

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

El suscrito Secretario de Salud del Departamento del Huila, en uso de sus facultades legales y en especial las conferidas por la Ley 100 de 1993, artículo 43 de Ley 715 de 2001, artículo 577 de la Ley 09 de 1979, artículo 47 y siguientes de Ley 1437 de 2011, Decreto 1011 de 2006 compilado por el Decreto 780 de 2016, Resolución 2003 de 2014 y el Decreto Ordenanza 1338 de 2008, y demás normas concordantes,

RESUMEN DE LA ACTUACIÓN PROCESAL

Que el presente proceso administrativo sancionatorio tiene como sujeto pasivo el siguiente prestador de servicios de salud **CÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**, el cual en el momento de la inscripción de sus servicios de salud, ante la Secretaria de Salud del Departamento del Huila, acreditó una serie de servicios de salud, de conformidad con los requisitos exigidos por el Decreto 1011 de 2006 (Compilado por el Decreto 780 de 2016) y por la Resolución 2003 de 2014, acorde a lo definido por el ordenamiento jurídico colombiano y el Ministerio de Salud y Protección Social

Que mediante oficio 2017SAL00014107-1 del 09 de septiembre de 2017 se realizó notificación de la visita de verificación de condiciones de habilitación, PAMEC y Sistema de Información para la Calidad, al prestador de servicios de salud **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva - Huila**.

Que mediante **ACTA DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN** No. VH0099 del 12 de septiembre de 2017, la Comisión Técnica de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, dejó constancia de la visita realizada al prestador **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva** y de los servicios objeto de la visita de auditoría

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Que la Comisión Técnica de Verificadores de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, durante el desarrollo de la visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación, evidenció incumplimientos en los estándares de habilitación que como prestador inscrita en el REPSS le son aplicables, según disposiciones contenidas en la (***Resolución 2003 de 2014***) expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que afectan la salud individual y colectiva de las personas, por lo que procedió a ejecutar acciones de INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL las cuales quedaron registradas en el oficio de notificación de la visita 2017SAL00014107-1 del 09 de septiembre de 2017, ACTA DE VISITA DE HABILITACIÓN. No VH0099 del 12 de septiembre de 2017, el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017, ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051-2017 del 21 de septiembre de 2017.

Que la Comisión Técnica de Condiciones de Habilitación de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, emitió Informe de Visita de Verificación del Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación No. IVH108-2017, en donde se establecieron los siguientes servicios como objeto de la visita, en el prestador CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva: SERVICIOS HABILITADOS POR EL PRESTADOR:

COD	NOMBRE DEL SERVICIO	MODALIDAD					COMPLEJIDAD			DISTIN	FECHA DE INS
		INTRAMURAL		EXTRAMURAL			B	M	A		
		AMB	HOSP	UDA MOVIL	D/LIA	OTRA					
101	GENERAL ADULTOS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 14	20030415
102	GENERAL PEDIÁTRICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 15	20080916
203	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 16	20170824
205	CIRUGÍA MAXILOFACIAL	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 17	20030415
207	CIRUGÍA ORTOPÉDICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	DHS1057 18	20030415
209	CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 20	20030415
	CIRUGÍA PLÁSTICA Y									DHS1057	

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020
POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

213	ESTÉTICA	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	21	20030415
301	ANESTESIA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 23	20030415
304	CIRUGÍA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS5361 40	20170824
328	MEDICINA GENERAL	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	DHS1057 24	20030415
339	ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 25	20030415
340	OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 26	20140812
359	CONSULTA PRIORITARIA	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	DHS1057 27	20080708
369	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 28	20140812
387	NEUROCIRUGÍA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 29	20140812
501	SERVICIO DE URGENCIAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 30	20030415
710	RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	DHS1057 32	20030415
714	SERVICIO FARMACÉUTICO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	DHS1057 33	20030415
739	FISIOTERAPIA	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	DHS1057 34	20030415
950	PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	DHS3013 35	20151026

Que en el Informe de Visita de Verificación del Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación No. IVH108-2017, realizado al Prestador de Servicios **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva**, se determinó lo siguiente:

"...CONCLUSIÓN:

La Comisión Técnica de Verificadores de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, en la visita de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación realizada al Prestador de Servicios de Salud denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA", constató que:

1. CUMPLE con las Condiciones Técnico-Administrativas y de suficiencia patrimonial y financiera del

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020

POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Sistema Único de Habilitación

2. **NO CUMPLE** con las Condiciones Tecnológicas y Científicas del Sistema Único de Habilitación, evidenciándose incumplimiento en los siguientes estándares:

Estándar Talento Humano: 5 incumplimientos que afectan a los servicios de hospitalización general adulto y general pediátrica, consulta externa de medicina general, urgencias, radiología y servicios de cirugía maxilofacial, ortopédica, otorrinolaringológica y cirugía plástica y estética.

Estándar de Infraestructura:

Estándar de Dotación y su Mantenimiento: 14 incumplimientos de los cuales 1 afecta a todos los servicios y los demás que afectan a los servicios de hospitalización general adulto y general pediátrica, consulta externa de medicina general y especialidades médicas, todos los servicios de cirugía, fisioterapia, farmacia y el proceso de esterilización.

Estándar de Medicamentos y Dispositivos Médicos: 12 incumplimientos de los cuales 1 afecta transversalmente a todos los servicios, y los demás específicamente son de los servicios de farmacia, urgencias, hospitalización general adulto y general pediátrica, cirugía y el proceso de esterilización

Estándar de Procesos Prioritarios Asistenciales: 12 incumplimientos, de los cuales 5 afectan a todos los servicios, y los otros específicamente a los servicios de urgencias, hospitalización general adulto y general pediátrica, cirugía y el proceso de esterilización y farmacia

Estándar de Historias Clínicas y Registros Asistenciales: 2 incumplimientos, de los cuales 1 afecta transversalmente a todos los servicios y 1 específico del proceso de esterilización.

Estándar de Interdependencia de Servicios: 3 incumplimientos, 1 del servicio de urgencias, 1 del servicio de hospitalización y 1 específico del servicio de cirugía ortopédica habilitada en complejidad alta.

Por lo cual decidió: Trasladar en debida forma, todas y cada una de las actuaciones administrativas adelantadas en la presente visita, a la Oficina Jurídica de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, para que se inicie la correspondiente investigación administrativa de carácter sancionatorio de conformidad con lo establecido en la Ley 1437 de 2011, en razón de los incumplimientos al Sistema Único de Habilitación evidenciados en el prestador...".

Que en el ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051-2017 del 21 de septiembre de 2017, la Comisión Técnica de Verificadores de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, determinó:

"... CONCLUSIÓN DE LA VISITA

Que de conformidad con lo expuesto anteriormente y dando cumplimiento al artículo 2.5.1.7.5 Decreto 780 de 2016, la Comisión técnica de verificadores de La Secretaría de

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Salud Departamental del Huila, que ejecuto la presente visita, conceptúa favorablemente sobre la viabilidad de aplicar MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD, en consecuencia determina:

PRIMERO. Ordenar la **SUSPENSIÓN TOTAL DE LOS SERVICIOS DE: URGENCIAS, CIRUGÍA Y HOSPITALIZACIÓN**, al Prestador de Servicios de Salud denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA" identificada con código de habilitación No. 4100100466-01.

SEGUNDO. Ordenar la **SUSPENSIÓN TOTAL DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN**, al Prestador de Servicios de Salud denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA" identificada con código de habilitación No. 4100100466-01.

TERCERO. Congelar al Prestador de Servicios de Salud denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA" identificada con código de habilitación No. 4100100466-01., **LOS SIGUIENTES EQUIPOS: ARCO EN C MARCA PHILIPS MODELO 718075 SERIAL 000119, RX CONVENCIONAL MARCA GENERAL ELECTRIC SERIAL 072/2016, TOMOGRAFO MARCA GENERAL ELECTRIC MODELO HISpeed (no se encontró serial).**

CUARTO. La medida Sanitaria de Seguridad impuesta y notificada, se mantendrá durante 60 días calendario contados a partir de la fecha de imposición de la medida o hasta que el Prestador subsane los incumplimientos que afectan la seguridad y vida de los usuarios, e implica la iniciación de un procedimiento administrativo de carácter sancionatorio, contra el Prestador.

QUINTO. Advertir al Prestador que la inobservancia de la presente medida, le acarreará la agravación de las sanciones establecidas en la Ley 9 de 1979, así como el traslado de las actuaciones a las demás autoridades administrativas y judiciales, que por competencia deban conocer de dicha conducta.

SEXTO. Se advierte al Prestador de servicios de salud, que deberá elaborar en forma inmediata un plan y o procedimiento con la Entidad responsable del pago, que permita la reubicación y la prestación de servicios a los pacientes. Este plan deberá ser presentado a la Secretaría de Salud Departamental del Huila de manera inmediata.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

SÉPTIMO. La Secretaria de Salud del Departamento del Huila, procederá a informar a la comunidad en general sobre las medidas sanitarias de seguridad impuestas aquí al Prestador **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEEDIA** identificada con código de habilitación No. 4100100466-01. de conformidad con el artículo 578 de la ley 9 de 1979. **OCTAVO.**

La presente medida de seguridad es de inmediata ejecución, tiene carácter preventivo y transitorio, en consecuencia contra ella, no procede recurso alguno. Se procede a realizar la correspondiente imposición de Sellos y se deja evidencia fotográfica de dicha actuación. Se hace entrega de este acto, al personal encargado de atender la visita. Se firma la presente Acta en Neiva (Huila), a los 21 días del mes de septiembre de 2017...".

Que mediante oficio 48192 del 21 de Septiembre de 2017, radicado ante este Despacho, el Prestador de Servicios **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva**, solicita el levantamiento de imposición de medidas de seguridad No 051-2017. Argumentando:

"En atención del acta en mención de manera atenta solicito el levantamiento de imposición de medida de seguridad descrito en la conclusión de la visita ítem tercero, retiro de sellos de congelamiento de los siguientes equipos:

1. Rayos X arco en C
2. Rayos X convencional
3. Rx Tomógrafo

Teniendo en cuenta que por Resolución 1835 de 2017, emitida por la Secretaria de Salud Departamental se cumple con la licencia de funcionamiento de dichos equipos.

Que mediante oficio 2017COR00048920 del 26 de Septiembre de 2017, radicado ante este Despacho, el Prestador de Servicios **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva**, solicita el levantamiento de imposición de medidas de seguridad No 051-2017. Argumentando:

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

"... A continuación nos permitimos indemostrar algunos supuestos fácticos de la mala imputación de la medida de cierre de cirugía:

2. Incumplimiento en los siguientes estándares y criterios exigidos para el servicio de CIRUGÍA MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD

2.1 ESTÁNDAR: TALENTO HUMANO:

Criterio: cuenta con instrumentadora para cada uno de los procedimientos que se requieran y enfermera en zonas dispersas, si no existe este recurso en la zona.

Evidencia de incumplimiento de la norma: según cuadros de turno se evidencio que la instrumentadora solo figura los días del 4 – 10 y del 18 – al 24 de septiembre de 2017. Se evidencio que el servicio de cirugía no cuenta con instrumentadora durante la mañana.

RESPUESTA: Respecto a este supuesto incumplimiento me permito manifestar lo siguiente. Los procedimientos quirúrgicos programados en nuestra institución son en la jornada de la tarde-noche de lunes a viernes y siempre se ha contado con instrumentadora quirúrgica presencial; el cuadro de turnos al que hacen referencia es al de disponibilidad de la instrumentadora de planta para cada uno de los procedimientos que se requieran en las cirugías de urgencias en horario diferente al presencial. Para mayor claridad se han tomado los correctivos sugeridos y por tanto allegamos el cuadro de turnos consolidado en el cual se evidencia el cubrimiento del servicio las 24 horas del día, tanto por el personal de planta como por el de evento.

Criterio: En la sala de recuperación cuenta con enfermería, auxiliar de enfermería:

Evidencia de incumplimiento: No se garantiza 24 horas la enfermera jefe en el área de recuperación

RESPUESTA: En cuanto a la enfermera jefe también se envía cuadros de turno en el cual se evidencia cubrimiento del servicio las 24 horas del día.

PETICIÓN: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y superado el requerimiento exigido, le solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad del cierre temporal descrita en el acta No 051 de 2017, respecto del servicio de cirugía.

2.2 ESTANDAR: DOTA CIÓN DE EQUIPOS

Criterio: en sala de recuperación, cuenta con equipo de gases arteriales.

Evidencia de incumplimiento de la norma: en el servicio de cirugía no se evidencio el equipo de gases arteriales.

RESPUESTA: Para el día de la visita, el equipo de gases arteriales, se encontraba en mantenimiento en la ciudad de Bogotá, tal como se demostró con la correspondiente certificación de la empresa que realiza dicha labor. El incumplimiento ya fue subsanado y el equipo se encuentra en nuestras

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

instalaciones.

PETICIÓN: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, le solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad de cierre temporal, descrita en el acta No 051 de 2017, respecto del servicio de cirugía.

Criterio: Cuando se requiera carro de paro, este cuenta con equipo básico de reanimación, cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo, guía de intubación para adulto y/o pediátrica según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca incluyendo dispositivos médicos y medicamento.

Evidencia de incumplimiento de la norma: El desfibrilador del servicio no garantiza fuente de energía de respaldo.

RESPUESTA: el incumplimiento ya fue subsanado, acatando la recomendación, se obtuvo un desfibrilador de respaldo por medio de la empresa METROLOGOS SAS, que realiza el mantenimiento biomédico, contando con este equipo a partir de la fecha las 24 horas del día.

PETICIÓN: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y superado el requerimiento exigido del servicio de desfibrilador, solicitamos se reabra el servicio de cirugía, por ello le solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad de cierre temporal, descrita en el acta No 051 de 2017, respecto del servicio de cirugía.

2.3 INTERDEPENDENCIA PARA SERVICIO DE CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD

Criterio: Para alta complejidad cuenta con (...) cuidado intensivo, transfusión sanguínea, laboratorio clínico, proceso de esterilización, patología.

Evidencia de incumplimiento de la norma: El prestador no cuenta con servicio de cuidados intensivos, laboratorio clínico, transfusión sanguínea, proceso de patología. **CUIDADO INTENSIVO:** Frente a este ítem no se presentó evidencia: **LABORATORIO CLÍNICO:** Se dispone de servicio de laboratorio clínico, pero no se garantiza la prestación del servicio durante las 24 horas. Se evidenció un contrato de prestación de servicios de laboratorio clínico entre la Clínica de Fracturas y ortopedia y la IPS laboratorio clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, cuyo objeto es: "el presente contrato tiene como objetivo la prestación de servicio IPS Laboratorio Clínico Especializado las 24 horas de lunes a domingo a la clínica de Fractura y Ortopedia Ltda. Consultado el REPS, se evidenció que el prestador dominado la IPS Laboratorio Clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, tiene habilitado el servicio de laboratorio clínico en el siguiente horario: De lunes a viernes de las 7:00 a las 18:00 horas y los sábados de las 7:00 a las 12:00 horas. Además durante la visita el personal de enfermería informo que el servicio de laboratorio clínico se presta hasta las 19:00 horas, por lo anterior, se concluye que el prestador no garantiza la prestación del servicio del laboratorio clínico las 24 horas.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA: No se registró evidencia. **PROCESO DE PATÓLOGA:** No se registró evidencia.

RESPUESTA: LABORATORIO CLÍNICO: Respecto a la prestación del servicio de laboratorio clínico 24 horas al día, ya se tomaron correctivos, el laboratorio clínico especializado que se encuentra dentro de las instalaciones de la clínica, realizó novedad de cambio de horario ante el REPS; quedando registrado las 24 horas de servicio. (Se anexa copia de radicado). En cuanto a la información que supuestamente dio el personal de enfermería sobre el servicio de laboratorio clínico, no es claro ya que no se manifiestan expresamente la persona que dio tal información en razón a que es equivocada esta información. El servicio de laboratorio se ha prestado desde hace 27 años las 24 horas del día, los 365 días del año.

PETICIÓN: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad de cierre temporal, descrita en el acta No 051 de 2017, por cuanto fue subsanada la evidencia.

PRUEBAS:

1. Copia de cuadro de turnos del personal de cirugía consolidado (instrumentadora, jefe)
2. Copia del radicado No 46539 del 14 de Septiembre de 2017. Cambio de horario de atención del laboratorio clínico

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, consideramos que el cierre de cirugía fue arbitrario ya que cumplimos con las normas de habilitaciones hospitalaria vigente.

PETICIÓN: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto y superado el requerimiento exigido del servicio de desfibrilador, solicitamos se reabra el servicio de cirugía, por ello le solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad de cierre temporal, descrita en el acta No 051 de 2017, respecto del servicio de cirugía

Que mediante oficio 48568 del 25 de Septiembre de 2017, radicado ante este Despacho, el Prestador de Servicios **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva**, solicita el levantamiento de imposición de medidas de seguridad No 051-2017. Argumentando:

"... Pese a que en el documento de imposición de medida sanitaria no se citan claramente los códigos de

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

habilitación para cada uno de los servicios que supuestamente no cumplimos, a continuación nos permitimos indemostrar algunos de los supuestos fácticos de la mala imputación de la medida de cierre:

1. *En cuanto al primer incumplimiento señalado – estándares y criterios exigidos para el servicio de URGENCIAS Y OBSERVACIÓN:*

Evidencia de incumplimiento de la norma: *se dispone del servicio de cirugía pero no se garantiza la prestación 24 horas. Se dispone del servicio del laboratorio clínico, pero no se garantiza la prestación del servicio durante las 24 horas. Se evidencio un contrato de prestación del de laboratorio clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, cuyo objeto es: "el presente contrato tiene como objetivo la prestación del servicio IPS laboratorio clínico especializado las 24 horas de lunes a domingo a la Clínica de Fractura y Ortopedia LTDA"*

Consultado el REPS, se evidencio que el prestador denominado IPS Laboratorio Clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, tiene habilitado el servicio de laboratorio clínico en el siguiente horario: de lunes a viernes de las 7:00 a las 18:00 horas y los sábados de las 7:00 a las 12:00 horas.

