

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Bucaramanga, 28 de octubre de 2021

Señor

CARLOS ANDRÉS HINCAPIÉ RUEDA

Secretario General Concejo de Bucaramanga.

Carrera 11 No. 34-52 Fase II Alcaldía de Bucaramanga (Sótano)

sistemas@concejodebucaramanga.gov.co

secretariageneral@concejodebucaramanga.gov.co

ASUNTO: Respuestas preguntas Honorables Concejales

Atendiendo a lo solicitado en audiencia de informe de Gestión del segundo trimestre de 2021 el día 6 de octubre de 2021, la Secretaría de Salud y Ambiente procede a dar respuesta a las siguientes preguntas así:

1. Honorable Concejal Antonio Vicente Sanabria: Informe de auditorías EAPB, dispensarios, hallazgos, seguimiento planes de mejoramiento y equipo auditores a la fecha.

El Área de Aseguramiento de la Secretaría de Salud y Ambiente, elaboró un cronograma de Auditorías a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB. Teniendo en cuenta que la Secretaría de Salud Departamental expidió la circular # 029 del 4 de febrero de 2021, en la que definió los lineamientos para el seguimiento a la operación de las EAPB para el año 2021, hasta que haya nuevas directrices por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Por esta razón se realizaron las auditorias para verificar el cumplimiento de los criterios establecidos en la circular, para el primer semestre del 2021.

En el periodo Comprendido de Marzo a Junio de 2021 se han realizado las actividades necesarias para cumplir con las funciones de Inspección, Vigilancia y Control, así como ajustar todo el proceso de auditoría a las directrices emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las EPS que se vigilan son las siguientes: Asmetsalud, Coosalud, Famisanar, Salud Total, Coomeva, Sura, Comparta, Nueva EPS movilidad y subsidiado y Salud Mia.

Dando cumplimiento a lo establecido por la circular 029 de la Secretaria de Salud Departamental se realizaron las siguientes actividades

AUDITORIA CIRCULAR 029-2021.

De acuerdo a lo establecido en la circular 029 de 2021, se seguirá aplicando durante este año y hasta que haya nuevas directrices de la Superintendencia Nacional de Salud el formato aplicado en el año 2020 el cual estaba establecido en la circular 016 de 2020.

Estas auditorías se realizan de manera bimestral, se realizó la auditoria en el mes de septiembre se realizó la auditoria del bimestre julio-agosto para cada EAPB.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

En estas auditorías se evaluaron la totalidad de los criterios establecidos en la circular 16. Los criterios son los siguientes:

Criterio 1: La EAPB remitió a la entidad territorial la información de las personas con SARS- CoV-2 (COVID-19) de su población afiliada.

Criterio 2: La EAPB garantiza la conformación de equipos multidisciplinarios en Salud (EMS) en sus Redes de Prestadores de acuerdo con los lineamientos del MSPS.

Criterio 3: La EAPB garantiza la atención domiciliaria de la población en aislamiento preventivo obligatorio por efectos del SARS-CoV-s (COVID-19)

Criterio 4: La EAPB garantiza la entrega domiciliaria de los medicamentos prescritos a la población en aislamiento preventivo obligatorio por efectos del COVID-19.

Criterio 5: La EAPB verifica el suministro de EPP al talento humano en su red de prestadores de servicios de salud para la atención de pacientes con infección. SARS- CoV-2(COVIS-19).

Criterio 6: La EAPB implementa estrategias de información para la población como líneas de atención 24 horas, canales Virtuales y otros con el fin de orientar, mejorar el acceso a los servicios.

Criterio 7: La EAPB garantiza que su red de prestadores realiza la toma de muestras, el procesamiento interno para el manejo de IRA y las correspondientes medidas de aislamiento y tratamiento de acuerdo con los lineamientos del MSPS

Criterio 8: La EAPB cumple con las coberturas de vacunación de influenza por encima del 95% de su población afiliada en riesgo de infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG),
*población de alto riesgo, acorde a los lineamientos para la prevención, diagnóstico, manejo y control de casos de influenza emitidos por el MSPS.

Criterio 9: La EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado reportan a la ADRES las novedades de movilidad dentro de los dos (2) meses siguientes contados a partir del primer día calendario del mes en se produce

Criterio 10: La EAPB apoya la implementación del SAT a través de sus Oficinas de Atención al Afiliado o la dependencia correspondiente

Criterio 11: La EAPB resuelve oportunamente y de fondo las peticiones, quejas y reclamos de los afiliados y de la Dirección Territorial de Salud

Criterio 12: Otros que a juicio de la Entidad Territorial se consideren pertinentes para garantizar la atención en salud de la población en su jurisdicción

Los resultados se remiten a la Secretaría de salud de Santander, para revisión, análisis y envío a la Superintendencia Nacional de Salud.

La Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga, con los auditores líderes de cada EAPB inician un plan de mejoramiento concertado con cada EAPB.

Informe de auditorías EAPB, dispensarios, hallazgos, seguimiento planes de mejoramiento y equipo auditores a la fecha.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Consolidado del Primer Semestre desde marzo a junio 2021

EAPB	PERIODO	RESULTADO EVALUACION	PROMEDIO	CRITERIOS INCUMPLIDOS
SURA EPS	Enero - Febrero	100%		0%
	Marzo - Abril	100%		0%
	Mayo - Junio	90.91%	83.33%	8
	Julio - Agosto	83.33%	ACEPTABLE	8,12
ASMETSALUD EPS	Enero - febrero	90.91%		8
	Marzo - Abril	90.91%		8
	Mayo - Junio	90.91%	83.33%	8
	Julio - Agosto	83.33%	ACEPTABLE	8,11
	Enero - febrero	54.55%		4
	Marzo - Abril	61.82%		2
NUEVA EPS CONTRIBUTIVO	Mayo - Junio	72.73%	81.82%	7,11,12
	Julio - Agosto	81.82%	ACEPTABLE	8,11
NUEVA EPS SUBSIDIADO	Enero - Febrero	69.07%		2
	Marzo - Abril	82%		2,4
	Mayo - Junio	72.73%	81.82%	7,11,12
	Julio - Agosto	81.82%	ACEPTABLE	8,11
COOMEVA EPS	Enero - Febrero	58.33%		1,3,4,7,8,11,12
	Marzo-Abril	45. 45%		1, 3, 4, 7, 8, 11 Y 12
	Mayo - Junio	58.33%	75.00%	3,7,8,11,12
	Julio - Agosto	75.00%	ACEPTABLE	8,11 ,12
COMPARTA EPS	Enero - Febrero	58.33%		3, 7, 8, 11 , 12
	Marzo - Abril	25%		1,2 3, 4,7,8,11,12
	Mayo - Junio	16.67	16.67%	1,2,3,4,5, 7,8,111 y 12
	Julio - Agosto	LIQUIDADA	MUY DEFICIENTE	LIQUIDADA
SALUD MIA	Enero - Febrero	90.91%		8
	Marzo - Abril	83.33%		8,12
	Mayo - Junio	90.91%	91.67% SATISFACTORIO	8
	Julio - Agosto	91.67%		8,11
COOSALUD	Enero - Febrero	81.82%		1,8
	Marzo - Abril	75%		1,8,11
	Mayo - Junio	90.01	80.82%	8
	Julio - Agosto	81.82%	ACEPTABLE	8,11
FAMISANAR	Enero - Febrero	90.91%		8
	Marzo - Abril	75%		8,11 ,12
	Mayo - Junio	90.91%	75.00% ACEPTABLE	8
	Julio - Agosto	75%		8,11
SALUD TOTAL	Enero - Febrero	90.91%		8
	Marzo - Abril	91.67%		8
	Mayo - Junio	90.91%	81.82% ACEPTABLE	8
	Julio - Agosto	81.82%		8,11
SANITAS	Enero - Febrero	90.91%		8
	Marzo - Abril	91.67%		8
	Mayo - Junio	90.91%	81.82% ACEPTABLE	8
	Julio - Agosto	81.82%		8,11

