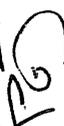




NOTIFICACIÓN POR AVISO <i>Art. 69 Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</i>	
EXPEDIENTE NUMERO	OJS-009-2024
IMPLICADO	CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S.
REPRESENTANTE LEGAL	LUZ MARINA ESTRADA AGUDELO
NIT/C.C.	900.848340-0
DIRECCION	CARRERA 13 No. 1 N-35 ARMENIA, QUINDIO.
ACTO A NOTIFICAR	<i>AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACION</i>
FECHA DEL ACTO QUE SE NOTIFICA	27 DE MAYO DE 2024
RECURSO QUE PROCEDE	NO APLICA
ACTUACION SIGUIENTE	NO APLICA
TERMINO	NO APLICA
AUTORIDAD QUE EXPIDE EL AUTO	Secretario de Salud Departamental del Quindío
ADVERTENCIA: La presente notificación se considerará surtida, al finalizar el día siguiente al retiro del aviso. <i>Art. 69 inciso 2º Ley 1437 de 2011 Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.</i>	


CARLOS ALBERTO GOMEZ CHACON
Secretario de Salud Departamental

Revisó: Carolina Salazar Arias – Asesora Despacho Grado 02 S.S.D. 

Proyecto: Luz M. Reyes B. - Abogada Contratista – S.S.D. 



Gobernación del
Quindío
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

Armenia Quindío, mayo 27 de 2024

AUTO DE APERTURA DE INVESTIGACIÓN

EXPEDIENTE NÚMERO	OJS-009-2024
INVESTIGADO	CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S.
REPRESENTANTE LEGAL	LUZ MARINA ESTRADA AGUDELO
NIT/CC	900848340-0
DIRECCIÓN	Carrera 13 No. 1N-35 Armenia
CODIGO DEL PRESTADOR	6300101419-01

OBJETO:

La Secretaría de Salud Departamental del Quindío, en ejercicio de sus atribuciones legales y en especial, las contenidas en la Ley 9 de 1979, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001, decreto 780 de 2016, la Resolución 3100 del 2019, y la Ley 2200 de 2022, INICIA APERTURA DE INVESTIGACIÓN ADMINISTRATIVA SANCIONATORIA, en contra de CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., identificado con el NIT No. 900848340-0, ubicado en la Carrera 13 No. 1N-35 del municipio de Armenia, representado legalmente por LUZ MARINA ESTRADA AGUDELO, o quien haga sus veces al momento de notificación del presente acto administrativo, con fundamento en el Informe presentado por el grupo verificador de los estándares de habilitación de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío el día diez y nueve (19) de octubre de 2023, después de visita realizada entre los días 9 de agosto y 19 de octubre de 2023, fundamentado en los siguientes:

ANTECEDENTES

De conformidad con las competencias desarrolladas por el grupo verificador de los estándares de habilitación de la Secretaría de Salud Departamental, quienes de acuerdo a las actividades implementadas y llevadas a cabo en la institución visitada, esto es CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., luego de lo cual presentó el correspondiente informe y solicitó que se inicie proceso sancionatorio según lo establecido en la ley 9 de 1979 y ley 1437 de 2011, razón por la cual se procede a relacionar los antecedentes de la siguiente forma:

A. INFORME TÉCNICO DEL GRUPO VERIFICADOR DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL:

1. Entre los días 9 de agosto y 19 de octubre de 2023, se realizó visita de verificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación por parte de la comisión técnica de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío a las instalaciones de la entidad en referencia, debidamente firmado por la comisión (folio 2)
2. En el informe de visita presentado por el Equipo de Verificación de las Condiciones de Habilidadación el cual hace parte integral del presente auto de



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

apertura de proceso sancionatorio (folio 2 a 10) y evidencia digital visible (folio 54), de fecha 19 de octubre de 2023, nos dan a conocer, entre otros, que el prestador presuntamente incumple con algunos de los estándares y criterios de habilitación, de acuerdo a los servicios declarados y prestados por el la CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., motivo por el cual solicita se inicie proceso sancionatorio, según lo establecido en la ley 1437 de 2011.