Además durante la visita el personal de enfermería informo que el servicio de laboratorio clínico presta hasta las 19:00 horas:

Por lo anterior, se concluye que el prestador no garantiza la prestación del servicio del laboratorio clínico las 24 horas.

Respuesta: *ante la supuesta evidencia de incumplimiento del estándar en mención nos permitimos manifestar que el servicio de Laboratorio Clínico, por error involuntario en digitación registró ante el REPS el horario descrito en dicho incumplimiento, pero cabe resaltar que desde hace 27 años este servicio ha sido prestado ininterrumpidamente durante las 24 horas, 365 días del año, tal como se puede evidenciar en las historias clínicas y los registros asistenciales de los pacientes atendidos.*

Lo anterior fue informado en el transcurso de la visita de verificación de condiciones de habilitación, pero no fue tenido en cuenta, una vez se tuvo conocimiento de este error en el documento el laboratorio clínico realizo novedad de cambio de horario ante el REPS; quedando registrado 24 horas de servicio (Se anexa copia del radicado)

De acuerdo a la complejidad del servicio que se tiene habilitado URGENCIAS DE MEDIANA COMPLEJIDAD, nos permitimos informar que nuestra institución si dispone y garantiza el servicio de cirugía las 24 horas. No se entiende, porque arbitrariamente cierran un servicio cuando se cumple la

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

normativa vigente; pues además de contar con el servicio dentro de la institución, se cuenta con el contrato suscrito con la IPS EMCOSALUD para prestar servicios de cirugía y laboratorio clínico, como medida de contingencia.

El anterior documento fue revisado por la comisión verificadora de la Secretaria de Salud Departamental Dr Faiber Segura y no tenido en cuenta. (Se anexa contrato de fecha 1 de agosto de 2017).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, consideramos que el cierre el servicio de urgencias fue arbitrario ya que cumplimos con las normas de habilitación Hospitalaria vigentes.

PETICIÓN:

Solicitamos respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad de cierre temporal, descrita en el acta No 051 de 2017, respecto del servicio de urgencias.

Pruebas.

1. Copia del radicado No 46539 del 14 de Septiembre de 2017. Cambio de horario de atención de laboratorio clínico.
2. Copia del contrato de la IPS EMCOSALUD, de fecha 1 de agosto de 2017"

Que mediante ACTA DE LEVANTAMIENTO DE SELLOS No. 055-2017 del 25 de septiembre de 2017, La Comisión Técnica de la Secretaria de Salud Departamental, manifiesta frente a la solicitud del prestador de servicios de salud referente al levantamiento de sellos lo siguiente:

"...La señora MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS representante legal de CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEEDIA", solicita a la Secretaria de Salud Departamental del Huila, mediante oficio radicado No. 48192 de 21 de septiembre de 2017, el levantamiento de los sellos que fueron colocados como consecuencia de la medida de seguridad impuesta mediante acta de imposición de medida sanitaria de seguridad No 051-2017, la cual consistió en congelar el prestador de Servicios de Salud denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEEDIA" IDENTIFICADA CON CODIGO DE HABILITACIÓN No 4100100466-01, Los siguientes equipos: ARCO EN C MARCA PHILIPS MODELO 718075 SERIAL 000119, RX CONVENCIONAL MARCA GENERAL ELECTRIC SERIAL 072/2016, TOMOGRAFO MARCA GENERAL ELECTRIC MODELO HISpeed (no se encontró serial)

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Conclusión:

Analizados los argumentos presentados por la señora MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS y revisada las condiciones que dieron lugar a la imposición de la medida sanitaria de seguridad por parte de la Comisión Técnica, se determina autorizar el levantamiento de sellos impuesto al prestador de servicios de salud "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPÉDICA"; pero se aclara que se mantienen las medidas medias de seguridad impuestas el 21 de septiembre de 2017 mediante Acta de Imposición de Medida Sanitaria de Seguridad No 051-2017, hasta tanto se superen los incumplimientos referidos en ella. El no cumplimiento de la presente determinación, por parte del prestador "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA" genera el inicio de investigaciones administrativas de carácter sancionatorio y la imposición y/o agravación de las sanciones que determina la Ley 9 de 1979..."

Que mediante oficio 2017COR00049220 del 27 de Septiembre de 2017, radicado ante este Despacho, el Prestador de Servicios **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva**, solicita el levantamiento de MEDIDA DE CIERRE DE Hospitalización y esterilización – acta Medida de Sanitaria de Seguridad No 051-2017. Argumentando:

"...A continuación nos permitimos indemostrar algunos supuestos fácticos de la mala imputación de la medida de cierre de hospitalización y proceso de esterilización:

1. Incumplimiento en los siguientes estándares y criterios exigidos para el servicio de HOSPITALIZACIÓN MEDIANA COMPLEJIDAD

Estándar. Interdependencia

Criterio: *cuenta con laboratorio clínico, transfusión sanguínea, radiología y servicio farmacéutico.*

Incumplimiento de la norma: *el prestador no tiene habilitado el servicio de transfusión sanguínea*

RESPUESTA: *para poder claridad es importante precisar que el servicio de transfusión sanguínea es interdependencia del servicio principal declarado HOSPITALIZACIÓN DE MEDIANA COMPLEJIDAD (Hoja 98 Resolución 2003 del 2014) ahora bien el servicio de transfusión sanguínea pertenece al grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, descrito en la resolución 2003 del 2014, hojas 71 y 72 el cual lo define. "Para efectos de la habilitación, se entiende transfusión sanguínea como la realización de pruebas pre transfusionales que se habilitarán únicamente dentro de una Institución Prestadora de servicios de Salud o serán contratadas con un banco de sangre, contrario sensu permite su contratación con un banco de sangre cuando la institución prestadora de salud IPS NO la habilite, adicionalmente en su propio estándar de interdependencia expresa:*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

"Cuenta con: convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y/o componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pre transfusionales, cuando la entidad no las realice"

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 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 (Hoja 22 Resolución 2003 de 2014 alcance de cada uno de los estándares).

Significa lo anterior que la norma cita, no exige que LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, preste directamente el servicio. Por el contrario, permite que se contrate este servicio con otra entidad que para el caso que nos ocupa la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA tiene suscrito y vigente el contrato No PBS-01-2016 de fecha de 24 de octubre de 2016, con su correspondiente OTROSI de fecha 1 de Agosto de 2017, para las pruebas pre transfusionales con el BANCO DE SANGRE HERNANDO MONCALEANO.

PETICIÓN: *Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad del cierre temporal descrita en el acta No 051 de 2017 respecto del servicio de hospitalización*

Se dispone del servicio de cirugía pero no se garantiza la prestación 24 horas. Se dispone del servicio del laboratorio clínico, pero no se garantiza la prestación del servicio durante las 24 horas. Se evidencio un contrato de prestación del de laboratorio clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, cuyo objeto es: "el presente contrato tiene como objetivo la prestación del servicio IPS laboratorio clínico especializado las 24 horas de lunes a domingo a la Clínica de Fractura y Ortopedia LTDA"

Consultado el REPS, se evidencio que el prestador denominado IPS Laboratorio Clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, tiene habilitado el servicio de laboratorio clínico en el siguiente horario: de lunes a viernes de las 7:00 a las 18:00 horas y los sábados de las 7:00 a las 12:00 horas.

Además durante la visita el personal de enfermería informo que el servicio de laboratorio clínico presta

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

hasta las 19:00 horas:

Por lo anterior, se concluye que el prestador no garantiza la prestación del servicio del laboratorio clínico las 24 horas.

Respuesta: *Ante la supuesta evidencia de incumplimiento del estándar en mención nos permitimos manifestar que el servicio de Laboratorio Clínico, por error humano en digitación registró ante el REPS el horario descrito en dicho incumplimiento, pero cabe resaltar que desde hace 27 años este servicio ha sido prestado ininterrumpidamente durante las 24 horas, 365 días del año, tal como se puede evidenciar en las historias clínicas y los registros asistenciales de los pacientes atendidos. Lo anterior fue informado en el transcurso de la visita de verificación de condiciones de habilitación, pero no fue tenido en cuenta, una vez se tuvo conocimiento de este error en el documento el laboratorio clínico realizó novedad de cambio de horario ante el REPS; quedando registrado 24 horas de servicio (Se anexa copia del radicado)*

PETICIÓN: *Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad del cierre temporal descrita en el acta No 051 de 2017 respecto del servicio de hospitalización.*

2. PROCESO DE ESTERILIZACIÓN:

Estándar. Procesos prioritarios

Criterio: Sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril, identificando cualquier deterioro que comprometa la permanencia de esterilidad (Resolución 2003 de 2014). Socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de parto, salas de cirugía, hospitalización, etc. De acuerdo a la Resolución 2183 de 2004, por el cual se adopta el manual de buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios e salud, capítulo III. Proceso de esterilización. Pasos de los procesos de esterilización. 1.8 almacenamiento. D) Temperatura ambiente entre 15 C y 25 C, la humedad entre el 40% y el 60% (el exceso de humedad aumenta la permeabilidad).

Evidencia de incumplimiento de la norma: *no se evidencia monitoreo ni registro de la temperatura y humedad en el área.*

No hay evidencia de la socialización y adherencia al protocolo de esterilización en el personal responsable del proceso.

RESPUESTA: *el incumplimiento ya fue subsanado y los formatos se socializaron para el correcto diligenciamiento. Por otro lado se cuenta con evidencia suficiente de la socialización y adherencia al manual de esterilización por el personal responsable del proceso el cual no fue tenido en cuenta durante*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

la visita. (Se anexa controles de asistencia y socialización del tema)

PETICIÓN: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de suspensión total del proceso de Esterilización descrita en el acta No 051 de 2017 respecto del servicio de esterilización.

Criterio: En tanto se realiza la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo médico, ni el riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.

Evidencia de incumplimiento de la norma: El prestador no tiene definido las condiciones de reusó de acuerdo a la ficha técnica del fabricante.

RESPUESTA: La institución si tiene definido los dispositivos médicos de uso y reusó y las condiciones, de acuerdo a la ficha técnica del fabricante (se anexa copia del documento)

PETICIÓN: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de suspensión total del proceso de Esterilización descrita en el acta No 051 de 2017 respecto del servicio de hospitalización.

Estándar: Medicamentos, dispositivos médicos e insumos:

Criterio: Para centrales de esterilización y para prestadores que realicen el proceso de esterilización fuera de centrales de esterilización, cuentan con: (...) Indicadores químicos y biológicos: De acuerdo con la Resolución 2183 de 2004, por el cual se adopta el Manual de Buenas Practicas de Esterilización para prestadores de servicios de salud, capítulo III Proceso de esterilización "Para garantizar los resultados utilice indicador biológico con cada carga, un indicador químico dentro de cada paquete, y un indicador químico fuera de cada paquete. Por ultimo registre sus procesos"

Evidencia de incumplimiento de la norma: Durante la verificación de los registros se pudo evidenciar que no todo el material e instrumental que procesan en la central tienen indicador químico y el indicador biológico se mide al libre albedrio pese a estar catalogados como criterio y representar un riesgo alto de infección.

RESPUESTA: Es una apreciación errada, en nuestra institución si se coloca indicador químico en todos los paquetes excepto al paquete de insumos para curación. En cuanto al indicador biológico, no se mide al libre albedrio pues siempre se coloca en cada carga, el incumplimiento radicaba en que no se registraba siempre en el libro que se llevaba para tal fin. Ya se tomaron los correctivos frente al registro de indicadores en el libro.

PETICIÓN: Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de suspensión total del proceso de Esterilización descrita en el acta No

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

051 de 2017 respecto del servicio de esterilización.

Estándar: Infraestructura:

Criterio: En centrales de esterilización cuanta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida: 1 Ambiente contaminado: Donde se recibe y lavan los equipos: Cuenta con Pocetas, mesones y suministro de agua y aire comprimido y desagües. 2. Ambiente limpio con las siguientes áreas: Área de empaque donde se arman y empaacan los equipos. Área de esterilizaciones adicionada para el método de esterilización que se emplee. Área de almacenamiento de insumos. 3. Ambiente de almacenamiento de equipo donde se almacena el material estéril. 4. Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos. 5. Si se utiliza esterilización con óxido de etileno: ambiente independiente y con una instalación que siga las recomendaciones del fabricante del esterilizador. 6. Baño para el personal asistencial con lavamanos 7. Cuanta con toma eléctrica en todas las áreas 8. Todo el servicio debe estar limpio bien iluminado con ventanas cerradas y no uso de ventiladores. 9. Los pisos paredes y techos deberán estar cubiertos en materiales sólidos, lisos lavables impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección. 10. Todos los muebles serán lavables y no serán de material poroso. La madera no está indicada en estas áreas.

Evidencia de incumplimiento de la norma: La central no garantiza la circulación unidireccional, lo que favorece la contaminación cruzada. El área del ambiente contaminado es insuficiente para el adecuado desarrollo del proceso.

RESPUESTA: No es cierto, la institución tiene establecido un proceso dentro del Manual de Esterilización con el fin de garantizar que no exista contaminación cruzada en la central (Se anexa proceso ajustado). Para mayor claridad hay que precisar los siguientes conceptos, ya definidos en el numeral 3.2.2 ambiente: lugar físico delimitado por barrera fija, piso, techo, en el cual se realiza una actividad específica o varias compatibles. Área o espacio: lugar físico no necesariamente delimitado con barrera física en el cual se realiza una actividad específica. Por lo anterior, la evidencia de incumplimiento es ambigua. Adicionalmente el numeral 3.2.2 en infraestructura, expresa que las disposiciones contenidas en la resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adiciones o sustituyan, se aplicaran exclusivamente a la infraestructura física creada, modificada o inscrita, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, solo se aplicara la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado. NUESTRA INFRAESTRUCTURA DATA DE FECHA ANTERIOR A NOVIEMBRE DE 2002 Y NO SE HA REALIZADO MODIFICACIÓN RECIENTE ENN EL ÁREA DE ESTERILIZACIÓN, AUNADO QUE LA NORMA NO SE ESTABLECE UN AREA MINIMA NI MAXIMAEN METROS. SIENDO OPORTUNO RESALTAR QUE LA INSPECCIÓN HA SIDO REALIZADA POR LA MISMA FUNCIONARIA ARQUITECTA Maria Paula Silva Lozano NO UNA SINO DOS VECES, SIN QUE HUBIERA EXISTIDO INCONFORMIDAD AL RESPECTO (Se anexa copia del informe de visita de verificación IVH001-2006 de fecha marzo 18 de 2016 hoja CUADRO RESUMEN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICO – CIENTÍFICAS DE

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

HABILITACIÓN POR SERVICIO.)

PETICIÓN: *Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de suspensión total del proceso de Esterilización descrita en el acta No 051 de 2017 respecto del servicio de esterilización.*

PRUEBAS

Copia de la hoja No 98 Resolución 2003 de 2014

Copia de la hoja No 71 y 72 Resolución 2003 de 2014

Copia de la hoja No 22 Resolución 2003 de 2014

Copia de Contrato No PBS-01-2016 de fecha 24 de octubre de 2016, con su correspondiente OTROSI de fecha 1 de agosto de 2017, para las pruebas pre transfusionales con el BANCO DE SANGRE HERNANDO MONCALEANO

Copia del radicado No 46539 del 14 de Septiembre de 2017 de cambio de horario de atención del laboratorio clínico

Copia de los formatos de control de temperatura y humedad se socializaron para el correcto diligenciamiento. (se anexa controles de asistencia)

Socialización y adherencia al manual de esterilización (Se anexa controles de asistencia.

Copia de Manual de uso y reuso de dispositivos médicos

Proceso, con el fin de garantizar que no exista contaminación cruzada en la central

Copia hoja CUADRO RESUMEN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES TÉCNICO – CIENTÍFICAS DE HABILITACIÓN POR SERVICIO fecha marzo 18 de 2016

(Registro fotográfico de la marcación de los carros de transporte que ya estaban rotulados y de las nuevas demarcaciones a la central de esterilización ajustándolo al nuevo protocolo)

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, y las pruebas aportadas, consideramos que la SUSPENSIÓN TOTAL DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN y del servicio de HOSPITALIZACIÓN fue arbitrario ya que cumplimos con las normas de Habilitación Hospitalaria vigentes.

PETICIÓN: *Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto solicito respetuosamente el levantamiento inmediato de la medida sanitaria de seguridad de cierre temporal, descrito en el acta No 051 de 2017 respecto de los servicios de HOSPITALIZACIÓN Y PROCESO DE ESTERILIZACIÓN.*

Que el 3 de octubre de 2017, mediante acta de seguimiento a medida sanitaria de seguridad No 051 de 2017 con radicado 2017SAL00019002-1, el Comité Técnico Verificador de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, en respuesta al oficio radicado No. 48568 de 25-09-2017, en el cual solicitan "Levantamiento de medida de cierre de Urgencias-Acta de imposición de medida

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

sanitaria de seguridad No. 051-2017 informo en su orden:

Incumplimiento en los siguientes estándares y criterios exigidos para el servicio DE URGENCIAS Y OBSERVACIÓN

Estándar: "INTERDEPENDENCIA"

Criterio: Para mediana complejidad, disponibilidad de: (.....) Radiología, Laboratorio Clínico, Cirugía, Proceso de esterilización y Transfusión sanguínea.