ÓPTIMO: 100%
 SATISFACTORIO >= 85 (Menor que 100 y mayor o igual a 85)
 ACEPTABLE: <85 y >=70 (Menor a 85 y mayor o igual a 70)
 DEFICIENTE <70 Y >= 60 (Menor a 70 y Mayor o igual a 60)
 MUY DEFICIENTE <60 (Menor a 60)

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

CONCLUSION:

En el criterio 8, el 100 % de las EAPB incumplió, la cobertura en vacunación de influenza para el mes de agosto de 2021 debe estar en 60%, se requirió plan de mejora. Es de resaltar, que la continuidad del proceso de auditoria desde el año 2020 ha permitido evidencia que las EAPB en los criterios evaluados han hecho una mejora importante para cumplir con los mismos. También es importante aclarar que, en el momento actual, se está ejecutando el Plan Nacional de Vacunación para COVID-19 y la población ha regresado a una normalidad en cuanto a movilidad y acceso a la mayoría de servicios de salud, haciendo esto, que aspectos como la entrega domiciliaria de medicamentos se haya reducido de manera importante, teniendo en cuenta que los usuarios acuden a consulta externa y a dispensarios, pese a la recomendación de no hacerlo.

Adicionalmente se evidenció una reducción en el número de PQR radicados ante la institución y en el CAME de la Alcaldía de Bucaramanga.

Sura EPS: Evaluación **OPTIMO**, con seguimiento a programas, bases de datos actualizadas, sobresale en el grupo de EPS.

Nueva EPS Subsidiado: Evaluación **ACEPTABLE** en los periodos evaluados. Los aspectos negativos registrados: Baja cobertura de vacunación para Influenza, y no respuesta oportuna a PQR radicadas.

Nueva EPS Contributivo: Evaluación **ACEPTABLE** en los periodos evaluados. Los aspectos negativos registrados: Baja cobertura de vacunación para Influenza, y no respuesta oportuna a PQR radicadas.

COMPARTA: Evaluación **MUY DEFICIENTE**, en los periodos evaluados, la EAPB Nunca Entrego la Red de Prestadores de Bucaramanga, ESE Hallazgo se notificó a Secretaria de Salud De Santander, Super Intendencia Nacional de Salud.

COOSALUD: Evaluación **ACEPTABLE**. Los criterios no cumplidos: Baja cobertura para influenza y no respuesta oportuna a PQR radicadas.

FAMISANAR: Evaluación **ACEPTABLE** Los criterios no cumplidos: Baja cobertura para influenza y no respuesta oportuna a PQR radicadas.

SALUD TOTAL: Evaluación **ACEPTABLE** Los criterios no cumplidos: Baja cobertura para influenza y no respuesta oportuna a PQR radicadas

SANITAS: Evaluación **ACEPTABLE** Los criterios no cumplidos: Baja cobertura para influenza y no respuesta oportuna a PQR radicadas

Asmetsalud EPS: Evaluación **ACEPTABLE** los criterios no cumplidos:

Se evidencia baja cobertura para influenza, de acuerdo a las edades definidas, falta de respuesta oportuna a PQR radicadas.

Coomeva EPS: Evaluación **DEFICIENTE** Criterios no cumplidos:

Se presentaron incumplimiento en los criterios no garantiza la atención domiciliaria de la población en aislamiento preventivo, incumplimiento con el numeral 4 del anexo técnico de la Resolución 521 de 2020, no toma de laboratorio a domicilio.

La EAPB no garantiza el suministro de medicamentos con entrega domiciliaria, malestar por parte de dos pacientes diabéticos, quienes afirman que deben hacer

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Fila en sala SIP para autorización de tirillas de Glucometría, agujas, pluma insulina y lancetas, constituye una barrera de acceso al servicio y no garantiza la integralidad en el tratamiento de su diabetes.

La EAPB NO garantiza el diagnóstico, manejo de IRA, medidas de aislamiento y tratamiento para la población con sospecha de SARSCoV-2. Revisando las PQR de marzo y abril encuentro 20 relacionadas con Covid, que también tienen Requerimientos Gubernamentales Y Judicial, de estas 20, 14 se encuentran cerradas, 2 en gestión y 4 registradas.

La EAPB NO resolvió las fallas e incumplimientos descritos en los planes de mejoramiento

Se evidencia baja cobertura para influenza, de acuerdo a las edades definidas, falta de respuesta oportuna a PQR radicadas, causales por demora en expedición de órdenes, requerimientos gubernamentales y judiciales, disponibilidad y suficiencia de la red, que afectan la capacidad de atención y detección temprana de enfermedades.

SALUD MIA: Evaluación SATISFACTORIA los criterios no cumplidos

Baja cobertura para influenza.

Total, de visitas de Auditoria correspondientes a los meses de Marzo a junio: 30 visitas de Auditoría de circular 29 de la SSD, en los bimestre Enero-Febrero, Marzo-Abril y Mayo-Junio del 2021, cuya información quedo consignada en las actas, la información más relevante y de acuerdo al requerimiento del Ministerio de Salud.

Seguimientos Realizados a las EAPB Durante el primer semestre de 2021

Coomeva EPS: Se realizaron durante el primer semestre dos (2) seguimientos a la EAPB, en la entrega de red prestadoras en Bucaramanga, en la cual se observaba debilidad, no tiene red suficiente para atención de pacientes con Cáncer que requieran hospitalización, tampoco garantiza red para alto costo de procedimientos de cardiología, IDIME no garantiza atenciones oportunas.

En el mes de mayo se realizaron **2 reuniones para realizar seguimiento a planes de mejora:**

5 y el 24 de mayo, con pocos avances porque las decisiones las toma a nivel central, a nivel regional no hay autonomía.

Seguimiento mayo:

1. Informe de indicadores de los meses marzo y abril de 2021. (Pendiente datos para terminar de cuantificar el indicador)
2. PQR de marzo y abril. (Base de datos). (Información completa de Coomeva, PQR sin respuesta de los meses de marzo y abril (90).
3. soportes de citas especializadas de marzo y abril
4. Soportes de referencia de pacientes de Bucaramanga meses marzo y abril. (Información completa, pero hay demoras significativas en la referencia de pacientes de cáncer).
5. Informe de dispensación de medicamentos de marzo y abril. (Información completa, cumple con el criterio evaluado)

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

6. Evolución al tratamiento de MONICA ANDREA CARANTON RUIZ C.C 63560914 y ANA ELVIA GUTIEREZ HERRERA C.C No 63291125. (Información completa de Coomeva sobre avances de las dos pacientes: Ana-Elvia Gutiérrez (Fallecida) y Mónica Andrea en tratamiento).

7. Informe de oportunidad para toma de laboratorios e imagenología con IDIME. (No oportunidad por parte del prestador IDIME, por el sistema de contrato: Bolsa mensual).