3. En el referido informe, se describen hallazgos e incumplimientos encontrados en la visita por parte del prestador:

- 3.1. No se evidencia que el talento humano en salud de los servicios de , UCI Auxiliares : Yudi Mileny Marin Villada, Jessica Alejandra Romero, Viviana María Bedoya, Kelly Tatiana Gutierrez, Diana Carolina Montoya, Mario Gañan Pelaez, Cielo Guzmán Ramos, Sandra Jimenez Anacona, Terapeutas: Diana Carolina Cifuentes Ramirez, Lida Zoraida Echeverry Botero, Nutricionista Angel Isabel Gomez. Médicos: Jhon Jairo Correa, Raul Eduardo Aristizabal, Eisner Ivan Osorio, Daniel Hernandez, , cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua para la gestión del duelo (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.2. No se evidencia que todos los profesionales de la Medicina cuenten con certificado vigente y aprobado para el cuidado del Donante; Dr Alejandr Granada, Eisner Ivan Osorio, Claudia Lorena Montoya, Julio Cesar Aristizabal, Gustavo Jimenez Reyes, Eduardo Alfredo Gutierrez, , Juan Camilo Castro, Juan Antonio Grajales, Valeria Angel Hernandez, Mateo Londoño Escobar, Serguio Ivan Ramirez Gutierrez, Oscar Dario Ramirez German Eugenio, Oscar David Gomez Arrieta, Jose onesio Mendez, Daniel de Leon, Antonio Jose Manrique, Ruben Dario Carvajal, Jaime Fernando Montoya Barreto. SUBSANADO DURANTE LA VISTA.
- 3.3. No se evidencia que todo talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual: Lina Marcela Marin, Carlos Mario Duque, Jilio Cesar Aristizabal, Eduardo Alfredo Gutierrez, Oscar David Flores, Jose Onacio Mendez, Daniel De Leon, Antonio Jose Manrique.. Raul Villalobos, Cristhian Suarez, Fernando Villegas,
- 3.4. La circulación donde se ubican los consultorios 1,2 y 3 consulta externa no permite la fácil circulación y movilización de pacientes, talento humano, usuarios y equipos biomédicos, dicha circulación libre es de 0,83m ya que en el pasillo se ubican sillas para los pacientes que se encuentran a espera de ser atendidos.
- 3.5. El consultorio 3, no cumple área mínima se evidencia de 9.48m².
- 3.6. No se evidencia separación entre el área de entrevista y examen por barrera física fija o móvil en los consultorios del servicio de consulta externa.
- 3.7. Si bien cuenta con una sala de procedimientos la cual cuenta con 8 m², en ella se está ubicando 2 camillas por lo que se debería garantizar mas área física para la ubicación de las mismas, es decir, no se cuenta con el ambiente mínimo de 8 m² en la sala de procedimientos del servicio de urgencias.
- 3.8. Los inventarios entregados por el prestador no incluyen todos los equipos encontrados en el servicio y requeridos para la prestación del servicio, El



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- prestador refiere usar un craneotomo en cirugía sin embargo el equipo no se encuentra en el inventario.
- 3.9. Los inventarios entregados por el prestador no incluyen todos los equipos encontrados en el servicio y requeridos para la prestación del servicio, por lo que tampoco se incluye su marca.
 - 3.10. Los inventarios entregados por el prestador no incluyen todos los equipos encontrados en el servicio y requeridos para la prestación del servicio, por lo que tampoco se incluye el modelo.
 - 3.11. "Los inventarios entregados por el prestador no incluyen todos los equipos encontrados en el servicio y requeridos para la prestación del servicio, por lo que tampoco se incluye la serie, además los números de serie presentados de las bombas de infusión no coinciden con los presentados en el inventario por servicio. "
 - 3.12. Los inventarios entregados por el prestador no incluyen todos los equipos encontrados en el servicio y requeridos para la prestación del servicio. Por lo que tampoco se incluye el registro sanitario. Dentro del listado de equipos se evidencian neveras y congeladores sin registro sanitario para el almacenamiento de sangre y sus derivados. No se evidencia registro sanitario de los fonendoscopios GMD Durante el recorrido en UCIA se encontró un ecógrafo marca HP del cual no se encontró registro sanitario "
 - 3.13. Los inventarios entregados por el prestador no incluyen todos los equipos encontrados en el servicio y requeridos para la prestación del servicio. Por lo que tampoco se incluye la clasificación según el riesgo.
 - 3.14. Las hojas de vida de los ventiladores savina en su totalidad no cuentan con registros de mantenimiento preventivo y correctivo previos a 2019 (SUBSANADO DURANTE LA VISITA), No se evidencian registros de mantenimiento preventivo, correctivo ni calibración del ventilador CAT5008. No se evidencian hojas de vida de los motores de ortopedia marca HALL. No se evidencian las hojas de vida de los equipos para terapia de vacío en el servicio de hospitalización. Durante el recorrido en el servicio de cirugía se encuentra motor rotulado como Dr Suarez el cual refiere el personal que no es propiedad de la clínica y del cual no se cuenta con hojas de vida ni registros de mantenimiento. Las camas con número de serie 505832, 505836, 505841 no cuentan con reportes de mantenimientos preventivos ni correctivos previos a 2021. No cuenta con hojas de vida para los equipos de hemofiltración, diálisis ni diálisis peritoneal. Durante el recorrido en UCIA se encontró un ecografo marca HP sn. US97804618 del cual no se evidencio hoja de vida ni reportes de mantenimiento preventivo y correctivo. Para el calentador de líquidos no se evidencian reportes de mantenimientos. No se evidencia hoja de vida del craneotomo (SUBSANADO DURANTE LA VISITA). No se evidencian reportes de mantenimiento preventivo de las camas de hospitalización previos a 2021 (SUBSANADO DURANTE LA VISITA) "
 - 3.15. El prestador cuenta con un cronograma de mantenimiento en el cual no están incluidos todos los equipos, no se tiene definido cuales dispositivos médicos de los presentes en la institución requieren capacitación de uso y cuales no.
 - 3.16. No se evidencian socializaciones de la totalidad de los equipos que requieren capacitación de uso.
 - 3.17. Cuentan con contrato para los equipos de hemofiltración y diálisis peritoneal, sin embargo al momento de la visita no se encontraron equipos para estas terapias al interior de la clínica.