Evidencia de incumplimiento a la norma:

Se dispone del servicio de cirugía pero no se garantiza la prestación las 24 horas. Se dispone del servicio de laboratorio clínico, pero no se garantiza la prestación del servicio las 24 horas. Se evidencio un contrato de prestación de servicios de laboratorio clínico entre la Clínica de Fracturas y Ortopedia y la IPS Laboratorio Clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, cuyo objeto es "El presente contrato tiene como objeto la prestación de servicios de LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO las 24 horas del día de lunes a domingo a la Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda....."

Consultado el REPS, se evidencio que el Prestador denominado IPS LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO María Gisela Ramírez Manrique SAS, tiene habilitado el servicio de laboratorio clínico en el siguiente horario: de lunes a viernes de 07:00 – 18:00 horas y los sábados de las 07:00 – 12 horas.

Además durante la visita el personal de enfermería no informo que el servicio de laboratorio clínico se prestaba hasta las 19:00 horas.

Por lo anterior, se concluye que el prestador no garantiza la prestación del servicio de laboratorio clínico las 24 horas.

Consideraciones:

Según la Resolución 2003 de 2014 – Manual de Prestadores y habilitación de servicios de salud, Servicio de Urgencias de mediana complejidad, exige en el estándar de interdependencia la disponibilidad de:

1. ***Radiología.***
2. ***Laboratorio Clínico.***
3. *Hospitalización.*
4. ***Cirugía.***
5. *Transporte asistencial.*
6. ***Proceso de esterilización.***
7. *Transfusión sanguínea.*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

8. *Servicio farmacéutico*
9. *Fisioterapia o terapia respiratoria.*
10. *Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, y mantenimiento)”*

En cuanto a los incumplimientos del estándar de interdependencia de los servicios de radiología, laboratorio clínico y cirugía, exigidos para la habilitación del Servicio de Urgencias de mediana complejidad, el prestador Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda., ha presentado soportes suficientes subsanan los hallazgos registrados en la medida sanitaria No. 051 de 2017. No obstante, persiste el incumplimiento de la interdependencia del servicio de urgencias dado que el proceso de esterilización fue afectado por la medida sanitaria de seguridad No. 051 de 2017, y este proceso no ha sido subsanado por parte del prestador.

Conclusión: *Analizados los soportes presentados por el prestador, se consideran suficientes para conceptuar favorablemente respecto de la solicitud de levantamiento de medida del Servicio de Urgencias de mediana complejidad.*

Que el 3 de octubre de 2017, mediante acta de seguimiento a medida sanitaria de seguridad No 051 de 2017 con radicado 2017SAL00019002-1, el Comité Técnico Verificador de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, en respuesta al oficio Radicado No. 48920 de 2017-09-26, en el cual solicitan “Levantamiento de medida de cierre de cirugía – Acta de imposición de medida sanitaria de seguridad No. 051-2017, informo en su orden:

Incumplimiento en los siguientes estándares y criterios exigidos para el servicio DE CIRUGÍA DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD.

Estándar: TALENTO HUMANO:

**Criterio: Cuenta con Instrumentadora para cada uno de los procedimientos que se requieran y enfermera en zonas dispersas, si no existe este recurso en la zona.*

Evidencia de incumplimiento de la norma:

Según cuadro de turnos se evidenció que la instrumentadora figura solo los días 4 – 10 y del 18 al 24 de septiembre de 2017.

Se evidenció que el servicio de cirugía no cuenta con instrumentadora durante la mañana.

ü Criterio: En la sala de recuperación: Cuenta con: Enfermera, Auxiliar de Enfermería.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Evidencia del incumplimiento de la norma: No se garantiza 24 horas la enfermera jefe en el área de recuperación.

Consideraciones:

Revisados los soportes físicos presentados por el prestador, se evidencia una hoja titulada "**CUADRO DE TURNO MES DE SEPTIEMBRE DE 2017**" que contiene dos cuadros de turno:

El primer cuadro tiene el título de "**PRESENCIALIDAD DURANTE EL TIEMPO QUIRÚRGICO PROGRAMADO**" en el cual aparecen en turnos presenciales 3 personas, (instrumentadora quirúrgica, enfermera y auxiliar de enfermería). El turno presencial que aparece en el cuadro es de acuerdo a lo referido por el prestador tarde-noche.

El segundo cuadro esta titulado como "**DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL DE CIRUGÍA**", en el cual están incluidas 7 personas, entre las cuales se encuentra enfermero y auxiliares de enfermería. Los turnos de disponibilidad son de lunes a viernes (mañana-noche) y los fines de semana turnos (día-noche).

En los mencionados cuadros de turnos, aparecen registrados los nombres de las personas sin los apellidos y el Prestador no presenta listado adicional referenciando los apellidos de las mismas. Se evidencia que en el cuadro de "**disponibilidad**" del personal de cirugía, aparece registrada una persona con el nombre de DIANA, y revisando el cuadro de registro de las hojas de vida, los cuadros de turno y el listado final presentados por el Prestador donde relaciona todo el personal asistencial de la IPS, se evidencia que la única persona con este nombre, es la señora DIANA CATHERINE ORDOÑEZ quien soporta formación como regente de farmacia.

De otro lado el cubrimiento las 24 horas del servicio de cirugía, la institución lo está garantizando, con un cuadro de disponibilidad y la norma define explícitamente "**cuenta con**", siendo obligatorio que el personal sea presencial, más si tenemos en cuenta que los servicios de CIRUGÍA MAXILOFACIAL (205), CIRUGÍA ORTOPÉDICA (207), CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA (209) Y CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA (213) están habilitados en modalidad hospitalaria.

Conclusión: Analizados los soportes presentados por el prestador en el estándar de talento humano, se considera que la Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda., no ha realizado las acciones necesarias y suficientes para dar cumplimiento a lo establecido en el estándar, por tanto no se conceptúa favorablemente respecto de la solicitud de levantamiento de medida del servicio de cirugía.

Estándar: DOTACIÓN DE EQUIPOS

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

ü *Criterio: En sala de recuperación, cuenta con equipos arteriales.*

Consideraciones:

El prestador no soporta la certificación de la empresa que realizó el mantenimiento del equipo de gases arteriales.

ü *Criterio: Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para auto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiograma, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos t medicamento.*

Evidencia de incumplimiento a la Norma:

El desfibrilador no garantiza fuente de energía de respaldo.

Consideraciones:

El Prestador no adjunta dentro de la documentación la factura, ni el reporte de este nuevo equipo de respaldo que adquieren por medio de la Empresa METROLOGOS SAS.

Conclusión: *Analizados los soportes presentados por el prestador en el estándar de dotación de equipos, se consideran insuficientes para conceptuar favorablemente respecto de la solicitud de levantamiento de medida del servicio de cirugía.*

Estándar: Interdependencias para el servicio de CIRUGÍA DE ALTA COMPLEJIDAD

ü *Criterio: Para alta complejidad: (.....) Cuidado Intensivo, Transfusión sanguínea, Laboratorio clínico, Proceso de esterilización, Patología.*

Evidencia de Incumplimiento a la Norma

- *El prestador no cuenta con el servicio de Cuidado Intensivo.*
- *El prestador no cuenta con el servicio de Laboratorio Clínico.*
- *El Prestador no cuenta con el servicio de Transfusión Sanguínea.*
- *El prestador No cuenta con el servicio de Patología.*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Consideraciones:

En relación al concepto "**cuenta con**", definido por la resolución 2003 de 2014, numeral 3.2.7, en interdependencias: "**Es la existencia obligatoria de un servicio dentro de la IPS, que debe funcionar durante el tiempo en que se oferte o se preste el servicio, sin importar si el servicio es propio o contratado**", lo que indica que el prestador Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda., debe garantizar dentro de su infraestructura los servicios de Cuidado Intensivo, Laboratorio Clínico, Transfusión sanguínea y Patología, y estos deben funcionar durante el tiempo en que se oferte o preste el servicio de **Cirugía de alta complejidad**.

Conclusión: Analizados los soportes presentados por el prestador se consideran insuficientes para conceputar favorablemente respecto de la solicitud de levantamiento de medida del Servicio de Cirugía.

Que el 3 de octubre de 2017, mediante acta de seguimiento a medida sanitaria de seguridad No 051 de 2017 con radicado 2017SAL00019002-1, el Comité Técnico Verificador de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, en esta respuesta al oficio Radicado No. 2017COR00049220 de fecha 27 de septiembre de 2017, en el cual solicitan "Levantamiento de medida de cierre de hospitalización y esterilización-Acta de imposición de medida sanitaria de seguridad No. 051-2017, informo en su orden:

1. Incumplimiento en los siguientes estándares y criterios exigidos para el servicio de HOSPITALIZACIÓN MEDIANA COMPLEJIDAD.

Estándar: INTERDEPENDENCIA

ü Criterio: cuenta con: Laboratorio clínico, Transfusión sanguínea, Radiología y Servicio Farmacéutico.

Evidencia de Incumplimiento a la Norma

- El Prestador no tiene habilitado el servicio de transfusión sanguínea.

Consideraciones:

Según la resolución 2003 de 2014 – Manualidad de inscripción de Prestadores y habilitación de servicios de salud, **Servicio de Hospitalización mediana complejidad**, exige en el estándar de interdependencia:

Cuenta con:

1. Laboratorio Clínico.
2. **Transfusión sanguínea.**

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

3. Radiología.
4. Servicio Farmacéutico.

Disponibilidad de:

1. Transporte Asistencial.
2. Nutrición.
3. Proceso de esterilización.
4. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, vigilancia y mantenimiento).

De conformidad con lo anterior, El Prestador denominado Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda., al habilitar el servicio de hospitalización de mediana complejidad, debe dar cumplimiento en el estándar de **interdependencia, Cuenta con: Laboratorio Clínico, Transfusión sanguínea; Radiología y servicio farmacéutico.**

Teniendo en cuenta que el concepto definido por la resolución 2003 de 2014, en el numeral 3.2.7 En Interdependencia, el término "**cuenta con**" expresa textualmente: "Es la existencia obligatoria de un servicio dentro de la IPS, que debe funcionar durante el tiempo en que se oferte o preste el servicio, sin importar si el servicio es propio o contratado", en consecuencia el Prestador, debe contar con el servicio de transfusión sanguínea dentro de su infraestructura y este debe funcionar durante el tiempo en que se oferte o preste el servicio de **hospitalización de mediana complejidad.**

La citada Resolución 2003 de 2014, para el Servicio de Transfusión Sanguínea, describe el servicio como "La organización técnico-científica y administrativa de una institución médica y asistencial, destinada a la trasfusión de sangre total o de sus componentes, provenientes de un Banco de sangre". Y define que "Para efectos de la habilitación, se entiende transfusión sanguínea como la realización de pruebas pre transfusionales que se habilitan únicamente dentro de una Institución Prestadora de Servicios de Salud o serán contratadas con un banco de sangre".

En virtud de lo anterior, el Prestador CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTA., debe garantizar dentro de su infraestructura la organización Técnico-Cietífica y administrativa para prestar el servicio de trasfusión de sangre total o sus componentes, los cuales deben ser proveídos por un Banco de Sangre, sin importar si este es propio o contratado.

En consecuencia, el Prestador tiene la opción de contratar el servicio de transfusión sanguínea, pero este debe funcionar dentro de su infraestructura por el tiempo en que se oferte o se preste el servicio de Hospitalización de mediana complejidad.

Conclusión: Analizados los soportes presentados por el Prestador, se considera que la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA Ltda., no cumple con lo exigido en la resolución 2003 de 2014, dado que no

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

cuenta con el servicio de transfusión sanguínea dentro de su Infraestructura, en consecuencia no se conceptúa favorablemente respecto de la solicitud de levantamiento de medida.

Evidencia de Incumplimiento de la Norma:

Se dispone del servicio de Laboratorio Clínico, pero no se garantiza la prestación del servicio durante las 24 horas. Se evidencio un contrato de prestación de servicios de laboratorio clínico entre la Clínica de Fracturas y ortopedia y la IPS Laboratorio Clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, cuyo objeto es "El presente contrato tiene como objetivo la prestación de servicios de LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO las 24 horas del día de lunes a domingo a la Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda".

Consultando el REPS, se evidencio que el prestador denominado IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO María Gisela Ramírez Manrique SAS, tiene habilitado el servicio de laboratorio clínico en el siguiente horario: de lunes a viernes de 07:00 – 18:00 horas y los sábados de las 07:00- 12:00 horas.

Además durante la visita el personal de enfermería informa que el servicio de laboratorio clínico se presta hasta las 19.00 horas.

Por lo anterior, se concluye que el Prestador no garantiza la prestación de laboratorio clínico las 24 horas.

Consideraciones:

*Según lo mencionado, la Resolución 2003 de 2014 – Manual de prestadores y habilitación de servicios de salud, **Servicio de hospitalización mediana complejidad**, exige en el estándar de interdependencia:*

Cuenta con:

- 1. Laboratorio Clínico**
- 2. Trasmisión Sanguínea.**
- 3. Radiología.**
- 4. Servicio Farmacéutico.**

*En relación al concepto "**Cuenta con**", definido por la Resolución 2003 de 2014, numeral 3.2.7 en Interdependencia, se reitera que el Prestador debe garantizar dentro de su infraestructura el servicio de Laboratorio Clínico y este debe funcionar durante el tiempo que se oferte o preste el servicio de **hospitalización de mediana complejidad**.*

Contrario de esto, el Prestador denominado Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda., identificada con código de habilitación No. 410010046601, dispone del servicio de laboratorio clínico, mediante la contratación con

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

la "IPS laboratorio clínico María Gisela Ramírez Manrique S.A.S" Identificada con código de habilitación No. 410010142701, el cual opera fuera de su infraestructura, tal como se evidencia en el REPS: la Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda., se encuentra ubicada en la calle 18 No.6-39, incumplimiento de esta forma, con lo exigido en la interdependencia.

Conclusión: Analizados los soportes presentados por la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., se consideran insuficientes para conceptuar favorablemente respecto de la solicitud levantamiento de medida del servicio de hospitalización.

2. PROCESO DE ESTERILIZACIÓN

Estándar: PROCESOS PRIORITARIOS.

ü Criterio: Sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril, identificado cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad. (Resolución 2003 de 2014).

ü Criterio: Socialización, asesoría y verificación, de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de parto, salas de cirugía, hospitalización, etc.

De acuerdo a la Resolución 2183 de 2004, por el cual se adopta el manual de buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud. Capítulo III. Proceso de esterilización. Pasos del proceso de esterilización. 1.8. Almacenamiento. D) Temperatura ambiente entre 15°C y 25°C, la humedad entre 40% y 60% (el exceso de humedad aumenta la permeabilidad).

Evidencia de incumplimiento a la norma:

- No se evidencia monitoreo ni registro de la temperatura y humedad en área.
- No hay evidencia de socialización y adherencia al protocolo de esterilización en el personal responsable del proceso.

ü Criterio: En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el 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.

Evidencia del incumplimiento de la norma:

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

El prestador no tiene definido las condiciones de reuso de acuerdo a la ficha técnica del fabricante.

Conclusiones: *Analizados los soportes presentados por el prestador, se consideran insuficientes para conceptuar favorablemente respecto de la solicitud de levantamiento de medida del proceso de esterilización y amerita visita de inspección para la verificación de su cumplimiento.*

Estándar: MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS:

ü *Criterio: para centrales de esterilización y para prestadores que realicen el proceso de esterilización fuera de centrales de esterilización, cuenta con: (.....) Indicadores químicos y biológicos.*

De acuerdo a la Resolución 2183 de 2004, por el cual se adopta el Manual de buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud, Capítulo III. Proceso de esterilización "Para garantizar los resultados utilice un indicador biológico con cada carga, un indicador químico dentro de cada paquete, y un indicador químico fuera de cada paquete. Por último registre sus procesos".

Evidencia de incumplimiento a la Norma:

Durante la verificación de los registros se pudo evidenciar que no todo el material instrumental que procesan en la central tienen indicador químico y el indicador biológico se mide al libre albedrío pese a estar catalogados como crítico y representar un riesgo alto de infección.

Conclusiones: *Analizados los soportes presentados por el prestador, se consideran insuficientes para conceptuar favorablemente respecto de la solicitud de levantamiento de medida del proceso de esterilización y amerita visita de inspección para la verificación de su cumplimiento.*

ü *Criterio: En centrales de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señaladas unidireccionales y de circulación restringida: 1. Ambiente contaminado: donde se reciben y lavan los equipos. Cuenta con pocetas, mesones y suministro de agua, aire comprimido y desagües. 2. Ambiente limpio con las siguientes áreas: Área de empaque donde se arman y empacan los equipos. – Área de esterilizadores acondicionada para el método de esterilización que se emplee. – Área de almacenamiento de insumos. 3. Ambiente de almacenamiento de equipos donde se almacena el material estéril. 4. Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos. 5. Si se esterilizan con óxido de etileno: ambiente independiente y con una instalación que siga las recomendaciones del fabricante del esterilizador. 6. Baño para el personal asistencial con lavamanos. 7. Cuenta con toma eléctrica en todas las áreas. 8. Todo el servicio debe estar limpio, bien iluminado, con ventanas cerradas y no uso de ventiladores. 9. Los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

desinfección. 10. Todos los muebles serán lavables y no serán de material poroso. La madera no está indicada en estas áreas.

Evidencia de incumplimiento de la Norma:

- *La central no garantiza la circulación unidireccional, lo que favorece la contaminación cruzada.*
- *El área del ambiente contaminado es insuficiente para el adecuado desarrollo del proceso.*

Consideraciones:

Según Resolución 2183 de 2004 por el cual se adopta el Manual de buenas prácticas de esterilización para Prestadores de servicios de salud, precisa que "Las centrales de esterilización han dejado de ser un proceso de apoyo en la entidad de salud para convertirse en una de las áreas de impacto en el control de infecciones".

