquisición de ambulancias para atención oportuna en CRUE.

\* Se sugiere construcción efectiva del centro regulador de Urgencias.

\*Se sugiere implementar socializar, documentar, medir el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y hacerlo de manera permanente, lo cual permitiría optimizar las acciones de IVC, de los prestadores y además hacer más efectivos los procesos al interior de la entidad.