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- § 18. El prestador no cuenta con un análisis de suficiencia que incluya los equipos que requieran limpieza y desinfección
- § 19. El prestador no cuenta con las hojas de vida de la totalidad del personal técnico que realiza intervenciones a los equipos por lo que no se puede establecer la idoneidad del talento humano que hace intervenciones en los equipos. No se evidencia proceso de verificación del talento humano cuando las actividades son realizadas por terceros, no cuenta con las hojas de vida ni documentación que acredite la formación académica de: MARCELA BUENO AGUIRRE (quien realiza mantenimiento al equipo rapid point sn 30621, DANIEL GARZÓN OROZCO (SUBSANADO DURANTE LA VISITA), CAROLINA ACEVEDO (SUBSANADO DURANTE LA VISITA), SERASTIAN SALCEDO (quien le realiza mantenimiento al aspirador sn: IS 15 253), DIEGO FELIPE (quien realiza mantenimiento al ventilador sn: ASHC-0244), ANDRES FELIPE AYA (quien realiza mantenimiento al ventilador sn: ASHC-0266), DIEGO HERNANDEZ (quien realiza mantenimiento al ventilador sn: ASHC-0266), LUIS HERNANDEZ (quien realiza mantenimiento al ventilador sn: 9466), EDUARDO MAYOR (quien realiza mantenimiento al ventilador CAT04814), KAREN MONROY (quien realiza mantenimiento al ventilador CAT04814), RODOLFO BOGOTA (quien realiza mantenimiento al ventilador CAT04814), BONNEL ANDRES HINCAPIE (quien realiza mantenimiento al monitor EV-52016733), BRAYAN MATEUS FONSECA (quien realiza mantenimiento a máquina de anestesia ER-47002550). No se evidencia que el personal que realiza actividades de servicio técnico de los equipos de hemofiltración y diálisis personal sea profesional, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas. "
- § 20. Para el servicio de hospitalización pediátrica no se evidencia resucitador pulmonar manual (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- § 21. Durante el recorrido de UCIA en el carro de paro no se evidencian hojas de vida
- § 22. El prestador refiere que la comunicación la realizan a través de los teléfonos celulares del personal
- § 23. No se evidencia equipo para determinación de muerte encefálica, los protocolos no se encuentran en concordancia con el estándar de dotación, no se evidencian contratos con terceros que cuenten con los equipos
- § 24. No se evidencia el certificado de entrenamiento por parte del fabricante al personal que realiza el mantenimiento de los sistemas y redes de gases médicos
- § 25. No se evidencia documentado ni ejecutado el proceso por el cual realizan el seguimiento a registro sanitario de los equipos médicos
- § 26. No se evidencia documentado ni ejecutado el proceso por el cual realizan el seguimiento a la vida útil de los equipos médicos
- § 27. No se evidencia proceso de selección de equipos médicos (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- § 28. No se evidencia proceso de Adquisición de equipos médicos (SUBSANADO DURANTE LA VISITA). No se encuentran las evidencias del proceso de adquisición del BIPAP SN: H2120322263. El ventilador sn: ASHC-0266 será documentos de adquisición que indican que el equipo fue comprado por la Clínica Leys de Cali, no la clínica central del Quindío.
- § 29. No se evidencia proceso de transporte de equipos médicos.
- § 30. No se evidencia proceso de recepción de equipos médicos (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)





Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- 3.31. No se evidencia proceso de almacenamiento de equipos médicos. Durante el recorrido se evidenciaron bombas de infusión almacenadas sin conexión a la red eléctrica. No se evidencia control del almacenamiento del papel para electrocardiografía de acuerdo con las recomendaciones del fabricante, tampoco se encuentra documentado el proceso "
- 3.32. No se evidencia proceso de control de cadena de frío y manejo de contingencias de la cadena de frío
- 3.33. No se evidencia proceso de devolución que incluya los equipos médicos
- 3.34. No se evidencia proceso de disposición final que incluya los equipos médicos.
- 3.35. No se evidencia seguimiento al uso de equipos médicos.
- 3.36. El prestador cuenta con programa de tecnovigilancia sin embargo no se evidencia que cuente con metodología para reporte de hurtos o pérdidas, no se evidencia la trazabilidad de los dispositivos implantables.
- 3.37. Se encontró depósito con dispositivos médicos sin control de Temperatura y humedad en preparación de pacientes en el servicio de imágenes diagnósticas.
- 3.38. No se evidencia la documentación del proceso de suficiencia de dispositivos médicos que incluya la frecuencia de uso y los tiempos de limpieza y desinfección
- 3.39. Durante el recorrido se encuentran Medicamentos del carro de paro de imágenes diagnosticas sin semaforizar, es decir, no se realiza control de las fechas de vencimiento.
- 3.40. No se evidencia la adopción de la práctica segura: Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales. Luego la incluyeron en el documento de seguridad del paciente, sin embargo no se evidencia la implementación real de dicha práctica, y adicional a lo anterior no están incluidas en el documento de adopción.
- 3.41. "No se evidencia la adopción de la práctica segura: Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol). Luego la incluyeron en el documento de seguridad del paciente, sin embargo no se evidencia la implementación real de dicha práctica, y adicional a lo anterior no están incluidas en el documento de adopción."
- 3.42. "No hay adherencia al protocolo de prevención de caídas, pues se encontraron pacientes durante el recorrido, con una clasificación de riesgo de caídas en el tablero y otro en la manilla. El personal no conoce los criterios ni la periodicidad para la reclasificación del riesgo de caídas. Durante el recorrido en hospitalización se encontró la cama sn: 505663 con una baranda mala y con paciente Jesús Andrés Echeverry clasificado con riesgo de caída alto (SUBSANADO DURANTE LA VISITA) En el recorrido a Urgencias se detectó paciente en Sala de Observación Hombres acostado en camilla con barandas abajo."
- 3.43. No hay adherencia al protocolo de prevención de úlceras por presión, pues se encontraron pacientes durante el recorrido, con una clasificación de riesgo en el tablero y otro en la manilla.
- 3.44. No se evidencia adherencia al protocolo de correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación). Prevenir y reducir la frecuencia de caída, Garantizar la funcionalidad de los



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- procedimientos de consentimiento informado (se detectaron consentimientos informados diligenciados de manera incorrecta).
- 3.45. No se evidencia socialización del Manejo del protocolo para la solicitud de Interconsultas. 2. No se evidencia socialización del protocolo de sujeción de pacientes. 3. No se evidencia socialización de protocolo de preparación de pacientes para realizar imágenes diagnósticas. 4. No se evidencia socialización del Protocolo para atención de pacientes aislados en Hospitalización.
 - 3.46. Durante el recorrido en cirugía se evidencia uso de Arco en C en sala sin plomar.
 - 3.47. "El prestador no cuenta con protocolos de limpieza y desinfección de equipos, no se evidencia el adecuado uso de los EPP's y manejo de las normas de bioseguridad en el servicio de hospitalización específicamente con el manejo de los pacientes aislados. Durante el recorrido se encuentran guardianes sin fijar y guardianes sin marcar en el servicio de imágenes diagnosticas ionizantes.
 - 3.48. El prestador no incluye en el documento de manejo de gases medicinales la atención de emergencias especificando funciones del personal, cadenas de llamado y tampoco se evidencia socialización de este.
 - 3.49. Si bien tienen documentados los controles de calidad se evidencian paquetes sin los respectivos controles.
 - 3.50. "Durante el recorrido en la sala de cirugía se evidencia lavado de trocar desechables, Guantes desechables esterilizados. Durante el recorrido en cirugía se evidencio equipo de macrogoteo reprocesado "
 - 3.51. Se evidencia en el consultorio 318 del servicio de consulta externa un frasco con solución del cual refiere el personal asistencial que usan para desinfectar piezas de instrumental del cual no se evidencia rotulado, seguimiento a fechas de vencimiento ni control del reprocesamiento.
 - 3.52. Realizan reprocesamiento de las válvulas espiratorias de los ventiladores savina, sin embargo no se evidencia que esto se realice de acuerdo con las recomendaciones del fabricante, no se tiene estipulado el número de reusos y no se evidencio el control de reusos de cada una de las que se encontraron estériles.
 - 3.53. El prestador no tiene contemplado en el acto administrativo de conformación del comité de infecciones, realizar acciones de seguimiento que garanticen que los dispositivos médicos reusados, no pierdan su eficacia y desempeño para el cual fue diseñado, y que no exponga al usuario a riesgo de infecciones y complicaciones. No se realiza seguimiento en el comité de infecciones a los elementos reusados al interior de la institución como las válvulas de los ventiladores "
 - 3.54. La información documentada por la IPS estaba relacionada con un proceso MACRO de la empresa, SUBSANADO durante la visita
 - 3.55. En el área de Recuperación de Cirugía se detectaron Registros de anestesia incompletos e ilegibles.
 - 3.56. Si bien miden los indicadores definidos en el manual de hemovigilancia, estos no se integran en el comité transfusional, ni hay evidencia de su análisis. En el desarrollo del comité transfusional como objetivo en las actas refieren que van a presentar los indicadores del comité, y el objetivo de dicho comité es el desarrollo del comité como tal, no solo para lectura de unos indicadores. Analizan los casos de reacciones adversas transfusionales, sin embargo no hay evidencia ni registro de su análisis en dicho comité, y tampoco refieren que lo analizan por seguridad del paciente.