8. Informe de actividades realizadas por Coomeva EPS con motivo de celebración semana de la seguridad social. (Pendiente informe de Coomeva EPS).

9. Soportes donde se pueda verificar el envío de la base de datos al prestador primario. (Información completa de Coomeva Eps)

10. PQRD instaurada en Supersalud, por Demora para Acceso en la atención de Valoración de Consulta por Grupo de Trasplante de Médula Ósea, para niña SARAY SOFIA MORALES MARCON (Avance parcial). Finalmente se logra traslado a clínica Imbanaco de Cali.

Nota: A la espera de del interventor que medidas establece para mejorar Red de prestadores de Coomeva en Bucaramanga, Responder las PQR pendientes.

Seguimiento 24 de mayo:

- 1) Barreras de acceso por parte de Coomeva EPS para tecnologías NO PBS y PBS (lancetas, tirillas de Glucometría y agujas insulina). El contrato de medicamentos no incluye suministro de lancetas, tirillas de Glucometría y agujas insulina, SE REQUIERE AUTORIZACION PREVIA DE ESTOS EVENTOS.
- 2) PQR pendientes de respuesta de los meses marzo y abril por falta de anticipos a prestadores modalidad evento
- 3) Red insuficiente alto costo (Cáncer). Sólo tiene contrato con Radioterapia con Foscal, Clínica San Luis (Cáncer infantil) y oncología ambulatoria con UNIDHOS IPS.

Comparta EPS: Se realizaron durante el primer semestre, se realizó uno (1) seguimiento a la EAPB, en temas de dificultad en red de cáncer, coronario y ayudas diagnósticas intervencionistas, en la cual el Gestor de servicios de salud muestra la Red vigente, la cual es insuficiente. Contrato con HIC: Bolsa de \$600.000.000, para todas las patologías, y cuando no la recargan no se garantiza continuidad en los tratamientos.

Demora en la toma y entrega de resultados de laboratorio Covid 19. El Gestor muestra que el seguimiento lo está realizando HTS, la toma de exámenes con IPS Best Home Care y para estrategia PRASS Projection Life y MTD. Insuficientes los seguimientos por parte del prestador, en promedio por cada paciente está en 1.5.

Cumplimiento Resolución 521 sobre entrega de medicamentos convenio con Pharmasan, prestador que soporta entrega de medicamentos, pero la EPS no hace seguimiento en cuanto a dispensación completa, demoras en las entregas a domicilio.

Envío de Red de prestadores con los respectivos contratos y cartas de intención: NO CUMPLIDO POR LA EPS; entrega informe de medicamentos Pharmasan: No cumplido por Comparta; entrega de informes Covid y estrategias de vacunación (NO CUMPLIDO POR COMPARTA EPS).

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Durante el primer semestre a partir del mes **de Marzo**, se iniciaron las Auditorias a las EAPB, se realizó visita mensual a la ESTRATEGIA PRASS de cada EAPB.

REQUERIMIENTO MINISTERIO DE SALUD Radicado No.: 202131201259361

De acuerdo a las actividades planteadas en el oficio con del 10 de agosto de 2021, recibido vía e-mail el 13 de agosto de 2021, firmado por Mónica Esperanza Valderrama Espitia Directora (E) de Regulación de la Operación de la Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, en el cual se plantea lo siguiente:

“Con el propósito de aunar esfuerzos y efectuar las respectivas gestiones con las EPS receptoras, las entidades territoriales en cumplimiento de sus obligaciones frente a su población y según las competencias previstas por el artículo 43 de la Ley 715 de 2001 , deberán verificar que las EPS a las que se les asignaron usuarios garanticen el acceso, continuidad y calidad en la atención de los servicios de salud de los afiliados asignados, así como las obligaciones previstas en el artículo 2.1.11.6 del Decreto 1424 de 2019, así:

(...) 1. Disponer, a través de su página web y de un medio de comunicación de amplia circulación: a) Los números telefónicos; b) Las direcciones electrónicas; c) El sitio web; d) La dirección de las sedes de la EPS donde pueden contactarse los afiliados; e) La fecha a partir de la cual la entidad se hará responsable de la prestación de los servicios de salud; y f) El derecho que le asiste al usuario de hacer uso de la libre elección después de noventa (90) días calendario contados a partir de la efectividad de la asignación.

2. Informar a los aportantes, a través de un medio de comunicación de amplia circulación: a) Los lugares en que asumirá las funciones de aseguramiento; b) Las direcciones de las sedes de la EPS y direcciones electrónicas de contacto; y c) Los números telefónicos de contacto a través de los cuales se ofrecerá atención e información sobre los afiliados asignados.

3. Informar a los pacientes con patologías de alto costo y madres gestantes, la red prestadora de servicios de salud disponible, responsable de garantizar la continuidad en la atención en salud.

4. Adelantar de forma previa a la efectividad de la asignación, los procesos de contratación necesarios a fin de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios a la población que le fue asignada.”

En el mes de agosto de 2021 se realizó la visita a cada una de las EAPB, cuya evidencia consta en las actas enviadas donde se constataron los 4 puntos mencionados de la siguiente manera:

Coosalud EPS: (Visita realizada 2021/08/26)

1. Se verificó el micrositio en la página web donde se pudo constatar que la información requerida en este numeral se encuentra completa y actualizada.
2. Se verificó que la información requerida en este numeral además de haber sido difundida ampliamente por el Ministerio de Salud, está en la página web de la institución, así como en las redes sociales de la misma.
3. Se verificó que están haciendo llamadas y envíos de correos a los usuarios de alto costo y gestantes, presentándose en algunos casos dificultades con los datos de contacto, dado que estaban desactualizados (En oncología, de 70 usuarios se han logrado captar 45. Los pacientes renales se continuarán atendiendo en la IPS Davita).
4. La EPS garantizó continuidad en la prestación de servicios con la red prestadora vigente (ISABU), la cual se encuentra publicada en la página web.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Coomeva EPS: (Visita realizada 2021/08/18)

1. Se verificó el micrositio en la página web donde se pudo constatar que la información requerida en este numeral se encuentra completa
2. Se verificó que la información requerida en este numeral además de haber sido difundida ampliamente por el Ministerio de Salud, está en la página web de la institución, así como en las redes sociales de la misma.
3. Se verificó que están haciendo llamadas y envíos de correos a los usuarios de alto costo y gestantes, presentándose en algunos casos dificultades con los datos de contacto, dado que estaban desactualizados. (Gestantes se han captado 66 de 132. Se da continuidad a usuarios de alto costo en red que realizaba la atención en Comparta)
4. La EPS garantizó continuidad en la prestación de servicios con la red prestadora vigente (Sinergia), la cual se encuentra publicada en la página web.

Salud Total EPS: (Visita realizada 2021/08/18)

1. Se verificó el micrositio en la página web donde se pudo constatar que la información requerida en este numeral se encuentra completa
2. Se verificó que la información requerida en este numeral además de haber sido difundida ampliamente por el Ministerio de Salud, está en la página web de la institución, así como en las redes sociales de la misma.
3. Se verificó que están haciendo llamadas y envíos de correos a los usuarios de alto costo y gestantes, presentándose en algunos casos dificultades con los datos de contacto, dado que estaban desactualizados. (Gestantes se han captado 66 de 132. Se da continuidad a usuarios de alto costo en red que realizaba la atención en Comparta)
4. La EPS garantizó continuidad en la prestación de servicios con la red prestadora vigente (Alianza Diagnóstica), la cual se encuentra publicada en la página web.