En relación al incumplimiento registrado, se reitera que en la inspección realizada durante la visita se evidencio que el proceso no está bien implementado y la circulación no garantiza el sentido unidireccional que debe tener, lo que hace que el personal deba hacer cruce de los diferentes ambientes por la misma circulación, lo cual genera contaminación cruzada.

Se evidencio que el material de osteosíntesis entra al proceso de contenedores que ingresan por el ambiente que hoy contiene el baño – filtro – vestier (ambientes que deben ser independientes), para poder ser llevado al ambiente de lavado y seguir su proceso hasta el final. Se evidencio que este ambiente es insuficiente para la realización de un adecuado proceso de limpieza; cuenta con 1.42 m (2) (1.18m x 1,20 m) de área y si bien la resolución 4445 de 1996 y la resolución 2003 de 2014 no enfatizan en las áreas medibles del espacio, si hace referencia a garantizar el proceso y facilitar la efectividad y eficacia en el procesamiento. El ambiente cuenta con una poceta y área de trabajo reducida (0,60m x 0, 59m aprox. Área de trabajo), el cual contenía un contenedor de plástico donde estaba el jabón enzimático para inactivar el instrumental y además el espacio es utilizado para almacenar los insumos utilizados en el ambiente, (no cuenta con ambientes para el almacenamiento de insumos. En la parte superior del área existen unos gabinetes los cuales por condiciones físicas no garantizan condiciones de asepsia y por información del personal no se utilizan para nada fines de almacenamiento) la ubicación del aire comprimido obstaculiza la apertura total y completa de la puerta de ingreso, esto permite el ingreso de una persona en un área de 0,60 x 0.80 m aprox., lo que no le permite una movilidad adecuada por ergonomía.

Todas las áreas involucradas en el proceso deben tener toma eléctrica. En este proceso funciona un (1) toma eléctrico el cual está ubicado en el ambiente de lavado de elementos contaminados donde conectan la incubadora para control biológico.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Todos los ambientes del proceso deben estar bien iluminados y solo cuenta con un (1) punto de iluminación en lo que hoy funciona como baño – filtro – vestir y un (1) punto en el ambiente para el equipo de esterilización. Los ambientes para lavado y el ambiente para almacenamiento no cuentan con una adecuada iluminación.

En el ambiente destinado para la autoclave, el área de trabajo para empaque es insuficiente evidenciándose al momento de la visita que además del área destinada, la persona encargada del proceso utiliza el área de circulación y sobre los contenedores en los que ingresa el material de osteosíntesis realiza procesos de empaque.

El ambiente de almacenamiento cuenta en una de sus esquinas con un vidrio de piso a techo sin ningún tipo de barrera que genera radiación solar directa, lo cual incrementa la temperatura ambiente a niveles propicios para la generación y regeneración de microorganismos dado que no existe un control de temperatura, ni control de humedad, ni equipos que permitan garantizar la esterilidad del material almacenado.

Los pisos paredes y cielo rasos en general presentan desprendimiento del material de recubrimiento lo que hace que se requiera mantenimiento de los mismos.

Conclusiones: *Analizados los soportes presentados por el Prestador, se consideran insuficientes para conceptuar favorablemente respecto de la solicitud de levantamiento de medida del proceso de esterilización y amerita visita de inspección para la verificación de su cumplimiento de estándar de infraestructura.*

Estándar: DOTACIÓN

ü Criterio: Carros de transporte de equipos estériles y contaminados, debidamente marcados para el traslado seguro de los equipos fuera de la central de esterilización.

Evidencia de incumplimiento de la Norma:

Ni los contenedores, ni los carros de transporte de equipos estériles se encuentran marcados, y se evidencia que se encuentran expuesto en el área de circulación contaminada.

Consideraciones:

El Prestador envía fotos de los carros y contenedores de transportes debidamente marcados, y con su

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

sistema de tapa, de seguridad, subsanando el incumplimiento.

Conclusión: *Analizadas las solicitudes y soportes presentados por el Prestador en relación a los estándares de Procesos prioritarios, Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos, e infraestructura que aplican al proceso de esterilización, se concluye que se hace necesario realizar visita de verificación, una vez el prestador demuestre y soporte debidamente el cumplimiento de cada uno de los estándares señalados y así lo haga saber a esta Autoridad Sanitaria.*

Que el 3 de octubre de 2017, mediante acta de seguimiento a medida sanitaria de seguridad No 051 de 2017 con radicado 2017SAL00019002-1, el Comité Técnico Verificador de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, en esta respuesta a los oficios radicados No. 48568 de 25-09-2017; No. 48920 de 2017-09-26 y No. 2017COR00049220 de fecha 27 de septiembre de 2017, presentados por el denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA" considera como determinación final que:

*El Comité Técnico Verificador de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, luego de analizar diligentemente y en su integridad las solicitudes y soportes presentados por el Prestador Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda., contenidos en los siguientes oficios identificados con radicados No.48568 de 25-09-2017; No. 48920 de 2017-09-26 y No. 2017COR00049220 de fecha 27 de septiembre de 2017; **considera las medidas sanitarias de seguridad impuestas mediante acta No. 051 de 2017, deben permanecer vigentes**, exceptuándose la medida consistente en CONGELAR los siguientes equipos del citado prestador: ARCO EN C MARCA PHILIPS MODELO 718075 SERIAL000119, RX CONVENCIONAL MARCA GENERAL ELECTRIC SERIAL 072/2016, TOMOGRAFO MARCA GENERAL ELECTRIC MODELO HISpedd, debido a que mediante Acta No. 055 de 2017, la Comisión Técnica Verificadora autorizo el levantamiento de los Sellos impuestos a dichos equipos.*

*Es decir, continua vigente la **SUSPENSIÓN TOTAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS, CIRUGÍA, HOSPITALIZACIÓN Y DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN**, debido a que el Prestador CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., no ha subsanado los incumplimientos que afectan la seguridad y vida de los usuarios.*

Que el 9 de octubre de 2017, mediante acta Levantamiento de Medida de Seguridad No 058-2017, el Comité Técnico Verificador de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, dando respuesta a

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

al oficio radicado No. 2017COR00050821 de fecha 5 de octubre donde el prestador solicita el levantamiento de la medida de seguridad para el servicio de URGENCIAS Y OBSERVACIÓN de 2017, presentada por el denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia" considera como determinación final que:

"Conclusión:

Analizados los argumentos presentados por la señora MARTHA LUCIA POLANIA CUBILLOS representante legal "CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia" y revisadas las condiciones que dieron lugar a la imposición de la Medida Sanitaria de Seguridad por parte de la Comisión Técnica, se determina autorizar el levantamiento de Sellos impuestos al Prestador de Servicios de Salud "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia"; pero se aclara que se mantienen las demás medidas de seguridad impuestas el 21 de septiembre de 2017 mediante acta de Imposición de Medida Sanitaria No. 051-2017, hasta tanto se superen los incumplimientos referidos en ella.

Es de anotar, que mediante Acta de levantamiento de sello No. 055-2017, se superaron los incumplimientos que dieron lugar a la imposición de la medida consistente en "Congelar al prestador de Servicios en Salud denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia" identificada con código de habilitación No. 4100100466-01., LOS SIGUIENTES EQUIPOS: ARCO EN C MARCA PHILIPS MODELO 718075 SERIAL000119, RX COVENCIONAL MARCA GENERAL ELECTRIC SERIAL 072/2016, TOMOGRAFO MARCA GENERAL ELECTRIC MODELO HISPEED (NO SE ENCONTRO SERIAL)".

El no cumplimiento de la presente determinación, por parte del Prestador "CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia", genera el inicio de investigaciones administrativas de carácter sancionatorio y la imposición y/o agravación de las sanciones que determina la Ley 9 de 1979.

La secretaria de Salud del Departamento del Huila, procederá a informar a la comunidad en general sobre el levantamiento de medidas sanitarias de seguridad impuestas al Prestador CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia; tal como se determinó en el Acta de levantamiento de sello No.055-2017 y como se establece con la presente.

Desarrollo Visita Levantamiento de Sellos: *Siendo las 4:30p.m., del día 09 de Octubre de 2017 se presentaron en la sede identificada con el nombre "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia"; la funcionaria de planta de la Secretaria de Salud del Huila, Doctora María Consuelo Angarita Riaño con las profesionales de apoyo para la verificación de las condiciones de habilitación: Liliana Luna Corrales, Leidy Carolina Magaña Tejada y María Paula Silva Lozano como Comisión Técnica de la Secretaria de Salud Departamental, a realizar el levantamiento de sellos impuestos al servicio de Urgencias mediana complejidad"*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Que el 10 de noviembre de 2017, mediante acta Levantamiento de Medida de Seguridad No 063-2017, el Comité Técnico Verificador de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, en visita de Inspección, Vigilancia y Control realizada el 7 de Noviembre de 2017 al denominado "CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA" determina que:

"PRIMERO: LEVANTAR LA MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No 051 de 2017, IMPUESTA AL PRESTADOR "**CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**", consistente en **SUSPENSIÓN TOTAL DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y HOSPITALIZACIÓN Y SUSPENSIÓN TOTAL DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN**

SEGUNDO: Se advierte al prestador **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA**, que de acuerdo a oficio radicado No 54770 del 24 de octubre de 2017 mediante el cual presenta formulario de novedad de cambio de horario de atención, cambio de complejidad del servicio de cirugía ortopédica 207 (de alta a mediana complejidad), apertura de modalidad de servicios de cirugía y apertura del servicio de Transfusión sanguínea y al levantamiento de LA MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No 051 de 2017 referida en el numeral anterior, la institución solamente podrá prestar el servicio de cirugía ortopédica con código 207 en complejidad media.

TERCERO: La presente determinación surte efectos inmediatos

CUARTO: Se procede a realizar el levantamiento de los sellos respectivos.

QUINTO: Se entrega Acta al área jurídica de la Secretaria de Salud para lo pertinente"

Que el 20 de noviembre de 2017, mediante oficio radicado 2017CS024630-1, el Comité Técnico Verificador de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, remite el caso del Prestador de Servicios de Salud, **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva**, a la oficina jurídica de la Secretaria de Salud Departamental por incumplimiento de las condiciones del Sistema de Habilitación para apertura de investigación administrativa de carácter sancionatorio.

Que mediante el Auto No. 076 del 23 de agosto de 2018, la Secretaría de Salud Departamental de

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Huila, inicio **PROCESO ADMINISTRATIVO SANCIONATORIO Y FORMULACIÓN DE CARGOS** al prestador: **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA** identificada con Nit: **800110181-9**, código de prestador: **4100100466-01**, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva - Huila, conforme a lo evidenciado y como resultado del **INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017** del 12 de Septiembre de 2017, según lo establecido en la Ley 1437 y demás normas concordantes, dentro del cual se estimaron como pruebas las siguientes:

Documentales:

- -Notificación visita de Verificación de Condiciones de Habilitación, Pamec y Sistema de Información para la Calidad (oficio 2017sal00014107-1).
- -Acta de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación No. VH0099 del 12 de septiembre de 2017.
- -Informe de Visita de Verificación del Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación No. IVH108-2017.
- -ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051-2017
- -SOLICITUD LEVANTAMIENTO DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA DE SEGURIDAD No 051-2017 (Radicado No. 48192 del 21 de septiembre de 2017).
- -ACTA DE LEVANTAMIENTO DE SELLOS No. 055-2017. - SOLICITUD DE LEVANTAMIENTO DE MEDIDA DE CIERRE DE URGENCIAS
- -ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051-2017 (Radicado No. 48568 del 25 de septiembre de 2017).
- -SOLICITUD DE LEVANTAMIENTO DE MEDIDA DE CIERRE DE CIRUGIA, ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051-2017 (Radicado No. 2017COR00048920 del 26 de septiembre de 2017).
- -Oficio 2017SAL00019002-1 del 03 de octubre de 2017, suscrito por la Secretaria de Salud Departamental del Huila- Asunto: Respuesta a oficio radicados No. 48568 de 25- 09-2017, No. 48920 de 2017-09-26 y No. 2017COR00049220 de 27-09-2017, en el que se adjunta ACTA DE SEGUIMIENTO A MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051 de 2017 contenida en once folios.
- -Oficio 2017SAL00019675-1 del 06 de octubre de 2017, suscrito por la Secretaria de

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Salud Departamental del Huila, -Asunto: Entrega de informes de visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación, e informes de verificación del cumplimiento del PAMEC y del Sistema de Información para la calidad y SIAU.

- -Acta de Seguimiento a Medida Sanitaria de Seguridad No. 051- 2017 – Levantamiento de Medida de Seguridad y de Sellos del Servicio de Urgencias No. 058-2017, fecha 09 de octubre de 2017.
- -Oficio Radicado No. 2017COR00052339 del 11 de octubre de 2017, suscrito por Martha Lucia Polanía C, Gerente Clínica de Fracturas y Ortopedia.
- -Oficio 2017SAL00020595-1 suscrito por la Secretaria de Salud Departamental del Huila Respuesta a petición Radicado No. 2017COR00052339.
- -Oficio Radicado No. 53809 suscrito por Martha Lucia Polanía C, Gerente Clínica de Fracturas y Ortopedia.
- -Oficio 2017CS022523-1 – Respuesta a oficio 51953 y 53809 de 2017, suscrito por la Secretaria de Salud Departamental del Huila.
- -Acta de Visita de Inspección, Vigilancia y Control No. IVC117-2017 del 07 de noviembre de 2017.
- -Acta de Levantamiento de Medida Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda No. 063-2017 del 10 de noviembre de 2017.
- -CD CON NOTIFICACIÓN DE LA VISITA, INFORME, OFICIOS Y ACTAS RELACIONADAS EN ESTE ACÁPITE.

Que el día 4 de septiembre de 2018 el prestador: **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9, código de prestador: 4100100466-01, ubicada en Calle 18 # 6-65 de Neiva - Huila**, Se notificó personalmente del Auto No 076 de 2020, **“Por medio del cual se formulan cargos a un prestador de servicios de salud”** preferido por este Despacho.

Que el día 25 de septiembre de 2018 el prestador: **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud**

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila, allega los descargos (un memorial) dentro del término señalado para ejercer su derecho a la defensa con el siguiente contenido:

"...Debemos partir de la premisa que, en el sistema Jurídico Colombiano las superintendencias ejercen funciones asignadas, en principio, al Presidente de la República, como son, entre las otras, las relacionadas con la inspección, vigilancia y control sobre entidades que se encargan de la prestación de servicios públicos (Núm. 2º Art. 189 Constitución política), entre estas el servicio de salud.

Es competencia de la 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 la calidad en la atención y prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por parte de la instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

Las sanciones las pueden imponer el Ente Departamental a la Entidad Prestadora del Servicio de Salud Investigada, cuando se encuentre demostrado que se infringieron los sistemas en la prestación de los servicios de salud, es decir, cuando estas incumplan lo dispuesto en el 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" y la Resolución 2003 del 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", expedida por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, previo seguimiento del Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Definido que hace parte dentro del marco de competencia de la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA, la inspección, vigilancia y control en materia de la prestación de los servicios sanitarios, resulta necesario analizar el caso concreto considerando como carta de navegación el único cargo formulado que se le imputan a mi Representada.

Sobre la base de único del cargo formulado e invocando los principios rectores de la Constitución Política del C.P.A.C.A, respetuosamente consideramos que la CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. No ha incurrido en violación de las normas jurídicas que se le imputan como violadas; por lo siguiente:

Los cargos imputados a CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, tiene como antecedente y su fuente de causa, en la visita de verificación de condiciones de habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud- PAMEC y el Sistema de Información para la

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

calidad, la cual se verifica el doce (12) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), y se condensa en acta de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación No. VH0099, de la referida fecha y, conlleva la imposición de medida sanitaria de seguridad No.051-2017 del veintiuno (21) de septiembre de dos mil diecisiete (2017), al contemplarse que como investigados no hemos acatado todas y cada una de las normas, requisitos y procedimientos que regulan el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, hecho que "presuntamente" afecta la salud individual y colectiva de los servicios sanitarios que se prestan a sus usuarios.

Con ocasión de la visita y la imposición de medidas se dispone a la suspensión total de los servicios de urgencias, cirugía, hospitalización y esterilidad, como también congela prestar servicios con una serie de dispositivos médicos utilizados para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades u otras afecciones de los usuarios que consultan los servicios sanitarios.

La medida se impone por los sesenta (60) días y queda condicionada hasta que el prestador subsane los incumplimientos que afectan la seguridad y vida de los usuarios, y conlleva agravar, como se indica en el Acto Administrativo de imposición de medida sanitaria de seguridad, las sanciones establecidas en la Ley 9 de 1979.

El auto de imputación de cargos incorpora acápite denominado: "FUNDAMENTO NORMATIVO", sin explicar el grado de culpabilidad, y a que título o tipo de conducta obró, circunstancia última que si bien no en el acápite del cargo imputado, si indica que la investigación nace como consecuencia de la "presunta" del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Servicios de Salud.

En el auto de imputación de cargos no se determina el carácter subjetivo de la responsabilidad administrativa de la investigada, sienta imperativo para su derivación determinar si el disciplinado obró con la intención (dolo) o de manera voluntaria omitió diligencia en calcular las consecuencias posibles y previsibles del propio hecho (culpa). Resulta claro que no obra en el expediente un ejercicio mínimo por parte de la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA para penetrar la órbita subjetiva de la Investigada; simplemente considera esta delegada que con el Informe de Visita que dispuso la suspensión de los recursos sanitarios, pese a que se sanearon los hallazgos encontrados, se deduce con alto grado de razonabilidad la violación de las normas imputadas, como son, las que regulan Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud.