Gobernación del
Quindío
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- 3.57. El documento de atención a víctimas de violencia sexual, tiene un marco normativo que ya está derogado, y no está acorde a la capacidad resolutive de la IPS, pues habla de la intervención psiquiátrica. (Se subsana durante la visita).
- 3.58. No se evidenció que el servicio Pretransfusional contara con profesional en Bacteriología. (SUBSANADO DURANTE LA VISITA).
- 3.59. No fue posible verificar que profesional de bacteriología contara con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en el manejo de la gestión pre transfusional ya que no contaban con el profesional SUBSANADO DURANTE LA VISITA.
- 3.60. La nevera presentada por el prestador para el almacenamiento de sangre y sus componentes no cuenta con sistema de control de temperatura y alarma audible o sistema que alerte cambios próximos al límite en que la sangre o sus componentes puedan deteriorarse (SUBSANADO DURANTE LA VISITA).
- 3.61. El prestador no cuenta con Equipo para descongelar plasma cuando se requiera, con sistema de control de temperatura (SUBSANADO DURANTE LA VISITA).
- 3.62. El prestador no cuenta con Congelador para la conservación de plasma o crioprecipitados, que tenga sistema de control de temperatura por debajo de -18°C y alarma audible o sistema de monitoreo que alerte cambios próximos al límite en que el componente almacenado pueda deteriorarse. (SUBSANADO DURANTE LA VISITA).
- 3.63. El prestador no cuenta con Agitador o rotador de plaquetas, con sistema de control de temperatura entre 20°C y 24°C . (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.64. El prestador cuenta con nevera sin embargo esta no garantiza la cadena de frío (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.65. No se evidencia que se lleve registro ni trazabilidad de los componentes sanguíneos desde la salida del servicio pretransfusional hasta su entrega en el servicio final. (Subsanado durante la visita)
- 3.66. El ambiente de trabajo sucio se evidencia ubicado dentro del ambiente de realización de las ecografías generando cruces contaminantes dentro del área, se reubicó durante la visita.
- 3.67. El carro de paro no cuenta con accesorios pediátricos para el monitor
- 3.68. Cuenta con documento Verificación de la calidad de la imagen PERO NO EVIDENCIA la toma de medidas preventivas y correctivas, así como tampoco exponencia en los diferentes comités para su análisis y toma de correctivos al presentarse alguna desviación
- 3.69. Cuenta con documento Control de calidad del equipo generador de radiación ionizante PERO NO EVIDENCIA la toma de medidas correctivas al presentarse brechas
- 3.70. Cuenta con documento de control de calidad del equipo generador de radiación ionizante, pero no se evidencia la toma de medidas correctivas al presentarse brechas.
- 3.71. Las habitaciones de aislamiento no cuentan con antecámara a manera de filtro que condicione la presión según la patología del paciente, subsanado durante la visita.
- 3.72. El carro de paro de Hospitalización pediátrica no cuenta con accesorios pediátricos para el monitor ni se evidencian hojas de laringoscopia pediátricas (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- 3.73. El electrocardiografo de hospitalización pediátrica no cuenta con accesorios pediátricos que permitan su uso (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.74. Tienen un plan de cuidados de enfermería general, pero no tienen definido de acuerdo a las patologías más frecuentes en el servicio.
- 3.75. No tienen contemplado como se controla o se identifica la periodicidad de cambio de las sondas vesicales (Se subsano durante la visita)
- 3.76. El documento de Revisión de carro de paro no incluye las pruebas del desfibrilador de acuerdo con las recomendaciones del fabricante, durante el recorrido se evidenciaron pruebas con fallo de las cuales no se encontró acción correctiva para garantizar la disponibilidad del equipo.
- 3.77. Los médicos Internistas. Jhon Jairo Correa y Eissner Ivan Osorio no evidenciaron certificados de formación continua en atención del paciente de cuidado intermedio adultos,(Jhon Jairo Correa Subsano durante la visita)
- 3.78. La ubicación del filtro no permite su funcionalidad como filtro para el acceso de talento humano y visitantes.
- 3.79. El Ambiente para brindar información a familiares no se evidencia demarcado en el servicio.
- 3.80. Durante el recorrido el monitor del cubículo 3 no contaba con cable de ECG (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.81. Durante el recorrido el monitor del cubículo 3 no contaba con sensor de SPO2 (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.82. Tienen un plan de cuidados de enfermería general, pero no tienen definido de acuerdo a las patologías más frecuentes en el servicio.
- 3.83. No tienen contemplado como se controla o se identifica la periodicidad de cambio de las sondas vesicales (Se subsano durante la visita)
- 3.84. El protocolo de inspección de carro de paro no tiene en cuenta la realización de las pruebas del desfibrilador de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.
- 3.85. Presentan un documento para el procedimiento de diálisis peritoneal, pero debe documentarse por parte de la Clínica Central, pues todo el proceso se registra en Hosvital pero está documentado por RTS.
- 3.86. Presentan un documento para el procedimiento de hemodiálisis, pero debe documentarse por parte de la Clínica Central, pues todo el proceso se registra en Hosvital pero está documentado por RTS.
- 3.87. No se evidencio que Profesional de la medicina especialista en medicina crítica y cuidado Intensivo, con permanencia mínima de 6 horas por cada 24 horas. SUBSANADO DURANTE LA VISITA.
- 3.88. No se evidencio que Profesional de la medicina especialista en medicina crítica y cuidado Intensivo, contaran con formación continua para la gestión operativa del donante. SUBSANADO DURANTE LA VISTA.
- 3.89. Los médicos Internistas . Jhon Jairo Correa y Eissner Ivan Osorio no evidenciaron certificados de formación continua en atención del paciente de cuidado intermedio adultos,(Jhon Jairo Correa Subsano durante la visita)
- 3.90. La ubicación del filtro no permite su funcionalidad como filtro para el acceso de talento humano y visitantes.
- 3.91. El Ambiente para brindar información a familiares no se evidencia demarcado en el servicio.
- 3.92. Tienen un plan de cuidados de enfermería general, pero no tienen definido de acuerdo a las patologías más frecuentes en el servicio.
- 3.93. No tienen contemplado como se controla o se identifica la periodicidad de cambio de las sondas vesicales (Se subsano durante la visita)