Sanitas EPS: (Visita realizada 2021/08/19)

1. Se verificó el micrositio en la página web donde se pudo constatar que la información requerida en este numeral se encuentra completa
2. Se verificó que la información requerida en este numeral además de haber sido difundida ampliamente por el Ministerio de Salud, está en la página web de la institución, así como en las redes sociales de la misma.
3. Se verificó que están haciendo llamadas y envíos de correos y sms a los usuarios de alto costo y gestantes, presentándose en algunos casos dificultades con los datos de contacto, dado que estaban desactualizados.
4. La EPS garantizó continuidad en la prestación de servicios con la red prestadora vigente, la cual se encuentra publicada en la página web y asignó una población del subsidiado al Instituto de Salud de Bucaramanga (ampliación de red prestadora).

Famisanar EPS: (Visita realizada 2021/08/18)

1. Se verificó el micrositio en la página web donde se pudo constatar que la información requerida en este numeral se encuentra completa
2. Se verificó que la información requerida en este numeral además de haber sido difundida ampliamente por el Ministerio de Salud, está en la página web de la institución, así como en las redes sociales de la misma.
3. En el momento de la auditoria no se evidencio envío de información a los usuarios de alto costo y gestantes. Se solicitó plan de mejoramiento.
4. La EPS garantizó continuidad en la prestación de servicios con la red prestadora vigente (Colsubsidio), la cual se encuentra publicada en la página web.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Sura EPS: (Visita realizada 2021/08/26)

1. Se verificó el micrositio en la página web donde se pudo constatar que la información requerida en este numeral se encuentra completa
2. Se verificó que la información requerida en este numeral además de haber sido difundida ampliamente por el Ministerio de Salud, está en la página web de la institución, así como en las redes sociales de la misma.
3. Se verificó que están haciendo llamadas telefónicas a los usuarios de alto costo y gestantes, presentándose en algunos casos dificultades con los datos de contacto, dado que estaban desactualizados.
4. La EPS garantizó continuidad en la prestación de servicios con la red prestadora vigente (Coomultrasan IPS), la cual se encuentra publicada en la página web.

Nueva EPS: (Visita realizada 2021/08/19)

1. Se verificó el micrositio en la página web donde se pudo constatar que la información requerida en este numeral se encuentra completa
2. Se verificó que la información requerida en este numeral además de haber sido difundida ampliamente por el Ministerio de Salud, está en la página web de la institución, así como en las redes sociales de la misma.
3. Se verificó que están haciendo llamadas y envíos de correos a los usuarios de alto costo y gestantes, presentándose en algunos casos dificultades con los datos de contacto, dado que estaban desactualizados, los usuarios atendidos en IPS de la red de Nueva EPS se mantendrán en su IPS, los que tengan una IPS de atención que no esté dentro de la red contratada serán llamados para generar autorizaciones y cambio de IPS.
4. La EPS garantizó continuidad en la prestación de servicios con la red prestadora vigente, la cual se encuentra publicada en la página web.

Salud Mia: (Visita realizada 2021/08/24)

1. Se verificó el micrositio en la página web donde se pudo constatar que la información requerida en este numeral se encuentra completa
2. Se verificó que la información requerida en este numeral además de haber sido difundida ampliamente por el Ministerio de Salud, está en la página web de la institución, así como en las redes sociales de la misma.
3. Se verificó que están haciendo llamadas y envíos de correos a los usuarios de alto costo y gestantes, presentándose en algunos casos dificultades con los datos de contacto, dado que estaban desactualizados, los usuarios atendidos en IPS de la red de SALUD MIA se mantendrán en su IPS, los que tengan una IPS de atención que no esté dentro de la red contratada serán llamados para generar autorizaciones y cambio de IPS.
4. La EPS garantizó continuidad en la prestación de servicios con la red prestadora vigente, la cual se encuentra publicada en la página

Teniendo en cuenta que, a la fecha de la visita, habían transcurrido aproximadamente 10 días desde el traslado de los usuarios, es importante realizar un seguimiento periódico por parte de los referentes, para verificar que la totalidad de los usuarios de Comparta de alto costo y gestantes han tenido continuidad en sus tratamientos y programas de prevención.

Teniendo en cuenta que, a la fecha de la visita, habían transcurrido aproximadamente 10 días desde el traslado de los usuarios, es importante realizar un seguimiento periódico por parte de los referentes, para verificar que la totalidad de los usuarios de Comparta de alto costo y gestantes han tenido continuidad en sus tratamientos y programas de prevención.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Mantener la Auditoría al 100% de las IPS públicas y privadas que presten servicios de salud a los usuarios del régimen subsidiado.

Durante el Primer Semestre de Marzo- Junio de 2021, se realizaron auditorías a los prestadores públicos y privados con el fin de verificar y hacer seguimiento a los mismos, teniendo en cuenta aspectos como Servicio de Urgencias, oportunidad, continuidad, y accesibilidad, en la prestación de los servicios de salud a los habitantes del municipio de Bucaramanga.

En los meses de marzo - junio de 2021, se realizó Auditoría Integral a IPS ESE ISABU, HUS, ESE SAN CAMILO, CLINICA CHICAMOCHA, CLINICA ISNOR, CLINICA GESTIONAR BIENESTAR y CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS de acuerdo al Instrumento de Evaluación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, dando cumplimiento al cronograma de auditorías previamente establecido e informadas las IPS mediante oficio de notificación de visita de auditoría.

En estas auditorías se evaluaron la totalidad de los criterios establecidos en el instrumento evaluador. Los criterios son los siguientes

Criterio 1: La IPS cuenta con protocolo de ingreso de pacientes y personal y lo aplica en la institución.

Criterio 2: La IPS realiza el suministro de EPP al talento humano para la atención de pacientes con infección. SARS- CoV- 2 (COVID-19).

Criterio 3: La IPS cuenta con el plan de desastres y emergencias - Evaluación y reubicación de pacientes y los aplica.

Criterio 4: La IPS cuenta con Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGRH y lo aplica.

Criterio 5: La IPS cuenta con el rol en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT y realiza socialización con los usuarios y promueve el uso del SAT.

Criterio 6: La IPS cuenta con Unidades de Cuidado Intensivo con personal idóneo y suficiente, realizando la atención en condiciones de seguridad, oportunidad y continuidad.

Criterio 7: La IPS tiene actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS.

Criterio 8: La IPS cumple con la oportunidad en los procedimientos quirúrgicos.

Criterio 9: La IPS asigna las citas de odontología general y medicina general de primera vez, sin exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud e, informa al usuario la fecha para la cual se asigna la cita.

Criterio 10: La IPS de acuerdo con el artículo 124 del decreto ley 019 de 2012, debe garantizar agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año e, informa al usuario la fecha para la cual se asigna la cita.

Criterio 11: La IPS garantiza la operación del sistema de referencia y contrarreferencia dispone de una red de prestadores disponible y suficiente en todos

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

los niveles de complejidad, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.

Criterio 12: La IPS asegura la entrega oportuna y completa de los medicamentos formulados de manera inmediata y excepcionalmente dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud.

Criterio 13: La IPS garantiza a los afiliados la atención de los servicios de URGENCIAS con accesibilidad, oportunidad, seguridad y continuidad.