Resaltamos, de la manera más respetuosa que, en el auto de imputación de cargos se desconoce de manera flagrante, el principio de investigación integral, según el cual a la Administración le compete y corresponde la llamada "investigación integral" y valoración conforme a la sana crítica, según el cual debe analizarse tanto lo desfavorable como favorable a los intereses de Imputado, por lo que debe auscultar con igual celo tanto las circunstancias que demuestren la existencia de la conducta

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020

POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

reprochable, como las que agraven, atenúen o exoneren de responsabilidad al procesado, y las que tiendan a demostrar su inocencia.

Recuerdo que la finalidad del proceso administrativo, no es encontrar un responsable y sancionarlo, sino, encontrar la verdad real, teniendo en cuenta la prevalencia de las normas rectoras, la realización de los fines y funciones del Estado y el cumplimiento de las garantías debidas a los intervinientes en el proceso. Así mismo, nuestro ordenamiento jurídico en materia de investigación administrativa señala en cabeza del estado la carga de la prueba; por lo tanto; es el Estado quien debe desvirtuar con absoluta certeza y de conformidad con la ley y los principios fundamentales, las presunciones de inocencia y buena fe; así lo ordenan los artículos 29 y 83 de la Carta Política.

Ahora bien, conocemos que la calificación que se realiza en el pliego de cargos es provisional, y es de su esencia que así lo sea. En efecto, la finalidad del proceso administrativo es la de esclarecer lo ocurrido, buscar la verdad real y formular un reproche en tal sentido. De lo anterior se desprende que la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA, quien está a cargo de interponer la decisión final, debe estar en condiciones de modificar, parcial o totalmente, las apreciaciones con base en las cuales se dio inicio al proceso.

De otra parte, el carácter provisional de la calificación de la falta o conducta imputada a la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., como investigada, mantiene su presunción de inocencia del procesado en cuanto a la falta por la cual se le acusa, presunción únicamente desvirtuada mediante decisión administrativa por medio de la cual se impone una determinada sanción.

La presunción constitucional de inocencia consagrada en el artículo 29 Superior- según el cual "Toda persona se presume inocente mientras no se le haya declarado judicialmente culpable"-, tiene plena aplicación en el ámbito de la investigación administrativa de control por lo cual únicamente hay lugar a declarar esta forma de responsabilidad cuando se haya acreditado que el agente obró con culpa, en cualquiera de sus grados; en otros términos, la culpabilidad es supuesto ineludible de la responsabilidad. En consecuencia le corresponde al Ejecutivo en ejercicio del control de policía administrativa, establecer cuales tipos admiten la modalidad culposa o dolosa, y cuál de estas modalidades ha demostrado en cada caso concreto; para ello, deberá valorar, conforme a las reglas de la sana crítica, debiendo llegar a la certeza o convicción sobre la existencia del hecho y la culpabilidad del investigado. Cuando la Administración decide ejercer su potestad sancionatoria tiene que cumplir con el deber de demostrar que los hechos en que se basa la acción están probados y que la autoría y participación de la conducta tipificada como infiltración es imputable al Investigado, hecho que en el presente asunto no ha ocurrido: La carga probatoria corresponde a la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA, y son sus funcionarios quienes deben reunir todas las pruebas que consideren pertinentes y conducentes para demostrar la responsabilidad del Investigado, en este caso, CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

LTDA., y no pretender invertir la carga probatoria y afirmar en auto de imputación de cargos que no se desvirtuó las conductas que se le imputan.

Téngase en cuenta que la "Habilitación" de servicios se entiende como el cumplimiento de **requisitos mínimos de garantía en la prestación de servicios de salud**, y consta de tres condiciones: Suficiencia patrimonial y financiera, Condiciones Técnico-administrativas y condiciones Técnico-científicas, de conformidad con el Decreto 1011 de 2006, expedido por el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, los cuales se encuentran acreditados dentro del procedimiento por parte de CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA.

Al respecto, debo aclarar que la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. Realizó la respectiva inscripción ante esa Secretaría y se encuentra habilitada para prestar los servicios sancionatorios habilitados, hecho que si bien es cierto con ocasión de visita de verificación de condiciones de habilitación, se impuso una medida sanitaria de seguridad, consistente en la suspensión de unos servicios y la congelación en la prestación sanitaria con unos equipos médicos, tales hallazgos o novedades de orden administrativo, dentro del término de los sesenta (60) días concedido por la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA, se corrigieron permitiendo el levantamiento de los gravámenes o medidas impuestas que impedían la prestación de los servicios sanitarios.

LA CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA., ha venido dando cumplimiento al plan y procedimiento de mejoramiento en la prestación de los servicios sanitarios que se presentó ante este ente, cumpliendo con el marco de las obligaciones señaladas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Las consideraciones expuestas, junto con los medios probatorios que se incorporan con este ejercicio de defensa y los que se integraran en el proceso, permitirán al Operador Administrativo establecer sin lugar a equívocos que la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA. Cumple con las condiciones de habilitación de servicios y el marco de las obligaciones señaladas en el Sistema Obligatorio de Gratia de la Calidad; por tanto, se solicitó, deferentemente a este digno Despacho se ordene el cierre y, el consecuencial archivo del caso sub lite.

PETICIÓN Y MEDIOS DE PRUEBA QUE DEBERÁN DECRETARSE Y PRACTICARSE

I. Testimoniales.

Cítese a declarar al (a los) Docto(es) **MARIA CONSUELO ANGARITA RIAÑO, DIANA CAROLINA BAHAMON CHAVARRO, LILIANA LUNA CORRELES, ALEXANDER ECHEVERRIA LOSADA, JULIANA PATRICIA MUÑOZ RODRIGUEZ, LEIDY CAROLINA MAGAÑA TEJADA, MARIA PAULA SILVA LOZANO, ALEJANDRA MERCEDES PERDOMO CUELLAR Y FAIBER AUGUSTO SEGURA OCHOA**, para que declaren acerca de los antecedentes que motivan a la imposición de medidas sanitarias de

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

seguridad impuesta y los seguimientos realizados al Plan y Procedimiento de cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación implementada por la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEEDIA LTDA., entre otros hechos afines a esta investigación.

Los citados Profesionales corresponden a funcionarios y contratistas de la SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA, por lo tanto ruego que se cite por intermedio de este Ente.

II. Inspección judicial.

Realizar visita de verificación a las Instalaciones de la CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEEDIA LTDA., ubicada en la calle 18 No. 6-65 de la ciudad de Neiva, con el fin de verificar las condiciones de habilitación y el cumplimiento de las obligaciones y deberes que se enmarcan en el Sistema Obligatorio de garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"

Que el día 17 de julio del 2020 la Secretaría de Salud Departamental del Huila, expidió el Auto No 055 de 2019 "Por medio del cual se decretan unas pruebas y se corre traslado para alegar", en donde se resuelve:

ARTÍCULO PRIMERO: *DECRETAR como pruebas legalmente aportadas en el presente proceso administrativo de carácter sancionatorio, las siguientes:*

"...Documentales:

Notificación visita de Verificación de Condiciones de Habilitación, Pamec y Sistema de Información para la Calidad (oficio 2017sal00014107-1).

Acta de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación No. VH0099 del 12 de septiembre de 2017.

Informe de Visita de Verificación del Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación No. IVH108-2017.

ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051-2017

SOLICITUD LEVANTAMIENTO DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA DE SEGURIDAD No 051-2017 (Radicado No. 48192 del 21 de septiembre de 2017.

ACTA DE LEVANTAMIENTO DE SELLOS No. 055-2017.

SOLICITUD DE LEVANTAMIENTO DE MEDIDA DE CIERRE DE URGENCIAS

ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051-2017 (Radicado No. 48568 del 25 de septiembre de 2017).

SOLICITUD DE LEVANTAMIENTO DE MEDIDA DE CIERRE DE CIRUGIA, ACTA DE IMPOSICIÓN DE MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051-2017 (Radicado No. 2017COR00048920 del 26 de septiembre de 2017.

Oficio 2017SAL00019002-1 del 03 de octubre de 2017, suscrito por la Secretaria de Salud Departamental

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

del Huila- Asunto: Respuesta a oficio radicados No. 48568 de 25-09-2017, No. 48920 de 2017-09-26 y No. 2017COR00049220 de 27-09-2017, en el que se adjunta ACTA DE SEGUIMIENTO A MEDIDA SANITARIA DE SEGURIDAD No. 051 de 2017 contenida en once folios.

Oficio 2017SAL00019675-1 del 06 de octubre de 2017, suscrito por la Secretaria de Salud Departamental del Huila, -Asunto: Entrega de informes de visita de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación, e informes de verificación del cumplimiento del PAMEC y del Sistema de Información para la calidad y SIAU.

Acta de Seguimiento a Medida Sanitaria de Seguridad No. 051- 2017

Levantamiento de Medida de Seguridad y de Sellos del Servicio de Urgencias No. 058-2017, fecha 09 de octubre de 2017.

Oficio Radicado No. 2017COR00052339 del 11 de octubre de 2017, suscrito por Martha Lucia Polanía C, Gerente Clínica de Fracturas y Ortopedia.

Oficio 2017SAL00020595-1 suscrito por la Secretaria de Salud Departamental del Huila-Respuesta a petición Radicado No. 2017COR00052339.

Oficio Radicado No. 53809 suscrito por Martha Lucia Polanía C, Gerente Clínica de Fracturas y Ortopedia.

Oficio 2017CS022523-1 Respuesta a oficio 51953 y 53809 de 2017, suscrito por la Secretaria de Salud Departamental del Huila.

Acta de Visita de Inspección, Vigilancia y Control No. IVC117-2017 del 07 de noviembre de 2017.

Acta de Levantamiento de Medida Clínica de Fracturas y Ortopedia Ltda No. 063- 2017 del 10 de noviembre de 2017.

CD CON NOTIFICACIÓN DE LA VISITA, INFORME, OFICIOS Y ACTAS RELACIONADAS EN ESTE ACÁPITE”.

ARTICULO SEGUNDO: *NEGAR la solicitud de prueba testimonial contenida en el oficio Nro. 45732 de fecha 25/09/2018, requerida por el investigado, conforme a la parte motiva de esta actuación administrativa.*

ARTICULO TERCERO. *NEGAR la solicitud de inspección judicial, requerida como prueba por el investigado (oficio Nro. 45732 de fecha 25/09/2018,) conforme a la parte motiva de esta actuación administrativa.*

ARTICULO CUARTO. *CORRER TRASLADO por el término de diez (10) días hábiles al prestador de servicios de salud CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, para que, durante dicho lapso, presente los alegatos respectivos, todo conforme a lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 1437 de 2011. Durante el término indicado el expediente permanecerá a su disposición en esta Secretaria de Salud Área Jurídica Habilitación.*

ARTICULO QUINTO. *COMUNICAR el presente Auto al Representante Legal del Prestador de Servicios de Salud denominado CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA identificada con Nit: 800110181-9,*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

código de prestador: 4100100466-01, conforme a la parte motiva de esta actuación administrativa.

ARTÍCULO SEXTO: *Contra la presente decisión no procede recurso alguno de conformidad con la Ley 1437 de 2011.*

Que mediante el Auto No 055 del 2019, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo CUARTO se ordenó el cierre de la etapa probatoria en el presente asunto y se corre traslado para alegar, el cual se notificó al prestador **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila.** Que el 1 de agosto del 2019, mediante oficio radicado No 2019COR00028836 el prestador allegó "...Alegatos de Conclusión del pliego de cargos formulados en el Auto No 076 de 2018" de la siguiente forma:

"Sea lo primero dejar en claro que nuestra institución siempre ha estado atenta al cumplimiento de las normas de habilitación que rigen para el funcionamiento de las IPS, en ese orden de ideas me permito hacer una breve sinopsis del proceso de la referencia:

Mediante Acta de verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación No. VH0099 del 12 de septiembre de 2017, se hicieron una serie de observaciones, por lo cual se expidió el informe de visita de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación No. IVH108-2010, el que dio origen a la imposición de Medida Sanitaria de Seguridad No.051-2017; atendiendo tales requerimientos implementamos un plan de mejoramiento, ceñidos a las observaciones hechas en el dicho informe.

Es así como nuestra institución procedió a contestar mediante escrito una a una las observaciones hechas, con base en ello, se solicitó el Levantamiento de Imposición de Seguridad No.051-2017, radicada bajo el numero No. 48191 de 21 de septiembre de 2017; verificadas varias visitas y expedidas varias Actas de Seguimiento a la Medida Sanitaria de Seguridad No. 051 de 2017 se solicitó el Levantamiento de Medida de Seguridad – Cierre de Urgencias, de fecha 25 de septiembre de 2017, las cuales fueron aceptadas, por lo que esa entidad, procedió a expedir las correspondientes Actas de levantamiento de sellos No.055 de 2017 y la 063 de 2017, con lo cual nuestra institución continuo prestando los servicios asistenciales.

De acuerdo con las actas de seguimiento, junto con el plan de mejoramiento implementado y las observaciones hechas por esa entidad se presentaron nuevamente descargos, ello para el 25 de septiembre de 2018, cargos formulados en Auto No. 078 de 2018.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020

POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Siempre hemos acatado todas las recomendaciones que se han realizado por esa entidad en las visitas realizadas desde el 2017 a la fecha, rigurosamente.

Por ello consideramos respetuosamente, que se tenga en cuenta esta investigación como un hecho superado, pues como se demuestra con las diligencias de descargos, las actas de visita y la petición de levantamiento de los sellos de la medida de seguridad, esto último a lo que se accedió, no habría lugar a que se nos impusiera algún tipo de sanción.

Siempre estaremos prestos para atender sus recomendaciones para el cumplimiento de las normas de habilitación y así de la mano de la Secretaria de Salud prestar un buen servicio asistencial a la comunidad Huilense”

Que el despacho procedió a analizar el material probatorio aportado durante el proceso obteniendo como resultado que subsano los estándares incumplidos.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO PARA DECIDIR

Procede el Despacho, a realizar el análisis de los elementos probatorios allegados debidamente al expediente y que fundamentan la presente decisión, examinando los hechos que constituyen materia de la presente investigación, las pruebas que reposan en el mismo y aplicando para ello, las normas de habilitación de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud (*Decreto 1011 de 2006 compilado por el Decreto 780 de 2016 y la **Resolución 2003 de 2014***), el procedimiento administrativo sancionatorio establecido en la Ley 1437 de 2011 en su artículo 47 y siguientes, así como los principios y reglas del derecho de la sana crítica y objetividad, con el fin de decidir de fondo la presente investigación sancionando o exonerando a la institución investigada por los cargos formulados mediante Auto No. 076 de 2018 por esta Autoridad Sanitaria.

Previo análisis del presente caso, es necesario señalar que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es definido por el Decreto 780 de 2016 “*Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Protección Social como "...el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país..." y las disposiciones contenidas en él son aplicables a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las EPS del régimen subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

El Decreto 780 de 2016 en el artículo 2.5.1.2.1, precisa que "...Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. Es 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.

4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

(Artículo 3° del Decreto 1011 de 2006)...".

Es necesario igualmente, manifestar que los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, son: 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

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

de Información para la Calidad, como lo cita el artículo 2.5.1.2.2 del Decreto 780 de 2016.

Ahora, el Sistema Único de Habilitación está definido como 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 Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, de acuerdo a lo señalado por el artículo 2.5.1.3.1.1 del Decreto 780 de 2016.

En el presente asunto que se decide, La Secretaria de Salud Departamental del Huila, conforme a sus competencias de Inspección, Vigilancia y Control sobre los prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, y conforme al análisis de descargos, las pruebas decretadas debidamente incorporadas dentro del proceso, y los alegatos presentados, concluye que el prestador: **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila, NO logra desvirtuar los cargos impuestos por esta Secretaria de salud Departamental mediante Auto No 076 de 2020 y por otro lado, se evidencia que algunos hallazgos establecidos por esta Autoridad Sanitaria en el citado Auto, fueron **subsanados** de forma diligente por el investigado posterior a la VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN realizada el 21 de Septiembre de 2017, situaciones que se valorarán de forma puntual en este acto administrativo y serán determinantes en el momento de aplicar lo señalado en la Ley 1437 en su artículo 50.**

Se procede en virtud de lo expuesto, a relacionar los incumplimientos en los que incurrió el prestador **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA** de acuerdo al INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017, y a detallar si fueron o no superados dichos incumplimientos de forma posterior a la fecha de la referida visita conforme al material probatorio debidamente incorporado en este asunto:

INFORME IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017:

En el estándar de TALENTO HUMANO se evidenciaron cinco (**5**) incumplimientos que afectan los servicios de Hospitalización, Consulta externa general, urgencias mediana y alta complejidad, Radiología e imágenes diagnósticas de mediana y alta complejidad, cirugía de mediana y alta complejidad siendo estos

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

· **Incumplimientos en criterios del servicio de Hospitalización**

Criterio: 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.

Evidencia de incumplimiento: La institución tiene dos pisos de hospitalización con 5 camas en el 3º piso y 6 camas en el 2º piso, pero cuenta con un solo médico, una enfermera y una auxiliar para los dos pisos y no cuenta con un sistema de llamado, lo que no permite garantizar la seguridad en la prestación del servicio.

· **Incumplimientos en criterios de Todos los servicios que afectan a los Servicios de Consulta Externa General**

Criterio: Cuenta con profesional de la salud, de acuerdo con los servicios que se oferten.