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- 3.94. El protocolo de inspección de carro de paro no tiene en cuenta la realización de las pruebas del desfibrilador de acuerdo con las recomendaciones del fabricante.
- 3.95. Presentan un documento para el procedimiento de diálisis peritoneal, pero debe documentarse por parte de la Clínica Central, pues todo el proceso se registra en Hosvital pero está documentado por RTS.
- 3.96. Presentan un documento para el procedimiento de hemodiálisis, pero debe documentarse por parte de la Clínica Central, pues todo el proceso se registra en Hosvital pero está documentado por RTS.
- 3.97. Lo monitores de sala de cirugía no cuentan con accesorios pediátricos para NIBP (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.98. Lo monitores de sala de cirugía no cuentan con accesorios pediátricos para saturación de oxígeno (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.99. No se evidencian hojas de laringoscopia pediátricas en las salas de cirugía (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.100. El carro de paro no cuenta con accesorios pediátricos en el monitor (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.101. Presentan un video laringoscopia compartido con el servicio de cuidado intensivo adulto.
- 3.102. El carro de paro no cuenta con accesorios pediátricos en el monitor (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.103. Los monitores de recuperación no cuentan con accesorios pediátricos de saturación de oxígeno (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.104. Tienen un plan de cuidados de enfermería general, pero no lo tienen definido de acuerdo a los procedimientos más frecuentes en el servicio de cirugía.
- 3.105. El servicio de urgencias no cuenta con ambiente de aislamiento, durante la visita se construyó el sistema de aislamiento en el servicio.
- 3.106. La sala de reanimación mide 14.76m² por lo que no se hace viable contar en este espacio con dos camillas, ya que no garantiza condiciones seguras de desplazamiento, si se considera tener dos camillas en el ambiente de reanimación el área debe ser mayor.
- 3.107. En el ambiente de observación de mujeres se evidenció una camilla sin llamado de enfermería, algunos pacientes si bien contaban con el llamado de enfermería no se evidencia funcional por la ubicación de la camilla ya que queda muy alejado y no permite el fácil uso.
- 3.108. El baño de la observación pediátrica no cuenta con un área acondicionada para bañar y vestir los lactantes, se realiza la pregunta de donde hacen dicha labor y refieren que se hace en una "ponchera", se puede evidenciar el artefacto.
- 3.109. El ambiente de transición, llamado por la Institución como fast track no cuenta con unidades sanitarias discriminadas por sexo.
- 3.110. No se evidencian los sujetadores pediátricos
- 3.111. No cuenta con carro de paro (para paciente adulto y pediátrico) (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.112. Solo se evidencia 1 aspirador para todo el servicio (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.113. Durante el recorrido se encontró cilindro de oxígeno sin regulador en la sala de procedimientos del servicio de urgencias (SUBSANADO DURANTE LA VISITA)
- 3.114. No tienen contemplado como se controla o se identifica la periodicidad de cambio de las sondas vesicales (Se subsano durante la visita)



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

y como consecuencia de lo anterior presuntamente viola los artículos 3, 9 y 12 de la resolución 3100 de 2019 acerca de las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud.

ARTÍCULO 3o. CONDICIONES DE HABILITACIÓN QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. <Artículo modificado por el artículo 2 de la Resolución 544 de 2023. El nuevo texto es el siguiente:> Los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilidadación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), deben cumplir las siguientes condiciones:

3.1. *Capacidad técnico-administrativa. Aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.*

3.2. *Suficiencia patrimonial y financiera. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Transporte Especial de Pacientes.*

3.3. *Capacidad tecnológica y científica. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Profesionales independientes de salud, Entidades con Objeto Social Diferente, Transporte Especial de Pacientes.*

PARÁGRAFO 1o. *Las condiciones de habilitación, definiciones, estándares y criterios son los establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilidadación de Servicios de Salud, el cual hace parte integral de la presente resolución.*

Artículo 9º. Responsabilidad. *El prestador de servicios de salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables a ese servicio, independientemente que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas que aporten al cumplimiento de estos y de las figuras contractuales o acuerdos de voluntades que se utilicen para tal fin. El servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador de servicios de salud responsable del mismo. No se permite la doble habilitación de un servicio.*