Criterio 14: La IPS resuelve las peticiones, quejas y reclamos oportunamente.

Criterio 15: La IPS presta servicios de salud a sus usuarios satisfaciendo las necesidades de los mismos

Criterio 16: La IPS garantiza la seguridad del paciente en la atención de los servicios que presta.

Criterio 17: La IPS garantiza las intervenciones individuales de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Criterio 18: La IPS garantiza las intervenciones individuales de la Ruta Integral de Atención Materno Perinatal - RIAMP.

Criterio 19: La IPS cumple sus obligaciones de información.

IPS	Resultados numéricos de la Evaluación realizada				
	PERIODO	RESULTADO EVALUACION	PROMEDIO	CLASIFICACION	CRITERIOS INCUMPLIDOS
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS	I TRIMESTRE		96.65%		
	II TRIMESTRE	93.33%		SATISFACTORIO	3
	III TRIMESTRE	100%		OPTIMO	0
	IV TRIMESTRE				
CLINICA CHICAMOCHA	I TREIMESTRE		85.71%		
	II TRIMESTRE	85.71%		SATISFACTORIO	1, 10
	III TRIMESTRE				
	IV TRIMESTRE				
CLINICA GESTIONAR BIENESTAR	I TREIMESTRE		91.67%		
	II TRIMESTRE	91.67%		SATISFACTORIO	3
	III TRIMESTRE				
	IV TRIMESTRE				
CLINICA ISNOR	I TREIMESTRE		100%		
	II TRIMESTRE	100%		OPTIMO	0
	III TRIMESTRE				
	IV TRIMESTRE				
ESE ISABU	I TRIMESTRE		78.95%		
	II TRIMESTRE	78.95%		ACEPTABLE	9,10,12,18
	III TRIMESTRE	78.95%		ACEPTABLE	4,9,10,17
	IV TRIMESTRE				
HUS	I TRIMESTRE		75.00%		
	II TRIMESTRE	75.00%		ACEPTABLE	11,12,13,14
	III TRIMESTRE				
	IV TRIMESTRE				
ESE SAN CAMILO	I TRIMESTRE		88.46%		
	II TRIMESTRE	92.31%		SATISFACTORIO	13
	III TRIMESTRE	84.62%		ACEPTABLE	10,13
	IV TRIMESTRE				
CLINICA COMUNEROS	I TRIMESTRE	82.81%	86.98%	ACEPTABLE	10,12,15
	II TRIMESTRE	89.26%		ACEPTABLE	10,18
	III TRIMESTRE	88.89%		SATISFACTORIO	1,14
	IV TRIMESTRE				

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE			No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021		
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000		SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04			
CLINICA SERVICLINICOS- DROMEDICAS	I TRIMESTRE	82.81%	84.02%	ACEPTABLE	
	II TRIMESTRE	89.26%		ACEPTABLE	
	III TRIMESTRE	80%		ACEPTABLE	
	IV TRIMESTRE				
CLINICA BUCARAMANGA	I TRIMESTRE	86.98%	86.98%	ACEPTABLE	
	II TRIMESTRE	86.98%		ACEPTABLE	
	III TRIMESTRE	92.86%		SATISFACTORIO	
	IV TRIMESTRE				
CLINICA SAN PABLO	I TRIMESTRE	92.31%	92.31%	SATISFACTORIO	
	II TRIMESTRE	92.31%		SATISFACTORIO	
	III TRIMESTRE				
	IV TRIMESTRE				
IMAP	III TRIMESTRE	92.86%	92.86%	SATISFACTORIO	
	IV TRIMESTRE				
IPS SURA	III TRIMESTRE	92.86%	92.86%	SATISFACTORIO	
	IV TRIMESTRE				
IPS COLSUBSIDIO	III TRIMESTRE	93.33%	93.33%	SATISFACTORIO	
	IV TRIMESTRE				
IPS CLINICA REVIVIR	III TRIMESTRE	91.67%	91.67%	SATISFACTORIO	
	IV TRIMESTRE				
IPS FOSCAL BOLARQUI	III TRIMESTRE	86.67%	86.67%	SATISFACTORIO	
	IV TRIMESTRE				
IPS UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA	III TRIMESTRE	100%	100%	OPTIMO	
	IV TRIMESTRE				
IPS COOMULTRASAN	III TRIMESTRE	85.71%	85.71%	SATISFACTORIO	
	IV TRIMESTRE				

ESE ISABU: Evaluación ACEPTABLE los criterios no cumplidos

La IPS NO garantizó la asignación de citas a los servicios de salud de odontología general y/o medicina general a sus afiliados en su municipio de residencia, dentro de los tres (3) días hábiles, contados a partir de la fecha de solicitud. Agendas cerradas, oportunidad asignación citas 6 días.

La IPS NO garantizó agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año. Agendas cerradas especialmente para medicina interna.

La IPS NO garantiza el suministro de medicamentos a sus afiliados de forma completa e inmediata en el momento que se reclamen o, en su defecto, dentro de las 48 horas. No entrega oportuna a domicilio de medicamentos a población en riesgo.

ISABU no entrega de medicamentos a domicilio a población objeto de Resolución 521 a los afiliados de Comparta y Nueva EPS subsidiado.

La IPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica.

ISABU no garantiza el cumplimiento de las Rutas de atención de acuerdo a la Resolución 3280.

No aplicación de barniz flúor a menores de 5 años, no realización consultas de planificación familia a gestantes, paraclínicos incompletos a gestantes.

Este criterio no se cumple por falta de seguimiento a programas de promoción y prevención por parte de ISABU; los profesionales contratados por ISABU no están cumpliendo las guías de atención del Ministerio, la contratación de las EAPB con ISABU, NO garantiza la integralidad, pues EAPB como Asmetsalud, compart,

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Nueva EPS, no incluyeron tecnologías de II y III nivel en los contratos y los afiliados deben ir a las IPS contratadas por estas EAPB. Es claro que este tipo de contratos presentan barreras de acceso económico y geográfico a los usuarios.

Las EAPB tampoco hacen seguimiento a sus afiliados para cumplimiento de los programas, no hacen demanda inducida.

Seguimiento realizado:

Avances en el plan mejora, se realizaron tres (3) seguimientos durante los meses de marzo a Julio, cumplimiento en lo referente a suministro de medicamentos; en cuanto a la oportunidad en citas de medicina general y odontología: bajo en promedio de 5 días a 4 días, pero todavía se ven agendas cerradas en la última semana del mes, mientras habilitan agendas.

En lo referente a citas de medicina interna aumentaron la oferta de citas y se logró mejorar la oportunidad, en el mes de mayo sobraron citas

Continúan problemas en el call center que no tiene suficiente capacidad resolutive y por ello los pacientes acuden al centro de salud a solicitar citas presenciales.

En cuanto a P y P ya iniciaron capacitación a médicos y enfermeras en las diferentes guías de atención para garantizar cumplimiento de las rutas de P y P y materno-perinatal. En el mes de abril realizaron evaluaciones a los médicos y enfermeras para hacer un diagnóstico de las debilidades en actualización de guías e iniciar capacitaciones. Se realizó capacitación a médicos y enfermeras de zona norte en ruta materno perinatal.

También se ha visto una mejoría en cuanto a respuestas de fondo a PQR.

ISABU inició capacitaciones en trato humanizado y servicio al cliente, por las PQR radicadas en relación con este tema.