Evidencia de incumplimiento: La institución tiene habilitado el servicio de consulta de medicina general, pero no soportan una agenda y un médico específico para la atención de la demanda del servicio. Esta consulta es prestada a demanda y por el médico de urgencias u hospitalización de turno.

· **Incumplimientos en criterios del Servicio de Urgencias mediana y alta complejidad**

Criterio: En mediana complejidad: cuenta con médico general o médico especialista en medicina de urgencias o medicina familiar. Disponibilidad de médicos especialistas, según oferta.

Evidencia de incumplimiento: La institución no presenta disponibilidad de especialista en neurocirugía para el servicio de urgencias y no presenta disponibilidad las 24 horas para las especialidades de otorrinolaringología y cirugía maxilofacial.

· **Incumplimientos en criterios del servicio de Radiología e imágenes diagnósticas mediana y alta complejidad**

Criterio: Tecnólogo en radiología e imágenes diagnósticas para la operación de equipos y adquisición de imágenes, con supervisión por especialista. Esta supervisión implica que el médico especialista, en el ámbito de su competencia, desarrolla las acciones establecidas en los protocolos (tales como radio protección, técnica radiológica, calidad de la imagen, vigilancia epidemiológica, vigilancia radiológica), establecidos por la Institución.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Evidencia de incumplimiento: La institución no soportó evidencias de supervisión por parte del médico radiólogo de acciones establecidas en los protocolos en los temas referidos a radio protección, técnica radiológica, calidad de la imagen, vigilancia epidemiológica y vigilancia radiológica.

· **Incumplimientos en criterios del servicio de Cirugía mediana y alta complejidad**

Criterio: Adicional a lo establecido en servicios quirúrgicos de baja complejidad, cuenta con:

- Especialistas, según los servicios que ofrece la institución.
- Los médicos con especialidades quirúrgicas que cuenten en su pènsum o formación académica adicional con entrenamiento en procedimientos de cirugía estética directamente relacionados con su especialidad, podrán realizar esos procedimientos.

En baja complejidad: Cuenta con:

- Médico general.
- Médico anesthesiólogo, quien realizará sólo un procedimiento a la vez, estará presente durante todo el acto quirúrgico y será el responsable del mismo. Podrán practicarse procedimientos anestésicos por parte de médico general en zonas dispersas con casos de urgencia y en casos no remitibles debido a la condición clínica del paciente o a limitaciones de acceso geográfico, pero siempre que medie la ausencia de un médico anesthesiólogo. Los médicos que estén cumpliendo con el servicio social obligatorio solo podrán suministrar anestesia en casos de urgencia vital.
- Auxiliar en enfermería.
- Instrumentadora para cada uno de los procedimientos que se requieran y enfermera en zonas dispersas, si no existe éste recurso en la zona.

En sala de recuperación: Cuenta con:

1. Enfermera.
2. Auxiliar de Enfermería.

Disponibilidad de:

- Médico responsable del acto anestésico y del quirúrgico.

Evidencia de incumplimiento: La institución presenta un cuadro de turno de cirugía para el mes de septiembre, donde aparece registrada tres auxiliares de enfermería y una instrumentadora. En el cuadro aparecen registradas dos personas por semana de lunes a domingo de manera alterna. Con lo anterior, se evidencia que la institución no cuenta con instrumentadora quirúrgica para todos los procedimientos. Se aclara que una de las auxiliares, es la encargada del proceso de esterilización.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

-La enfermera registrada en cuadro de turno para el servicio de cirugía, solamente tiene asignados turnos presenciales en las tardes en horario de la 13 a las 21 horas y los días sábados en horario de las 7 a las 13 horas. No hay cubrimiento en la sala de recuperación las 24 horas por enfermera, para los servicios de cirugía habilitados en modalidad hospitalaria.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO CON RESPECTO AL ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO: Se **Confirman** los incumplimientos del investigado registrados en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017, no obstante el investigado, logra superar el incumplimiento referido a **"Incumplimientos en criterios del servicio de Cirugía mediana y alta complejidad"** de forma posterior a la visita realizada, conforme al análisis que se realiza de los documentos que son material probatorio en este asunto. Sobre los tres (4) restantes, siendo estos **"Incumplimientos en criterios del servicio de Hospitalización"**, **"Incumplimientos en criterios de Todos los servicios que afectan a los Servicios de Consulta Externa General"**, **"Incumplimientos en criterios del Servicio de Urgencias mediana y alta complejidad"** e **"Incumplimientos en criterios del servicio de Radiología e imágenes diagnósticas mediana y alta complejidad"**, este Despacho no recibe aceptación, ni exculpación al respecto en el memorial de descargos, ni en los alegatos de conclusión, no logrando desvirtuar los cargos formulados en el Auto 076 de 2020.

En el estándar de **INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES FÍSICAS Y MANTENIMIENTO** se evidenciaron cuatro (**4**) incumplimientos que afectan los servicios de Hospitalización de baja, mediana y alta complejidad y esterilización.

· **Incumplimientos de Todos los servicios.**

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

Evidencia de incumplimiento: *Las áreas de circulación en la sala de espera de la clínica, se obstaculizan con la afluencia de usuarios y personal asistencial. No permite el paso de usuarios en silla de ruedas al acceso de las unidades sanitarias.*

Criterio: *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.*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Evidencia de incumplimiento: en los pasillos se evidencian canecas para la disposición de ropa sucia, lo cual debe ser realizado en ambientes.

· **Incumplimientos del Hospitalización baja complejidad:**

Criterio: "... 4. Condiciones del área de hospitalización: El puesto de enfermería garantiza la monitorización de pacientes; o cuenta con sistemas de llamado en cada habitación y el rápido acceso a los cuartos de hospitalización. La estación de enfermería para el servicio de hospitalización, debe quedar localizada de tal forma, que permita visualizar las circulaciones de las habitaciones de hospitalización"

Evidencia de incumplimiento: Se evidencio que el servicio de hospitalización funciona en el segundo piso con 6 camas y en el tercer piso con 5 camas. La estación de enfermería en uso y con personal constante funciona en el segundo piso. El prestador no cuenta con sistemas de llamado de enfermería en cada habitación, ni con estación de enfermería en el tercer piso; por lo tanto no se garantiza el monitoreo constante ni la rápida respuesta en caso de emergencia.

· **Incumplimientos del Hospitalización mediana y alta complejidad:**

Criterio: Adicional a lo exigido en hospitalización de baja complejidad, cuando se oferta hospitalización pediátrica, cuenta con:

1. Ventanas con sistemas de seguridad para los niños.
2. Las instalaciones eléctricas disponen de un sistema o mecanismo que impida que los niños puedan lesionarse.
3. Cuando se trata de lactantes, área acondicionada para bañarlos y vestirlos.

Evidencia de incumplimiento: Se evidencio en la inspección realizada la hospitalización de adultos y niños en la misma habitación. Las ventanas del servicio no cuentan con sistemas de seguridad para los niños.

· **Incumplimientos del Proceso de Esterilización:**

Criterio: En centrales de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida:

1. Ambiente contaminado: donde se reciben y lavan los equipos. Cuenta con pocetas, mesones y suministro de agua, aire comprimido y desagües.
2. Ambiente limpio con las siguientes áreas:

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

- Área de empaque donde se arman y empaican los equipos.
- Área de esterilizadores acondicionada para el método de esterilización que se emplee.
- Área de almacenamiento de insumos.
- 3. Ambiente de almacenamiento de equipos donde se almacena el material estéril.
- 4. Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos.
- 5. Si se utiliza esterilización con óxido de etileno: ambiente independiente y con una instalación que siga las recomendaciones del fabricante del esterilizador.
- 6. Baño para el personal asistencial con lavamanos.
- 7. Cuenta con tomas eléctricas en todas las áreas.
- 8. Todo el servicio debe estar limpio, bien iluminado, con ventanas cerradas y no uso de ventiladores.
- 9. Los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.
- 10. Todos los muebles serán lavables y no serán de material poroso. La madera no está indicada en éstas áreas.

Evidencia de incumplimiento: Según Resolución 2183 de 2004, por el cual se adopta el Manual de buenas prácticas de esterilización para Prestadores de servicios de salud, precisa que "Las Centrales de Esterilización han dejado de ser un proceso de apoyo en la entidad de salud para convertirse en una de las áreas de impacto en el control de infecciones".

En relación al incumplimiento registrado, se reitera que en la inspección realizada durante la visita se evidenció que el proceso no está bien implementado y la circulación no garantiza el sentido unidireccional que debe tener, lo que hace que el personal deba hacer cruce de los diferentes ambientes por la misma circulación, lo cual genera contaminación cruzada. Se evidenció que el material de osteosíntesis entra al proceso en contenedores que ingresan por el ambiente que hoy contiene el baño – filtro – vestier (ambientes que deben ser independientes), para poder ser llevado al ambiente de lavado y seguir su proceso hasta el final.

Se evidenció que este ambiente es insuficiente para la realización de un adecuado proceso de limpieza; cuenta con 1.42 m² (1,18 m x 1,20 m) de área y si bien la resolución 4445 de 1996 y la resolución 2003 de 2014 no enfatizan en áreas medibles del espacio, si hace referencia a garantizar el proceso y facilitar la efectividad y eficacia en el procesamiento.

El ambiente cuenta con una poceta y área de trabajo reducida (0,60 m x 0,59 m aprox. área de trabajo), el cual contenía un contenedor de plástico donde estaba el jabón enzimático para inactivar el instrumental y además el espacio es utilizado para almacenar los insumos utilizados en el ambiente, (no cuenta con ambientes para el almacenamiento de insumos. En la parte superior del área existen unos gabinetes los cuales por condiciones físicas no garantizan condiciones de asepsia y por información del

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

personal no se utilizan para nada fines de almacenamiento) la ubicación del aire comprimido obstaculiza la apertura total y completa de la puerta de ingreso, esto permite el ingreso de una persona en un área de 0,60 x 0,80 m aprox., lo que no le permite una movilidad adecuada por ergonomía.

Todas las áreas involucradas en el proceso deben tener toma eléctrica. En este proceso funciona un (1) toma eléctrico el cual está ubicado en el ambiente de lavado de elementos contaminados donde conectan la incubadora para control biológico.

Todos los ambientes del proceso deben estar bien iluminados y solo cuenta con un (1) punto de iluminación en lo que hoy funciona como baño – filtro – vestir y un (1) punto en el ambiente para el equipo de esterilización. Los ambientes para lavado y el ambiente para almacenamiento no cuentan con una adecuada iluminación.

En el ambiente destinado para la autoclave, el área de trabajo para empaque es insuficiente evidenciándose al momento de la visita que además del área destinada, la persona encargada del proceso utiliza el área de circulación y sobre los contenedores en los que ingresa el material de osteosíntesis realiza procesos de empaque.

El ambiente del almacenamiento cuenta en una de sus esquinas con un vidrio de piso a techo sin ningún tipo de barrera que genera radiación solar directa, lo cual incrementa la temperatura ambiente a niveles propicios para la generación y regeneración de microorganismos dado que no existe un control de temperatura, ni control de humedad, ni equipos que permitan garantizar la esterilidad del material almacenado. Los pisos paredes y cielo rasos en general presentan desprendimiento del material de recubrimiento lo que hace que se requiera mantenimiento de los mismos.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO CON RESPECTO AL ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA E INSTALACIONES FÍSICAS Y MANTENIMIENTO: Se **Confirman** los incumplimientos del investigado registrados en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017, no obstante el investigado, logra superar el incumplimiento referido a **"Incumplimientos del Proceso de Esterilización"** de forma posterior a la visita realizada, conforme al análisis que se realiza de los documentos que son material probatorio en este asunto. Sobre los tres (3) restantes, siendo estos **"Incumplimientos de Todos los servicios"**, **"Incumplimientos del Hospitalización baja complejidad"** e **"Incumplimientos del Hospitalización mediana y alta complejidad"** este Despacho no recibe aceptación, ni exculpación al respecto en el memorial de descargos, ni en los alegatos de conclusión, no logrando el investigado desvirtuar los cargos formulados en el Auto

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

076 de 2020.

En el estándar de **DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO** se evidenciaron seis (**6**) incumplimientos que afectan principalmente los servicios de Consulta Externa General, servicio farmacéutico baja complejidad, servicio de Hospitalización, servicio Cirugía y servicio de Esterilización.

· **Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos en todos los servicios:**

Criterio: En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: En la inspección se evidenció que la institución no cuenta con el protocolo de lavado de manos, ni con jabón líquido de manos ni sistema de secado en el servicio de hospitalización.

Criterio: Realiza 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.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: se evidencia que la institución no cuenta con contrato de 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.

Se evidenció que el estimulador de nervio periférico y el equipo de gases arteriales no cuentan con hojas de vida donde este consignado los mantenimientos preventivos, correctivos y las calibraciones.

Criterio: Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamentos.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: En la inspección al servicio de cirugía, se evidenció que la institución cuenta con carro de paro pero no garantizan la fuente de energía de respaldo del desfibrilador y no cuentan con las paletas pediátricas.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

· **Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos a Consulta Externa General:**

Criterio: Los consultorios de los profesionales cuentan con la dotación y los equipos para realizar los procedimientos y valoraciones ofertadas.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: En la inspección ocular al servicio de urgencias y los consultorios de consulta externa, se evidenció que no cuentan con toda la dotación básica exigida al consultorio médico.

Criterio: Dotación básica para consultorio médico: camilla, tensiómetro, fonendoscopio y equipo de órganos de los sentidos, martillo de reflejos, tallímetro o infantómetro según el caso, cinta métrica y báscula para pacientes y/o báscula para infantes, según el caso.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: se evidencia que las camillas de consulta externa no cumplen con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico-científico.

Criterio: Si ofrece servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia respiratoria y terapia del lenguaje, cuenta con los equipos necesarios de acuerdo con los procedimientos a realizar, definidos por el prestador en su manual de procedimientos.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: se evidencia que los equipos de fisioterapia ya cumplieron su vida útil y no cumplen con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico-científico.

· **Incumplimientos del Servicio farmacéutico baja complejidad**

Criterio: Cuenta con la dotación y muebles exclusivos y necesarios para la selección, adquisición, recepción, almacenamiento, conservación (como manejo de cadena de frío, medicamentos fotosensibles, higroscópicos entre otros) y dispensación de los medicamentos y dispositivos médicos para la realización de los procesos que ofrezcan, de acuerdo con las recomendaciones dadas por los fabricantes.

Evidencia de incumplimiento: La institución no cuenta con refrigerador en el servicio farmacéutico, no se tiene previsto manejo de la cadena de frío para termos sensibles de manejo eventual.

Criterio: Cuenta con termómetros y termohigrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

médicos, proceso que debe estar debidamente documentado y gestionado.

Evidencia de incumplimiento: En el momento de la visita se evidencio que la bodega no cuenta con las condiciones de ventilación y no se lleva control de temperatura, no cuenta con termo hidrómetro.

· **Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de Hospitalización:**

Criterio: Disponibilidad de carro de paro que contenga el equipo básico de reanimación de acuerdo con las especificaciones definidas en todos los servicios. Si el servicio de hospitalización está en varios pisos, se debe disponer mínimo de un carro de paro por cada piso donde funcione el servicio.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: En la Inspección ocular se evidencia que no cuentan con equipo básico de reanimación y desfibrilador.

Criterio Disponibilidad de:

1. Electrocardiógrafo para hospitalización adultos.
2. Bombas de infusión si administran medicamentos en goteo estricto.
3. Glucómetro.
4. Camas hospitalarias de acuerdo con el tipo de pacientes hospitalizados.
5. Silla de ruedas.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: Se evidencio que a las Camas hospitalarias no les sirve los planos de las camas y ninguna cama cuenta con escalerillas.

· **Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio Cirugía**

Criterio: En sala de recuperación, cuenta con equipo de gases arteriales

Evidencia de incumplimiento a la Norma: En el servicio de cirugía no se evidencio el equipo de gases arteriales.

Criterio: Cuando se requiera carro de paro, éste cuenta con equipo básico de reanimación, el cual incluirá resucitador pulmonar manual, laringoscopio con hojas para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios, que garanticen fuente de energía de respaldo; guía de intubación para adulto y/o pediátrica, según la oferta de servicios; desfibrilador con monitoreo básico de electrocardiografía, fuente de oxígeno, sistema de succión y lo demás que cada prestador establezca, incluyendo dispositivos médicos y medicamento-

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Evidencia de incumplimiento a la Norma: El desfibrilador del servicio no garantiza fuente de energía de respaldo.

Criterio: Cuenta con termómetros y termohigrómetros para realizar seguimiento a las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa, en donde se almacenen medicamentos y dispositivos médicos, proceso que debe estar debidamente documentado y gestionado.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: se evidencia que no cuentan con termómetros y termohigrómetros.

· **Incumplimiento en los siguientes criterios exigidos para el servicio de Esterilización**

Criterio: Carros de transporte de equipos estériles y contaminados, debidamente marcados para el traslado seguro de los equipos fuera de la central de esterilización.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: Ni los contenedores, ni los carros de transporte de los equipos estériles se encuentran marcados, y se evidencia que se encuentran expuestos en el área de circulación contaminada.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO CON RESPECTO AL ESTANDAR DE DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO: Se **Confirman** los incumplimientos del investigado registrados en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017, conforme al análisis que se realiza de los documentos que son material probatorio en este asunto. Este Despacho no recibe aceptación, ni exculpación al respecto en el memorial de descargos, ni en los alegatos de conclusión, no logrando el investigado desvirtuar los cargos formulados en el Auto 076 de 2020.

En el estándar de **MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS- GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS** se evidenciaron tres (**3**) incumplimientos que afectan principalmente los servicios de Hospitalización y Esterilización.