Artículo 12. Novedades. *Los prestadores de servicios de salud están en la obligación de reportar las novedades que aquí se enuncian, ante la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de cada entidad territorial y, cuando sea el caso para su verificación anexará los soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilidadación de Servicios de Salud.*

Se consideran novedades las siguientes, las cuales se encuentran definidas en el Manual anexo a la presente resolución:

12.1 Novedades del prestador de servicios de salud:

- a. *Cierre del prestador de servicios de salud.*
- b. *Disolución y liquidación de la entidad.*
- c. *Cambio de domicilio.*
- d. *Cambio de nomenclatura.*
- e. *Cambio de representante legal.*
- f. *Cambio de razón social o nombre que no implique cambio de NIT, ni de documento de identidad.*
- g. *Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico).*

12.2 Novedades de la sede:

- a. *Apertura de sede.*
- b. *Cierre de sede.*





Gobernación del
Quindío
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

- c. Cambio de domicilio.*
 - d. Cambio de nomenclatura.*
 - e. Cambio de sede principal.*
 - f. Cambio de datos de contacto (teléfono y correo electrónico).*
 - g. Cambio de director, gerente, administrador o responsable.*
 - h. Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social.*
- 12.3. Novedades de servicios:**
- a. Apertura de servicio.*
 - b. Cierre temporal de servicio.*
 - c. Reactivación de servicio.*
 - d. Cierre definitivo de servicio.*
 - e. Apertura de modalidad.*
 - f. Cierre de modalidad.*
 - g. Cambio de complejidad.*
 - h. Cambio de horario de prestación de servicio.*
 - i. Traslado de servicio.*
 - j. Cambio de prestador de referencia.*
 - k. Cambio de especificidad del servicio.*
- 12.4. Novedades de capacidad instalada:**
- a. Apertura de camas.*
 - b. Cierre de camas.*
 - c. Apertura de camillas de observación.*
 - d. Cierre de camillas de observación.*
 - e. Apertura de salas.*
 - f. Cierre de salas.*
 - g. Apertura de ambulancias.*
 - h. Cierre de ambulancias.*
 - i. Apertura de sillas.*
 - j. Cierre de sillas.*
 - k. Apertura de unidad móvil.*
 - l. Cierre de unidad móvil.*
 - m. Apertura de consultorios.*
 - n. Cierre de consultorios.*

Además se dio traslado del hallazgo encontrado a la Empresa de Energía del Quindío EDEQ para los trámites pertinentes por haberse encontrado certificación de las instalaciones eléctricas.

Se encuentra entonces que este Prestador de Servicios de Salud, por lo anteriormente mencionado presenta presuntos incumplimientos en los estándares de, talento humano, infraestructura, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, dotación, procesos prioritarios e historia clínica generando un riesgo para la prestación del servicio ofertado. Por lo anteriormente expuesto se considera que el prestador presuntamente incumplió la Resolución 3100 de 2019.

4. Como consecuencia de la situación encontrada, **se tomó medida sanitaria de seguridad** consistente en la suspensión de servicios de:
 - 4.1. 207 cirugía ortopédica.
 - 4.2. 130 hospitalización pediátrica,de acuerdo a lo estipulado en el artículo 576 de la Ley 9 de 1979 por encontrarse un riesgo alto seguridad de los pacientes en la prestación del servicio.
5. Mediante oficio de fecha 19 de febrero de 2024 (folio 1), se realiza traslado al área de jurídica para iniciar proceso sancionatorio a que haya lugar, ya que no cumple los requerimientos normativos.



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

PRUEBAS

Las pruebas que se describen a continuación, conforman el acervo probatorio que permite a la Secretaría De Salud Departamental del Quindío en el marco de sus competencias, iniciar un Proceso Administrativo en contra de CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., identificado con el NIT No. 900848340-0, ubicado en la Carrera 13 No. 1N-35 del municipio de Armenia.

DOCUMENTALES:

1. Oficio mediante el cual el doctor Hugo Ferney Toro Muñoz, Director técnico de Calidad, aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud, remite al Secretario de Salud Departamental el informe de la visita de verificación el cual hace parte integral del presenta auto de apertura de proceso sancionatorio.
2. Informe de visita de verificación de las condiciones de habilitación (folios 2 a 10), presentado por Juliana Osorio Restrepo, Lina Maritza Agudelo Martínez, Jimena López Cárdenas, Eduardo Mauricio de la Rosa, Mónica Zuluaga Durango y Jhon Fredy Guevara, por medio del cual se constata la situación encontrada en el momento de la visita y evidencia digital visible (folio 54).
3. Acta de apertura de visita de fecha 9 de agosto de 2023 (folio 11 y 12), acta de imposición de medida preventiva de fecha 31 de agosto de 2023 (folios 15 y 16), y acta cierre de visita de fecha 19 de octubre de 2023 (folio 13 y 14)

FUNDAMENTO LEGAL

De conformidad con el contenido del Decreto 780 de 2019, la Ley 9 de 1979, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001 y la Ley 1437 de 2011, es competencia de la Secretaría de Salud cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en El Decreto 780 y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