En lo referente a P y P seguiremos con el seguimiento hasta obtener resultados satisfactorios y garantía de atenciones integrales y seguimientos a programas especialmente RCV, CPN, Cáncer de Cérvix y Ca de mama.

En reunión con el Coordinador de urgencias del HUS me informa que ha mejorado sustancialmente la calidad de las remisiones y la justificación de estas; ello se ha logrado con reuniones entre ISABU y Coordinación urgencias HUS.

Avances en el proceso de urgencias: Justificación de remisiones, control de tiempos de referencia, mejoró oportunidad en citas de medicina general, odontología, y consultas especializadas de medicina interna.

HUS: Evaluación **ACEPTABLE** los criterios no cumplidos

La IPS NO garantizó la remisión oportuna en pacientes, con criterio médico de remisión urgente, denotando fallas en la operación del sistema de referencia y contrarreferencia. Se observa en la trazabilidad de la referencia:

1. Pacientes que no se relaciona la IPS receptora.
2. No relacionan la fecha de terminación del proceso
3. Demora de las EPS en conseguir red para remisión de pacientes con servicios no ofertados o no disponibilidad de camas.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

4. Hay remisiones canceladas, no es claro si por mejoría del paciente, por no ser justificada, por no conseguir Ips para recibir el paciente. Esta información debe ser afinada.
5. La IPS NO garantiza el suministro de medicamentos a sus afiliados de forma completa e inmediata en el momento que se reclamen o, en su defecto, dentro de las 48 horas. Se encontró Doble formulación: enero 1.060 medicamentos y febrero 1.220 medicamentos.

Error de formulación: enero 138 medicamentos y febrero 127. Esto sucede por varias razones:

1. Los médicos especialistas de turno no están revisando la formulación de médicos en formación, ni residentes.
2. Especialistas llegan tarde a las rondas
3. Médicos no están revisando las historias clínicas del día anterior, como tampoco la formulación.

Las enfermeras tampoco hacen seguimiento o supervisión en las rondas

La IPS no garantiza a los afiliados la atención de los servicios de URGENCIAS con accesibilidad, oportunidad, seguridad y continuidad.

Demora en la valoración de cirugía general para definir conducta.

La IPS NO resuelve en forma completa y de fondo u oportunamente las peticiones, quejas y reclamos de sus afiliados, acatando las normas del SGSSS.

Seguimiento realizado:

El hospital Universitario de Santander se realizó en este periodo dos (2) seguimientos, y seguimiento diario a la ocupación UCI y urgencias y a la oportunidad en citas médicas programadas.
Ocupación UCI al 100%.

Ocupación urgencias: entre 80 y 90 pacientes diarios en promedio. Dificultad en este servicio la demora en las remisiones a otras IPS por no disponibilidad de UCI, servicio no ofertado por el HUS, especialmente con 2 EPS: Comparta y Nueva EPS.

Oportunidad en consulta externa especializada: monitoreo semanal en la cual se registra una excelente oportunidad en todas las especialidades, excepto cirugía vascular. Llama la atención que el mes de junio en pediatría solo han pedido 2 citas.

Avances del Plan mejora en un 50%. En componente de farmacia, se inició socialización del protocolo formulación en Ginecobstetricia, cirugía, urgencias

CLINICA ISNOR: Evaluación **OPTIMO**

La IPS Garantizo las Agendas abiertas para la especialidad de Psiquiatría, en la llamada realizada se asignaron citas para el mes de mayo y junio de 2021.

La IPS da cumplimiento a los tiempos establecidos para el Triage II de la atención de Urgencias, cumple con la normatividad vigente (Resolución 5596 de 2015).23 minutos el tiempo promedio de espera.

El porcentaje de Cumplimiento Global Fue de 100% para una calificación de **ÓPTIMO**.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

ESE SAN CAMILO: Evaluación SATISFACTORIO los criterios no cumplidos

La IPS NO garantiza a los afiliados la atención de los servicios de URGENCIAS con accesibilidad, oportunidad, seguridad y continuidad.

Se han venido realizando encuestas de satisfacción (7) en total por mes con resultado muy positivo para el hospital

Observaciones: comida llega fría, se transmitió esta observación y en este momento ya está corregido con el prestador.

Revisión de respuestas a PQR: tiempo inferior a 5 días

En estos meses no están prestando servicios presenciales de consulta programada, todo es tele consulta.

La ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo está trabajando en Plan mejora para mejorar el indicador de oportunidad para atención de pacientes clasificados en Triage II en urgencias.

Se ha tenido dificultad en el reporte de indicadores: Resolutividad en urgencias y oportunidad en Referencia de pacientes porque el hospital no lo llevaba y actualmente iniciaron el proceso manualmente.

CLINICA CHICAMOCHA: Evaluación SATISFACTORIO los criterios no cumplidos.

Aunque la IPS cuenta con manuales y protocolos de bioseguridad de estableció que estos no se cumplen completamente.

2-La IPS No Garantizo las Agendas abiertas para las diferentes especialidades, Se está a la espera de las medidas que se tomen con motivo del avance de la pandemia por Covid-19 actualmente en el pico de la 3ra.

CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS (CMSL): Evaluación SATISFACTORIO los criterios no cumplidos.

Dentro de la aplicación y cumplimiento del plan de emergencias y desastres no se evidencia que se hayan realizado en los últimos 3 años simulacro de reubicación de pacientes, y a pesar que la IPS ya ha avanzado en el plan de mejora de la auditoría realizada en octubre de 2020, aun no se ha implementado un simulacro de evacuación de pacientes para observar la preparación de la IPS en este aspecto y aun no se tiene fecha definida en esta actividad para el presente año. Por lo anterior esta actividad sigue pendiente dentro del plan de mejora.

CLINICA GESTIONAR BIENESTAR: Evaluación SATISFACTORIO

La IPS obtiene un porcentaje global de cumplimiento del 91.67% con una calificación de SATISFACTORIO. Queda pendiente realizar plan de mejora en el criterio 10 porque no se está dando cumplimiento a las Resolución 1552 de 2013.

CLINICA COMUNEROS: Evaluación ACEPTABLE

Dentro de los criterios no cumplidos, se encontró:

La IPS No garantizó agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año. Agendas cerradas y oportunidad para asignación citas 5 días.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

La IPS NO garantiza el suministro de medicamentos a sus afiliados de forma completa e inmediata en el momento que se reclamen o, en su defecto, dentro de las 48 horas. No entrega oportuna a domicilio de medicamentos a población en riesgo.

La IPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica. No aplicación de barniz flúor a menores de 5 Años, no realización consultas de planificación familia a gestantes, paraclínicos incompletos a gestantes.

Compromiso: entrega Plan mejora: mes de Mayo para subsanar los hallazgos reportados e informados.

Seguimiento plan mejora:

Los avances en el plan mejora, cumplimiento en lo referente a suministro de medicamentos; pero todavía se ven agendas cerradas en la última semana del mes, mientras habilitan agendas, la IPS no garantizo agendas abiertas para medicina especializada.

En lo referente a citas de medicina interna aumentaron la oferta de citas y se logró mejorar la oportunidad, en el mes de mayo sobraron citas.