· **Incumplimientos en Criterios de Todos los Servicios**

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Criterio: *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 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.*

Evidencia de incumplimiento: *En la verificación de los servicios de farmacias, urgencias y hospitalización, se evidencio medicamentos y dispositivos médicos sin semaforizar, además no coincide con lo descrito en el procedimiento documentado de control de fechas de vencimiento.*

Criterio: *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.*

Evidencia de incumplimiento: *Durante la verificación al servicio de farmacia no se evidencio soportes de la verificación de los registros sanitarios vigente expedido por el INVIMA y los dispositivos médicos no se encontraba almacenados según la clasificación del riesgo.*

Criterio: *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 frio, 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.*

Evidencia de incumplimiento: *En el momento de la visita al servicio de farmacia se evidencio que el manual de farmacia se encontraba desactualizado, además lo que estaba consignado en el manual no coincidía con los procesos que se estaban llevando a cabo en el momento en la IPS.*

Criterio: *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.*

Evidencia de incumplimiento: *En la verificación se evidencio que la Institución no tiene implementado los*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

programas de tecnovigilancia y farmacovigilancia

Criterio: 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 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.

Evidencia de incumplimiento: Durante la verificación se evidencio que en el servicio de hospitalización los medicamentos, dispositivos médicos están almacenados a temperatura superior a 30°C.

Criterio: 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 reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.

Evidencia de incumplimiento: El prestador no tiene definido las condiciones de reuso de los dispositivos de los servicios de hospitalización, urgencias y cirugía (cauchos de succionador, ambu,...) de acuerdo a las recomendaciones del fabricante.

· **Incumplimientos en Hospitalización**

Criterio: Aplica lo de todos los servicios. Cuenta con kit para recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencias

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

sexuales, según lo definido en la Resolución 459 de 2012 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

Evidencia de incumplimiento: *En el momento de la visita se verifico que cuenta con kit para recolección de evidencia forense y kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS y anticoncepción de emergencia en víctimas de violencias sexuales en el servicio de urgencia, pero no hay en el servicio de hospitalización.*

· **Incumplimientos en el Proceso de Esterilización**

Criterio: *Para centrales de esterilización y para prestadores quienes que realicen el proceso de esterilización fuera de centrales de esterilización, cuentan con:*

1. *Detergentes diseñados específicamente para ser utilizados en el lavado de instrumental quirúrgico y equipos médicos.*
2. *Empaque grado médico permeable al agente esterilizante a utilizar.*
3. *Agentes esterilizantes almacenados de acuerdo a las instrucciones del fabricante.*
4. *Indicadores químicos y biológicos.*

De acuerdo a la Resolución 2183 de 2004, por el cual se adopta el Manual de buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud, Capítulo III. Proceso de esterilización "Para garantizar los resultados utilice un indicador biológico con cada carga, un indicador químico dentro de cada paquete, y un indicador químico fuera de cada paquete. Por último registre sus procesos".

Evidencia de incumplimiento: *Durante la verificación de los registros se pudo evidenciar que no todo el material e instrumental que procesan en la central tiene indicador químico y el indicador biológico se mide al libre albedrio pese a estar catalogados como crítico y representar un alto riesgo de infección.*

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO CON RESPECTO AL ESTANDAR DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS- GESTIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS: Se **Confirman** los incumplimientos del investigado registrados en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017, no obstante el investigado, logra superar el incumplimiento referido a **"Incumplimientos del Proceso de Esterilización"** de forma posterior a la visita realizada, conforme al análisis que se realiza de los documentos que son material probatorio en este asunto. Sobre los dos (2) restantes, siendo estos **"Incumplimientos en Criterios de Todos los Servicios"** e **"Incumplimientos en Hospitalización"** este Despacho no recibe aceptación, ni exculpación al respecto en el memorial de descargos, ni en los alegatos de conclusión, no

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

logrando el investigado desvirtuar los cargos formulados en el Auto 076 de 2020

En el estándar de **PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES** se evidenciaron cinco (5) incumplimientos que afectan principalmente **Servicio de Urgencias, todos los servicios de mediana complejidad, Servicio Farmacéutico Baja Complejidad** y Esterilización

· Incumplimientos en Criterios de Todos los Servicios

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

Evidencia de incumplimiento: El prestador presentó listado de participación del personal asistencial a capacitaciones, pero en la verificación de la adherencia a los protocolos mediante entrevista realizada al personal, se evidenció que no hay adherencia. De igual manera la institución no presentó soportes de evaluación de adherencia a los procesos.

Criterio: 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:

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.

Evidencia de incumplimiento: Existe una política institucional de seguridad del paciente, existe evidencia de su socialización pero no se evidencia un instrumento mediante el cual se identifiquen, se gestionen y se realice seguimiento a los eventos adversos. No se aportó el acto administrativo mediante el cual el representante legal asigna el referente y/o equipo para la gestión de la seguridad del paciente.

Criterio: 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

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.

Evidencia de incumplimiento: Aunque existe un programa de capacitación de seguridad del paciente con evidencia de socialización mediante listados de asistencia, no se evidencia una cultura organizacional orientada a garantizarla y a ofrecer al usuario un ambiente seguro. El personal no tiene mayor información respecto de la política al tener contacto con él lo que supone que no hay adherencia a las políticas de la Organización.

Criterio: 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.

Evidencia de incumplimiento: No se evidencia que el prestador tenga implementado un procedimiento para el reporte y la gestión de los eventos adversos, no se aportaron las actas de los comités en los que se analicen en forma periódica los que se presentan y se socialice al interior de sus trabajadores los planes de mejora implementados para prevenirlos.

Criterio: 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.

Evidencia de incumplimiento: No se tienen definidos, no se monitorean ni se analizan los indicadores de seguimiento a riesgos y por ende no se construyen planes de mejora.

Criterio: Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:

1. Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice.
2. Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

sanguínea.

3. Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.

4. Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.

5. Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye:

a) Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.

b) Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío.

c) Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.

d) Establece controles formales para:

6. La entrega de los componentes sanguíneos: en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra, marcaje y entrega final al servicio que realice la transfusión.

7. La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor.

8. La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería.

Evidencia de incumplimiento: *El prestador no tiene implementado un protocolo de hemovigilancia en el que se evidencie que realice el análisis y la investigación de las reacciones adversas asociadas a las transfusiones de hemoderivados. No hay evidencia de implementación del paquete instruccional de buenas prácticas para la salud del paciente asociadas al manejo de sangre y componentes sanguíneos.*

· Incumplimientos en Criterios del Servicio de Urgencias

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Criterio: Adicional a lo exigido en hospitalización de baja complejidad cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados para:

1. Atención médica inicial y definición de conducta, de las principales patologías que el servicio atiende.
2. La clasificación de pacientes.
3. Criterios explícitos para referir y recibir a un usuario a servicios de consulta externa u hospitalización de cualquier complejidad.
4. Sistema de inmovilización segura de usuarios para cuando su condición clínica lo requiera.
5. Guías y protocolos de atención en paciente agitado, intento de suicidio, síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas.
6. Criterios explícitos para recibir a un usuario referido de servicios de consulta externa u hospitalización de salud mental de cualquier complejidad.
7. Planes para emergencias internas y externas.
8. Procedimientos para la información al paciente sobre recomendaciones al egreso, criterios que impliquen el regresar al servicio, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de los riesgos del manejo ambulatorio de pacientes. Protocolo para declaración de muerte cerebral.

Evidencia de incumplimiento: No se aportó el protocolo de clasificación del paciente que acude al servicio ni de los criterios para referir al paciente a la consulta externa u hospitalización. No se aportaron las guías y protocolos de manejo del paciente agitado.

· **Incumplimientos en Criterios de Todos los Servicios, Específico del Servicio de Mediana Complejidad**

Criterio: La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:

1. Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.
2. La aplicación de precauciones de aislamiento universales.
3. Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.
4. Uso y reúso de dispositivos médicos.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

5. Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.
6. Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.

Cuenta con protocolo de:

1. Limpieza y desinfección de áreas.
2. Superficies.
3. Manejo de ropa hospitalaria.
4. Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.

Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Evidencia de incumplimiento: En el servicio de urgencias se encuentra el equipo de pequeña cirugía sin esterilizar y dejadas expuestas en líquidos que no garantiza la completa esterilidad del instrumental.

· Incumplimientos en Servicio Farmacéutico Baja Complejidad

Criterio: El servicio farmacéutico ambulatorio cuenta con:

1. Manual de procesos y procedimientos que incluya los procesos y procedimientos para la adecuada selección, adquisición recepción, almacenamiento, conservación, distribución, dispensación, transporte, control y manejo de residuos de los medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las especificaciones establecidas por el fabricante, diseñados por químico farmacéutico según los requerimientos establecidos para tal fin.
2. Normas explícitas sobre restricciones, a personal diferente al químico farmacéutico, para formulación, realización de actividades de asesoría farmacológica y de farmacovigilancia.
3. Información visible al usuario que prohíba la asesoría farmacológica, por parte de personal diferente al químico farmacéutico.
4. Procedimiento para el manejo de medicamentos de control especial.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

5. *Procedimientos para el control de fechas de vencimiento y mecanismos para la disposición final y destrucción de medicamentos y dispositivos médicos*

Evidencia de incumplimiento: *En el momento de la visita se evidencio que no se tiene definidos los criterios de selección –adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, y no se evidencio la última acta donde se describa el último procedimiento de recepción. Durante la visita, se decomisaron medicamentos y dispositivos vencidos desde el 2015(se anexa acta de toma de medida de seguridad 2 folio)*

· **Incumplimientos en el Proceso de Esterilización**

Criterio: *Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:*

1. *Protocolos que contienen cada una de las etapas del proceso de esterilización:*

- *Transporte de material antes del ingreso al servicio de esterilización.*
- *Recibo de material.*
- *Lavado, secado y lubricación.*
- *Empaque.*
- *Esterilizado.*
- *Almacenaje y entrega.*

2. *Sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril, identificando cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad.*

3. *Cuando se realicen procesos de esterilización con óxido de etileno, cuenta con manual de procedimientos seguros por parte de los operarios y de los dispositivos médicos.*

4. *Socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de parto, salas de cirugía, hospitalización, etc.*

5. *En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los*

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

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

6. Documento del procedimiento Institucional para el reúso limitado de cada uno de los dispositivos médicos 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 y su correspondiente validación.

7. Para aquellos dispositivos médicos que el fabricante recomienda un número limitado de reúsos, cuenta con la documentación necesaria que soporte el proceso, de acuerdo a lo que el fabricante recomienda.

8. Participación en el comité de infecciones.

Para prestadores que contraten el proceso de esterilización con una central de esterilización externa cuentan con un protocolo que incluya las condiciones de transporte que garanticen mantener las condiciones de esterilización del producto.

De acuerdo a la Resolución 2183 de 2004, por el cual se adopta el Manual de buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud. Capítulo III. Proceso de esterilización. Pasos del Proceso de esterilización. 1.8. Almacenamiento. d) Temperatura ambiente entre 15°C y 25 °C, la humedad entre 40% y 60% (el exceso de humedad aumenta la permeabilidad).

Evidencia de incumplimiento: *La institución no tiene definidas las condiciones de reuso para los dispositivos de un solo uso, donde se demuestre de acuerdo a evidencia científica, que su reprocesamiento no reduce la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo; no hay evidencia de seguimiento a través del comité de infecciones de riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos. No hay documentación que soporte el proceso de esterilización de acuerdo a lo que el fabricante recomienda de los dispositivos médicos con un número limitado de reúsos. No hay evidencia de la participación del personal encargado del proceso de esterilización en el Comité de Infecciones. No se evidencia monitoreo ni registro de la temperatura y humedad en área. No hay evidencia de la socialización y adherencia al protocolo de esterilización en el personal responsable del proceso.*

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO CON RESPECTO AL ESTÁNDAR DE PROCESOS

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

PRIORITARIOS ASISTENCIALES: Se **Confirman** los incumplimientos del investigado registrados en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017, no obstante el investigado, logra superar el incumplimiento referido a **“Incumplimientos del Proceso de Esterilización”** de forma posterior a la visita realizada, conforme al análisis que se realiza de los documentos que son material probatorio en este asunto. Sobre los cuatro (4) restantes, siendo estos **“Incumplimientos en Criterios de Todos los Servicios”, “Incumplimientos en Criterios del Servicio de Urgencias”, “Incumplimientos en Criterios de Todos los Servicios, Especifico del Servicio de Mediana Complejidad” e “Incumplimientos en Servicio Farmacéutico Baja Complejidad”** este Despacho no recibe aceptación, ni exculpación al respecto en el memorial de descargos, ni en los alegatos de conclusión, no logrando el investigado desvirtuar los cargos formulados en el Auto 076 de 2020.

En el estándar de **HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES** se evidenciaron dos (**2**) incumplimientos que afectan la totalidad de los servicios y Esterilización.

· **Incumplimientos en Criterios de Todos los Servicios**

Criterio: Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.

Evidencia de incumplimiento: En la verificación no se evidenció documentado el proceso que lleva actualmente la institución del manejo de las Historias Clínicas.

· **Incumplimientos en Criterios del Proceso de Esterilización**

Criterio: Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso fuera de una central de esterilización, cuentan con:

1. Registro de reusos por cada uno de los dispositivos médicos esterilizados.
2. Registros correspondientes a los procesos prioritarios asistenciales definidos en ése estándar.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

3. Registro de las cargas.
4. Registro de los reportes de todos los controles.
5. Registro de las validaciones y mantenimientos de los equipos.
6. Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan en la institución.
7. Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.

Evidencia de incumplimiento: El registro de reuso de los dispositivos médicos es escaso incompleto y sin actualizar. No se evidenció reporte de todos los controles de esterilización utilizados. No se realiza lista especificando el contenido en cada paquete sino que se evidencia registro con el nombre del contenido general.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO CON RESPECTO AL ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES: Se **Confirman** los incumplimientos del investigado registrados en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017, no obstante el investigado, logra superar el incumplimiento referido a “**Incumplimientos del Proceso de Esterilización**” de forma posterior a la visita realizada, conforme al análisis que se realiza de los documentos que son material probatorio en este asunto. Sobre el incumplimiento restante, siendo este “**Incumplimientos en Criterios de Todos los Servicios**”, este Despacho no recibe aceptación, ni exculpación al respecto en el memorial de descargos, ni en los alegatos de conclusión, no logrando el investigado desvirtuar los cargos formulados en el Auto 076 de 2020.

En el estándar de **INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS** se evidenciaron tres (3) incumplimientos que afectan los servicios de Urgencias de Mediana Complejidad, Cirugía de alta complejidad, Hospitalización Mediana Complejidad

· **Incumplimientos en Criterios del Servicio de Urgencias de Mediana Complejidad.**

Criterio: Para mediana complejidad, disponibilidad de: (.....)Radiología, Laboratorio Clínico, Cirugía, Proceso de esterilización y Transfusión sanguínea.

Evidencia de incumplimiento a la Norma: - Se dispone del servicio de cirugía pero no se garantiza la prestación las 24 horas. Se dispone del servicio de Laboratorio Clínico, pero no se garantiza la prestación del servicio durante las 24 horas. Se evidenció un contrato de prestación de servicios de laboratorio clínico entre la Clínica de Fracturas y ortopedia y la IPS Laboratorio Clínico Especializado

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

María Gisela Ramírez Manrique SAS, cuyo objeto es "El presente contrato tiene como objetivo la prestación de servicios de LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO las 24 horas del día de lunes a domingo a la Clínica de Fracturas y ortopedia Ltda...." Consultado el REPS, se evidencio que el Prestador denominado IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO María Gisela Ramírez Manrique SAS, tiene habilitado el servicio de laboratorio clínico en el siguiente horario: de lunes a viernes de 07:00 – 18:00 horas y los sábados de las 07:00 -12 horas. Además durante la visita el personal de enfermería informo que el servicio de laboratorio clínico se presta hasta las 19:00 horas. Por lo anterior se concluye que el Prestador no garantiza la prestación del servicio de laboratorio clínico las 24 horas.

· **Incumplimientos en Criterios del Servicio de Cirugía de alta complejidad:**

Criterio: Para alta complejidad:

Cuenta con: (.....) Cuidado Intensivo, Transfusión sanguínea, Laboratorio clínico, Proceso de esterilización, Patología.

Incumplimiento a la Norma El Prestado No Cuenta con el servicio de Cuidado Intensivo. El Prestador No Cuenta con el servicio de Laboratorio Clínico. El Prestador No Cuenta con el servicio de transfusión sanguínea.

El Prestador No Cuenta con el Servicio de Patología. Se dispone del servicio de Laboratorio Clínico, pero no se garantiza la prestación del servicio durante las 24 horas. Se evidencio un contrato de prestación de servicios de laboratorio clínico entre la Clínica de Fracturas y ortopedia y la IPS Laboratorio Clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, cuyo objeto es "El presente contrato tiene como objetivo la prestación de servicios de LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO las 24 horas del día de lunes a domingo a la Clínica de Fracturas y ortopedia Ltda."

Consultado el REPS, se evidencio que el Prestador denominado IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO María Gisela Ramírez Manrique SAS, tiene habilitado el servicio de laboratorio clínico en el siguiente horario: de lunes a viernes de 07:00 – 18:00 horas y los sábados de las 07:00 -12 horas. Además durante la visita el personal de enfermería informa que el servicio de laboratorio clínico se presta hasta las 19:00 horas.

· **Incumplimiento en criterios del Servicio de Hospitalización Mediana Complejidad**

Criterio: Cuenta con: Laboratorio Clínico, Transfusión sanguínea, Radiología y Servicio Farmacéutico.