La finalidad de la Investigación es verificar la ocurrencia de la conducta, determinar si es constitutiva de incumplimientos o si se ha actuado en circunstancias de exoneración de responsabilidad. Así las cosas, se trata de una etapa procesal en la cual se pretende corroborar los hechos dados a conocer por el grupo verificador de los estándares de habilitación de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío mediante informe realizado a CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., identificado con el NIT No. 900848340-0. En lo relacionado con el informe del grupo verificador de los estándares de habilitación realizado el día diez y nueve (19) de octubre de 2023; en el que se demuestra que al momento de la visita el mencionado prestador presuntamente incumple con los estándares requeridos en su totalidad en la *Resolución 3100 DE 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los*



Gobernación del
Quindío

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud; norma aplicable y vigente para el referido prestador toda vez que presuntamente incumple varios estándares de obligatorio cumplimiento acorde con la normatividad vigente.

Por lo anteriormente expuesto, este proceso, se origina a raíz del informe realizado por parte de los Integrantes del grupo verificador de los estándares de habilitación de la Secretaría de Salud Departamental del Quindío; y es por ello, que como primera medida, nos referiremos a las condiciones en la cuales el prestador se encuentra en presunto incumplimiento de algunos de los mencionados estándares de habilitación los cuales son:; talento humano, Infraestructura, medicamentos y dispositivos médicos, dotación, procesos prioritarios e historias clínicas.

Una de las funciones de las Secretarías Departamentales de Salud, es verificar el cumplimiento de la normatividad que rige para los prestadores del servicio de Salud, todo con el propósito fundamental de proteger la Salud pública, y los riesgos que se pueden causar cuando no se cumple a cabalidad con la misma.

Así las cosas y de conformidad con la competencia que faculta a las Secretarías Departamentales, éste Despacho cuenta con los argumentos y fundamentos necesarios, para verificar los hechos dados a conocer según el informe técnico, realizar la respectiva práctica de pruebas, y como consecuencia de la misma, se procederá a decidir si hay lugar al archivo o cesación de procedimiento, o si, por el contrario, se debe proceder a la formulación de cargos en caso de encontrarse reunidos los elementos normativos para tal determinación..

De ésta forma, se permite a los investigados su participación activa en el curso del proceso, con el fin de garantizarles su derecho a la defensa, contradicción de las pruebas y al debido proceso, de la manera como se ordena en el Artículo 29 de la Constitución Política de Colombia y demás normas concordantes y complementarias, en especial las que rigen este proceso.

En mérito de lo expuesto, el suscrito Secretario de Salud Departamental del Quindío, en uso de sus atribuciones constitucionales y legales,

RESUELVE

PRIMERO: Avocar PROCESO SANCIONATORIO ADMINISTRATIVO en contra de CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO S.A.S., identificado con el NIT No. 900848340-0, ubicado en la Carrera 13 No. 1N-35 del municipio de Armenia, representado legalmente por LUZ MARINA ESTRADA AGUDELO, de conformidad a lo expuesto en la parte motiva del presente proveído, y con los hallazgos descritos y claramente detallados en el anexo técnico digital N°1 el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

SEGUNDO: Radíquese el presente proceso bajo el número OJS-009-2024 en la Secretaría de Salud Departamental - Gobernación del Quindío.



Gobernación del
Quindío

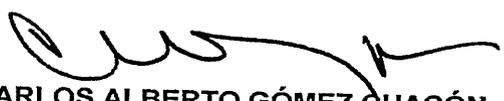
SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL

TERCERO: Una vez vencida la Etapa de Investigación ordénese el Cierre de la Investigación y ordénese Cesación del Procedimiento o Formúlese Pliego de Cargos si hubiere mérito para ello.

CUARTO: Comisionar al Abogado de la Secretaría de Salud del Quindío, Doctor LEONARDO CUADRADO ARÉVALO, con apoyo del Equipo Técnico de la Dirección de Calidad en la Prestación de Servicios de Salud De la Secretaría Departamental de Salud del Quindío, para que conforme a los procedimientos señalados en la normatividad vigente, desarrolle todas las actuaciones que sean pertinentes y conducentes, objeto de la presente investigación, quedando facultado para practicar todas las pruebas que se requieran y sean necesarias, efectúe las diligencias ordenadas y las demás que surjan de las anteriores, que tiendan a esclarecer los hechos, así como los actos de notificaciones, comunicaciones y citaciones que se desprendan de este proceso.

QUINTO: Notificar personalmente al investigado, o a su representante legal, o a quien haga sus veces la presente decisión, como lo ordena el art 67 de la ley 1437 de 2011, advirtiéndole que contra la misma no procede recurso alguno.

NOTIFÍQUESE,


CARLOS ALBERTO GÓMEZ CHACÓN
Secretario de Salud Departamental del Quindío

Revisó: Carolina Salazar (Asesora Jurídica)
Proyectó: Leonardo Cuadrado Arévalo (Contratista Secretaría De Salud)