En cuanto a P y P ya iniciaron capacitación a médicos y enfermeras en las diferentes guías de atención para garantizar cumplimiento de las rutas de P y P y materno-perinatal. En el mes de abril realizaron evaluaciones a los médicos y enfermeras para hacer un diagnóstico de las debilidades en actualización de guías e iniciar capacitaciones. Se realizó capacitación a médicos y enfermeras de zona norte en ruta materno perinatal

Como podemos observar, un mejoramiento en los hallazgos encontrados del primer al segundo periodo, especialmente en el suministro de medicamentos, persisten las agendas cerradas y se trabajará sobre esto, así como deficiencias en los programas de promoción y prevención, se le realizará seguimiento en el próximo periodo evaluado que será mayo – junio para evaluarlo en el mes de julio.

CLINICA BUCARAMANGA: Evaluación **ACEPTABLE**

Los criterios de no cumplimiento son:

La IPS NO garantizó agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año. Agendas cerradas y oportunidad para asignación citas 5 días.

La IPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica. No aplicación de barniz flúor a menores de 5 años, no realización consultas de planificación familia a gestantes, paraclínicos incompletos a gestantes.

Seguimiento plan mejora:

Los avances en el plan mejora, cumplimiento en lo referente a suministro de medicamentos; pero todavía se ven agendas cerradas en la última semana del mes, mientras habilitan agendas, la IPS no garantizo agendas abiertas para medicina especializada.

En lo referente a citas de medicina interna aumentaron la oferta de citas y se logró mejorar la oportunidad, en el mes de mayo sobraron citas.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

CLINICA SAN PABLO: Evaluación **SATISFACTORIO**

Criterios sin cumplir:

La IPS NO garantizó agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año. Agendas cerradas y oportunidad para asignación citas 5 días.

Se han venido realizando encuestas de satisfacción (7) en total por mes con resultado muy positivo para el hospital.

Revisión de respuestas a PQR: tiempo inferior a 5 días

Seguimiento plan mejora: mayo 10 -2021. Anexo Acta firmada de seguimiento a plan mejora de fecha 10/05/2021 con los respectivos soportes

Como podemos observar, un mejoramiento en los hallazgos encontrados del primer al segundo periodo, no presentaron ninguna diferencia, la clínica no reporto mejoría en los hallazgos evaluados, manifiestan que se han concentrado en el programa de vacunación. se le realizará seguimiento en el próximo periodo evaluado que será mayo – junio para evaluarlo en el mes de julio.

CLINICA SERVICLINICOS DROMEDICAS: Evaluación **ACEPTABLE**

La IPS NO garantizó agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada todos los días hábiles del año. Agendas cerradas y oportunidad para asignación citas 5 días.

La IPS NO garantiza el suministro de medicamentos a sus afiliados de forma completa e inmediata en el momento que se reclamen o, en su defecto, dentro de las 48 horas. No entrega oportuna a domicilio de medicamentos a población en riesgo.

La IPS NO garantizó las actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana y protección específica. No aplicación de barniz flúor a menores de 5 años, no realización consultas de planificación familia a gestantes, paraclínicos incompletos a gestantes.

Seguimiento plan mejora: mayo 12- 05 -2021. Anexo Acta firmada de seguimiento a plan mejora de fecha 12/05/2021 con los respectivos soportes.

Los avances en el plan mejoran, cumplimiento en lo referente a suministro de medicamentos; pero todavía se ven agendas cerradas en la última semana del mes, mientras habilitan agendas, la IPS no garantizó agendas abiertas para medicina especializada.

En cuanto a P y P ya iniciaron capacitación a médicos y enfermeras en las diferentes guías de atención para garantizar cumplimiento de las rutas de P y P y materno-perinatal. En el mes de abril realizaron evaluaciones a los médicos y enfermeras para hacer un diagnóstico de las debilidades en actualización de guías e iniciar capacitaciones. Se realizó capacitación a médicos y enfermeras de zona norte en ruta materno perinatal.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Mantener el 100% de inspección, vigilancia y control a las IPS que presten servicios de salud de urgencias de la red pública y privada que atienda a la población del Régimen Subsidiado.

Seguimiento plan mejora 14/07/2021: Acta firmada por las partes con la ESE ISABU.

Seguimiento al proceso de urgencias, PQR, P y P.

Proceso de referencia: problemas con Asmetsalud, Comparta y Nueva EPS, las cuales no responden al llamado de ISABU, tampoco hacen auditoria concurrente.

UCI problemas con abastecimiento de medicamentos como cisatracurio, Bromuro de Rocuronio (Medicamentos que por el consumo alto se disparó el precio y además hay agotamiento en los dispensarios.

Call center: se van ampliar a 5 personas contestando llamadas y 23 troncales.

Agendas abiertas. Ya se está cumpliendo con el requerimiento.

Mejoramiento en oportunidad asignación de citas, continúan dificultades con Rosario, Toledo Plata y Comuneros.

Rutas P y P: No hay integralidad en la contratación con ISABU y EAPB, se comprometen a realizar seguimientos a programas. Diseño de estrategias para fortalecer demanda inducida, evaluarla, mejorar la comunicación médico paciente

PQR dar respuestas de fondo.

AUDITORIA URGENCIAS HLN MES DE AGOSTO.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador.

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
HLN	13/08/2021	Urgencias agosto	87,50%	Satisfactoria	13

El criterio no cumplido el 13, en lo referente a oportunidad atención triage II.

Oportunidad atención triage II:

Se evidencio que en la muestra analizada el 43% de las atenciones no cumplen con la oportunidad establecida: VEN4692693 (103 minutos); cc 91516978 (43 minutos); cc 1232891068 (54 minutos).

Recomendación:

- Se solicita análisis y retroalimentación de la pertinencia de las remisiones.
- Calidez humana en el personal auxiliar de urgencias

AUDITORIA URGENCIAS HLN SEPTIEMBRE. 08/09/2021

Se hace auditoria a los criterios 11, 13 y 15 únicamente, que fueron los que reportaron hallazgos en la auditoria de urgencias de agosto.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Criterios no cumplidos:

Criterio 13: Oportunidad atención paciente triage II: Registro de 101 pacientes en septiembre con tiempos superiores a 30 minutos para atención.

Criterio 15: se realizan encuestas a 7 pacientes quienes reportan lo siguiente:

Sillones en mal estado incómodos; mal olor en área cambio de sonda, trato no humanizado en servicio de facturación.

Por lo anterior recomiendo tomar correctivos.

AUDITORIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. (HUS).

Seguimiento Plan mejora: 27/07/2021- Acta firmada.

Con respecto a la referencia de pacientes:

Ha realizado seguimiento semanal a referencia de pacientes a otras IPS en la cual se ha logrado que entidades como Nueva EPS, Comparta, mejoren el proceso de referencia. Se anexa formato de trazabilidad diligenciado y actualizado.

Estado de Hallazgo: Compromiso cumplido de acuerdo al Plan de mejora presentado, Secretaria de Salud de Bucaramanga, continuará realizando seguimiento en la vigencia 2.021.

HALLAZGOS AREA DE FARMACIA:

1. Doble formulación: enero 1.060 medicamentos y febrero 1.220 medicamentos.
2. Error de formulación: enero 138 medicamentos y febrero 127.

Se evidencia del avance del plan de mejora de doble formulación, el cual lleva un avance del 50% de socialización y 70% de verificación de seguimiento de la doble formulación, se evidencia que Se requiere mayor compromiso de los subgerentes de los diferentes servicios asistenciales donde se registra el mayor número de dobles prescripciones, realizar la gestión administrativa que permita disminuir estos reprocesos, debido a que la solución ideal sería la actualización del software.