Incumplimiento a la Norma: El Prestador no tiene habilitado el servicio de transfusión sanguínea. Se dispone del servicio de Laboratorio Clínico, pero no se garantiza la prestación del servicio durante las 24

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

horas. Se evidencio un contrato de prestación de servicios de laboratorio clínico entre la Clínica de Fracturas y ortopedia y la IPS Laboratorio Clínico Especializado María Gisela Ramírez Manrique SAS, cuyo objeto es "El presente contrato tiene como objetivo la prestación de servicios de LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO las 24 horas del día de lunes a domingo a la Clínica de Fracturas y ortopedia Ltda." Consultado el REPS, se evidencio que el Prestador denominado IPS LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO María Gisela Ramírez Manrique SAS, tiene habilitado el servicio de laboratorio clínico en el siguiente horario: de lunes a viernes de 07:00 – 18:00 horas y los sábados de las 07:00 -12 horas. Además durante la visita el personal de enfermería informa que el servicio de laboratorio clínico se presta hasta las 19:00 horas.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO CON RESPECTO AL ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES: Se **Confirman** los incumplimientos del investigado registrados en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108-2017 del 21 de septiembre de 2017, no obstante el investigado, logra superar los incumplimientos referidos a **"Incumplimientos del Proceso de Esterilización"** e **"Incumplimiento en criterios del Servicio de Hospitalización Mediana Complejidad"** de forma posterior a la visita realizada conforme al análisis que se realiza de los documentos que son material probatorio en este asunto. Sobre los dos incumplimiento restantes, este despacho manifiesta que el investigado no logra subsanar el ítem referido a **"Incumplimientos en Criterios del Servicio de Cirugía de alta complejidad"**, no logrando el investigado desvirtuar los cargos formulados en el Auto 076 de 2020.

Este despacho concluye en el presente asunto, que el Prestador **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA, NO** cumplía en el momento de la visita de Verificación de Condiciones de Habilitación realizada el 21 de septiembre de 2017, con los requisitos de Habilitación definidos de la Resolución 2003 de 2014 incumpliendo de manera clara con sus obligaciones como prestador de servicios de salud tal como se describe en el siguiente acápite **NORMAS INFRINGIDAS POR EL PRETADOR**

NORMAS INFRINGIDAS POR EL PRESTADOR

La Secretaria de Salud Departamental del Huila, en ejercicio de sus competencias legales, debe efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente, tal como lo expresa el artículo 43 de la Ley 715 de 2001.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Esta Autoridad Sanitaria, es responsable 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 evalúan mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8° y 9° del Decreto 1011 de 2006 el cual fue compilado por el Decreto 780 de 2016. Así mismo, 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 realiza conforme al plan de visitas que para el efecto se haya establecido.

En el presente asunto que se decide, el investigado **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**, en el momento de la ocurrencia de los hechos (12 de septiembre de 2017) en los que presuntamente el prestador infringe las normas señaladas en el Auto de Apertura de Investigación y Formulación de Cargos No. 076 de 2018, se encontraba habilitado ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS, definido por la **Resolución 2003 de 2014**, por lo tanto, le es exigible el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, al ser Prestador de Servicios de Salud como lo determina los artículos 2.5.1.1.1. y 2.5.1.1.3 numeral 6 así:

"Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes."

Los prestadores de servicios de salud, por su parte son responsables por la veracidad de la

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

información contenida en el formulario de inscripción y están obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado y a presentar las novedades correspondientes, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto 1011 de 2006 compilado por el Decreto 780 de 2016 en el artículo 2.5.1.3.2.9. Así:

"Obligaciones de los prestadores de servicios de salud respecto de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando este pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo anterior y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente. (Art. 15 del Decreto 1011 de 2006)"

Así mismo, la Resolución 2003 de 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" en su artículo 5 establece lo siguiente:

"Autoevaluación de las condiciones de habilitación. La autoevaluación consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación. La autoevaluación deberá realizarse en los siguientes momentos:

5.1. De manera previa a la inscripción del prestador y habilitación del o los servicios.

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

5.2. Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador y antes de su vencimiento.

5.3. Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que tratan los incisos segundo y tercero del artículo 9 de la presente resolución.

5.4. De manera previa al reporte de las novedades señaladas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado con la presente resolución.

5.5. En cualquier momento antes del 30 de septiembre de 2014, para renovar la habilitación por un año más, para los prestadores que les aplique el artículo 11 de la presente resolución.

Parágrafo. Cuando el prestador realice la autoevaluación y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio."

De igual manera, la Resolución 2003 de 2014, en su artículo 8 establece como responsabilidad de del Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio la siguiente:

"Responsabilidad. El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar al cumplimiento de los estándares. En consecuencia, el servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador responsable del mismo, y no se permite la doble habilitación."

Ahora, este despacho, como se evidencia valoró cada presunto incumplimiento del prestador registrado en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN, DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH 108-2017, concluyendo que en efecto el prestador **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**, no cumple para el momento de la visita de Verificación de Condiciones de Habilitación realizada el 12 de Septiembre de 2017 con sus obligaciones como

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Prestador de Servicios de Salud, al registrarse en todos los servicios que tenía habilitados incumplimiento en las Condiciones Técnico Científicas, de conformidad con la normatividad relacionada.

El Prestador de Servicios de Salud investigado en esta asunto, ***OMITIÓ*** realizar de forma objetiva y diligente su auto evaluación conforme al artículo 5 de la Resolución 2003 de 2014 expuesta anteriormente, así como ***NO CUMPLIÓ*** con su obligación de mantener las Condiciones de Habilitación declaradas ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tal como establece el artículo 2.5.1.3.2.9 del Decreto 780 de 2016.

Es necesario manifestar, que respecto a la etapa procesal para presentar descargos y posteriormente alegatos en este proceso, el prestador de servicios de salud investigado, este Despacho procede a manifestarle que en detalle se ha analizado el expediente del presente proceso en sus diferentes etapas por lo cual en relación a lo manifestado, se permite precisar que como resultado de la visita de verificación de condiciones de habilitación, la Comisión técnica de la Secretaria de Salud Departamental de Huila, impuso una medida de seguridad consistente en la suspensión temporal de servicios habilitados en el Registro de Prestadores de Servicios de salud – REPS-, debido a que los incumplimientos encontrados ponían en riesgo la salud y seguridad de los usuarios, así las cosas, se aclara que la medida impuesta no es una sanción sino una medida preventiva tal como lo establece el artículo 2.5.3.7.5 del Decreto 780 de 2016, “...de inmediata ejecución, con carácter preventivo y se aplica sin perjuicio de la sanción a que haya lugar después de que se surta todo el proceso administrativo sancionatorio...”, en observancia estricta del correcto ejercicio del derecho a la defensa y debido proceso consignado en el artículo 29 de la Constitución Política de 1991 el cual se ha respetado a cabalidad durante el desarrollo de las diferentes etapas del presente proceso administrativo de carácter sancionatorio.

Por otro lado, frente a la afirmación de la “*n o determinación del carácter subjetivo de la responsabilidad administrativa del prestador investigado, sienta imperativo para su derivación determinar si el disciplinado obro con la intención (dolo) o de manera voluntaria omitió diligencia en calcular las consecuencias posibles y previsibles del propio hecho (culpa)*” manifiesta este Despacho que en cuanto al elemento de culpabilidad el artículo 50 del Código de Proceso

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020

POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Administrativo y Contencioso Administrativo establece que la gravedad de las faltas y el rigor de las sanciones por infracciones administrativas deben obedecer a los criterios establecidos según dicha normatividad siendo el numeral 6 el que hace referencia al grado de prudencia y diligencia con que se hayan atendido los deberes o se hayan aplicado las normas legales pertinentes. Estos criterios en el Derecho Administrativo Sancionatorio son los que definen la culpa según la imprudencia, descuido y negligencia; o la prudencia, cuidado y diligencia con los que haya actuado un sujeto en determinado caso, así las cosas en la práctica administrativa la sanción no solo se impone por el deber legal previsto sino también por omisión del deber ser.

Por lo tanto, la finalidad del proceso administrativo sancionatorio corresponde al mecanismo mediante el cual el Estado ejerce el poder punitivo que la Constitución y la ley le otorgan, a través de las entidades administrativas para llevar a cabo funciones de inspección, vigilancia y control, para que imponga a los administrados una sanción proporcional a la acción u omisión de los deberes y/u obligaciones legales a las cuales están sometidos, según el sector en el que actúen con respeto estricto al Derecho Fundamental al Debido Proceso el cual se ha desarrollado en las diferentes etapas procesables surtidas en el presente asunto.

Por último este despacho manifiesta que considera el siguiente reconocimiento o aceptación expresa de la infracción antes del decreto de pruebas realizada por el investigado en el memorial de descargos “... *si bien es cierto con ocasión de visita de verificación de condiciones de habilitación, se impuso una medida sanitaria de seguridad, consistente en la suspensión de unos servicios y la congelación en la prestación sanitaria con unos equipos médicos, tales hallazgos o novedades de orden administrativo, dentro del término de los sesenta (60) días concedido por la SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DEL HUILA, se corrigieron permitiendo el levantamiento de los gravámenes o medidas impuestas que impedían la prestación de los servicios sanitarios*” no siendo un eximente de la sanción a que haya lugar, sino como criterio de graduación de la sanción en calidad de atenuante según el artículo 50 de la Ley 1434 de 2011 pues se causó un peligro al interés jurídicamente tutelado por esta autoridad sanitaria en cabeza del Estado Colombiano.

Finalmente, este Despacho de forma objetiva y detallada procede a establecer la responsabilidad de la **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en**

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila en la vulneración de las normas contenidas en el Auto 076 de 2018 "Por medio del cual se formulan cargos a un prestador de servicios de salud", en consecuencia **SANCIONARÁ** al prestador investigado conforme lo establece la siguiente normativa: Ley 9 de 1979 y Ley 1437 de 2011

SANCIÓN

Habiéndose dado al interesado la oportunidad para presentar sus descargos y ejercer su derecho de defensa y con base en el material probatorio aportado por el prestador y debidamente decretado por el despacho; la Secretaria de Salud del Departamento de Huila, analizando el interés del prestador en todas las etapas procesales y las pruebas allegadas a las cuales se les dio pleno valor y de acuerdo al artículo 2.5.1.7.6. del Decreto 780 de 2016, que establece que 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. (Artículo 54 del Decreto 1011 de 2006).

El Artículo 577º de la Ley 9 de 1979, determina que 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:

Amonestación;

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;

Decomiso de productos;

Suspensión o cancelación del registro o de la licencia, y

Cierre temporal o definitivo del establecimiento, edificación o servicio respectivo.

Así mismo, el artículo 2.5.3.7.19 y siguientes del Decreto 780 de 2016 establecen las definiciones

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

de las sanciones contempladas en el artículo 577 de la Ley 9 de 1979, su procedencia, su competencia para imponerlas, consecuencias de su imposición y el artículo 50 de la Ley 1437 de 2011 dispone las atenuantes de la sanción:

1. Daño o peligro generado a los intereses jurídicos tutelados.
2. Beneficio económico obtenido por el infractor para sí o a favor de un tercero.
3. Reincidencia en la comisión de la infracción.
4. Resistencia, negativa u obstrucción a la acción investigadora o de supervisión.
5. Utilización de medios fraudulentos o utilización de persona interpuesta para ocultar la infracción u ocultar sus efectos.
6. Grado de prudencia y diligencia con que se hayan atendido los deberes o se hayan aplicado las normas legales pertinentes.
7. Renuencia o desacato en el cumplimiento de las órdenes impartidas por la autoridad competente
8. Reconocimiento o aceptación expresa de la infracción antes del decreto de pruebas.

Así mismo, el artículo 44 de la Ley 1437 de 2011 establece en relación con las decisiones discrecionales "... En la medida en que el contenido de una decisión de carácter general o particular sea discrecional, debe ser adecuada a los fines de la norma que la autoriza, y proporcional a los hechos que le sirven de causa...".

Para este Despacho es determinante resaltar que las acciones que desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Este Despacho insiste, en que los hechos que generan los incumplimientos por el prestador **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**, investigado en esta oportunidad, han sido probados y ellos vulneraron indiscutiblemente las características del SOGCS,

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020 POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

conforme a las pruebas debidamente decretadas e incorporadas en este expediente y las consideraciones expuestas en este acto administrativo, igualmente el citado prestador vulneró las disposiciones: Decreto 780 de 2016 artículo 2.5.1.3.2.9, (**Resolución 2003 de 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": MANUAL DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (...)**) (**nombrar el artículo y lo específico del manual con el caso o pegar el cuadro**) tal como se detalló previamente.

Por lo tanto, la sanción imponible a los Prestadores investigado en este caso, se ha determinado teniendo en cuenta el incumplimiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SOGCS, así mismo el daño o peligro a los intereses jurídicamente tutelados, los principios de necesidad, proporcionalidad y razonabilidad aplicables a la conducta desplegada por los investigado, incumplimientos que como quedaron expuestos anteriormente, dan cuenta de las circunstancias de modo, tiempo y lugar en los que se comprobaron. Sin embargo, Este Despacho considera que pese al incumplimiento probado del prestador **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**, el investigado realizó una serie de acciones positivas con el objeto de superar los incumplimientos registrados en el INFORME DE VISITA DE VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN No IVH108 de 2017, como se detalló de forma previa, por lo que se aplicará a su favor lo contemplado en el artículo 50 de la Ley 1437 de 2011 numeral 6 "*Grado de prudencia y diligencia con que se hayan atendido los deberes o se hayan aplicado las normas legales pertinentes.*" *Atenuando la sanción imponible en este particular.*

Se valora igualmente por este Despacho, que los prestadores **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**, **no** registran sanciones por parte de la Secretaría de Salud Departamental del Huila, por incumplimientos al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Con todo lo anterior, este Despacho considera por lo anteriormente expuesto, que el prestador de

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020
POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

servicios de salud **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila** será merecedor a las siguientes sanción: **MULTA** equivalente a **(SESENTA SALARIOS DIARIOS MÍNIMOS LEGALES)** vigentes para el año 2020, es decir la suma de **UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS (\$1.755.600) M/cte.**

Se advierte al prestador de salud **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**, que deben abstenerse de ejecutar acciones que atenten contra la integridad, salud y vida de los usuarios conforme a lo establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS; esta Secretaría de Salud Departamental por su parte, continuará actuando conforme a su competencia de forma rigurosa, respetando siempre el debido proceso, ante el conocimiento de hechos que vulneren dicho sistema.

Finalmente, se procederá a notificar esta decisión al representante legal del prestador **CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**, advirtiéndole que contra la misma procede el recurso de reposición ante la Secretaría de Salud Departamental de conformidad con los artículos 74 y 76 de la Ley 1437 de 2011, el cual podrá interponer dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE

PRIMERO: SANCIONAR al prestador de servicios de salud **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-**

RESOLUCIÓN 1433 DE 2020
POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

6 5 del municipio de Neiva- Huila con (SESENTA SALARIOS DIARIOS MÍNIMOS LEGALES) vigentes para el año 2020, es decir, la suma de **UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS (\$1.755.600) M/cte, por la vulneración de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS Decreto 780 de 2016 (compila Decreto 1011 de 2006) y Resolución 2003 de 2014, conforme a la parte motiva de este acto administrativo.**

SEGUNDO. Para efectos de la sanción pecuniaria impuesta y su respectiva imputación, deberá **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila** realizar los siguientes trámites, todos dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de la presente resolución:

- a) La suma contemplada en el artículo segundo de la parte resolutive de este acto administrativa, deberá consignarse en la cuenta de ahorros No. 7442020755 del Banco de Colpatria a nombre de SECRETARIA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA NIT 800.103.913-4
- b) Presentar original de la consignación realizada en el banco y copia de la resolución sancionatoria en el Área Jurídica de Habilitación de la Secretaria de Salud Departamental del Huila, inmediatamente después de realizada la citada consignación.

TERCERO. En firme este acto administrativo y con fundamento en el artículo 99 de la Ley 1437 de 2011, en concordancia con el artículo 2.5.3.7.23 del Decreto 780 de 2016, si no se presenta copia del comprobante de pago de la multa señalada en el artículo **PRIMERO**, en el término señalado en el artículo **SEGUNDO** de este proveído, se remitirá copia auténtica del mismo a la jurisdicción coactiva del Ente Territorial para que proceda al cobro respectivo contra **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila**

CUARTO: Notificar al representante legal del prestador de servicios de salud **CLÍNICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA LTDA Con NIT 800110181-9 inscrito en el Registro**

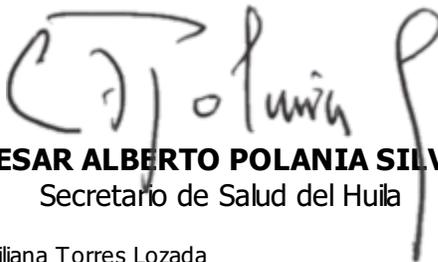
RESOLUCIÓN 1433 DE 2020
POR MEDIO DE LA CUAL SE SANCIONA UN PRESTADOR DE SERVICIOS DE SALUD

Especial de Prestadores de Salud REPS con el Código: 4100100466-01 ubicado en la Calle 18 # 6-65 del municipio de Neiva- Huila y o a quien haga sus veces en cada momento procesal, la presente resolución, haciéndole saber que contra el mismo procede el recurso de reposición ante la Secretaria de Salud Departamental del Huila, de conformidad con los artículos 74 y 76 de la Ley 1437 de 2011, el cual podrá interponer dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

Dado en Neiva, a los

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Expedida en Neiva (H), el día Septiembre 1 de 2020



CESAR ALBERTO POLANIA SILVA
Secretario de Salud del Huila

Proyectó: Lourdes Paola Mateus Serrano
Revisó: Revisó: Luis Edgar Galvis Quintero, Liliana Torres Lozada