Además, con relación a la actualización del sistema DGH. NET, es de gran importancia realizarla, debido a que permitiría establecer un bloqueo evitando formular un medicamento ya prescrito por los médicos; por lo cual, mientras se logra actualizar el software las subgerencias deben hacer seguimiento y control a la formulación diaria, realizadas por el personal médico.

Avances del Plan mejora en un 50%. En componente de farmacia.

ENCUESTAS DE SATSFACCION:

SATISFACCION GLOBAL (¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?):

NUMERO DE USUARIOS QUE RESPONDIERON EXCELENTE O BUENA/TOTAL DE ENCUESTAS: $7/7 \times 100 = 100\%$.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

USUARIOS QUE RECOMENDARIAN SU IPS (¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?).

NUMERO DE USUARIOS QUE RESPONDIERON DEFINITIVAMENTE SI O PROBABLEMENTE SI: $7/7 \times 100 = 100\%$.

AUDITORIA URGENCIAS HUS MES DE AGOSTO.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITEF CUMPL
HUS	11/08/2021	Urgencias agosto	75%	Aceptable	11 y 13

Criterios no cumplidos:

Criterio 11: En un paciente no cumplió con el criterio, TI 1154846, remitido de la UIMIST, 48 horas.

Nota: Importante que el HUS afine más el cuadro de referencia y contra referencia en el cual se incluyan los siguientes datos para evaluar oportunidad en la referencia y contra referencia:

1. Pacientes regulados por el HUS: Fecha y Hora de solicitud de remisión; Fecha y hora de aceptación remisión; Fecha y hora de ingreso del paciente al HUS.
2. Pacientes regulados por el CRUE: Registrar la hora y fecha de información a urgencias a referencia del HUS; fecha y hora de ingreso del paciente al HUS.

Criterio 13. Oportunidad atención pacientes triage II: No cumple con el criterio, pues no hay registro de ingresos de 2 pacientes: cc 10955314726 y MS1414089

Oportunidad atención triage III: No cumple con el criterio para evaluar, porque los pacientes con documento cc 1192922592 y cc 1005162178, sin registro de ingreso a urgencias.

Recomendación: Es muy importante para el HUS que hagan una reunión conjunta los servicios de urgencias adultos, Pediatría, Ginecobstetricia, admisiones, coordinación de enfermería de Ginecología y pediatría, facturación, para que analicen las causas de estos subregistros que altera la elaboración de indicadores y elaboren un plan de mejora para subsanar estos hallazgos.

El HUS no suministró datos de Reingresos, ni eventos adversos en el servicio de urgencias, por tanto, no cumple con el criterio

AUDITORIA URGENCIAS HUS SEPTIEMBRE. 23/09/2021.

Se hace auditoria a los criterios 11, 13 y 15 únicamente, que fueron los que reportaron hallazgos en la auditoria de urgencias de agosto.

SEGUIMIENTO A PLANES DE MEJORA AREA FARMACIA:

Desarrollo de la implementación del Programa de Capacitación, a través de la socialización del(los) siguiente(s) tema(s) con su respectivo objetivo y Capacitador / Instructor:

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Tema 1: Instructivo Para La Prescripción De Medicamentos En Los Servicios Clínicos De La E.S.E. Hospital Universitario De Santander GAT-FAR-IN-07

Objetivo: Proporcionar los lineamientos para la prescripción de medicamentos a los usuarios en internación en los diferentes servicios clínicos de la ESE Hospital Universitario de Santander (ESE HUS), que permita articular las actividades de prescripción en forma oportuna y segura, de acuerdo con la normatividad vigente. (Se anexa soporte y planilla firmada por asistentes).

Área de referencia: Se incluyeron en el formato: hora de llamado, hora de respuesta por parte del HUD y hora de recibido paciente en el servicio de urgencias.

Acta de reunión GII·GDO·FO·12 Versión 4 Proceso gestión integral de la información: 18/08/2021- Ajustes por parte de admisiones en el momento de ingreso administrativo de pacientes para atención inicial de urgencias para mejorar la trazabilidad en este tema.

Compromisos de la reunión:

1. Diligenciamiento completo de las casillas que solicita dinámica gerencial por parte del personal de admisiones de urgencias de la ESE HUS, al ingresar un paciente por atención inicial de urgencias. En este caso dando visto bueno en la casilla de Triage para que queden registrados todos los eventos de la trazabilidad en el ingreso de paciente.
2. Verificar que el número de ingreso no se cruce con ingresos antiguos.
3. Seguimiento por parte de UFATI a dichos eventos.
4. Seguimiento por parte de Coordinación de Urgencias a dichos eventos

Los criterios a verificar del instrumento evaluador son: 11, 13,15.

Criterios no cumplidos:

Oportunidad Triage: No hay registro de ingreso en 6 pacientes y adicionalmente, se verifica que en 3 pacientes no cumple con el criterio de oportunidad triage: VEN19669393 (74 minutos); CC 63353047 (37 minutos) y VEN21571560 (106 minutos).

Además, en la base de datos de agosto se verifica: 1.838 pacientes sin fecha, ni hora de ingreso a urgencias y 2.029 con fecha y hora de ingreso.

Nota: Al revisar la base de datos de ingreso a urgencias del mes de septiembre, se observa una mejoría sustancial referente al registro de fecha y hora de ingreso a ingresos.

Resolutividad en urgencias: De acuerdo al indicador de Resolutividad en urgencias del 34%, no cumple con el criterio, pero es un tema difícil de solucionar si las EPS no colaboran con el proceso de referencia, pues en promedio la oportunidad para referencia a otras IPS está en 99 horas.

AUDITORIA ES HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO.

Seguimiento a Plan Mejora San Camilo: Acta firmada 15/07/2021.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

PQR junio radicadas 21

Causas:

- ❖ Acceso a citas médicas: 3
- ❖ Demora envío formula médica por Teleconsulta: 1.
- ❖ Demora en la asignación de citas psiquiátricas: 1.
- ❖ Demora en la atención del Call Center: 4
- ❖ Demora en la oportunidad de citas Psiquiatría: 1
- ❖ Inadecuada asignación de cita médica: 2.
- ❖ Inconformidad servicio brindado en consulta externa: 4.
- ❖ Inconformidad servicio de hospitalización: 2
- ❖ Inconformidad para comunicarse con los servicios de hospitalización: 3.

PQR mes de julio:15

- ❖ Acceso a citas médicas: 7.
- ❖ Demora en la oportunidad de citas Psiquiatría: 1
- ❖ Demora en la atención del call center: 1
- ❖ Inconformidad servicio brindado en consulta externa: 1
- ❖ Orientación acceso copia historia clínica: 1
- ❖ Perdida o no entrega de elementos persales al momento del egreso: 1
- ❖ Perdida o no entrega de elementos persales al momento del egreso: 2
- ❖ Trato inadecuado por parte de funcionarios de salud: 1

Al verificar con Alba Cordero Gómez, sobre los motivos de PQR, me informa:

- ✚ Inconvenientes con el Call center, porque los usuarios llaman y cuando llega al límite de esperan (40 minutos) automáticamente corta la llamada.
- ✚ Actualmente hay dos especialistas en vacaciones: Dr. Gerardo Téllez (psiquiatra) y el doctor Jorge Castellanos (Neurólogo).
- ✚ Alta demanda del servicio de consulta especializada de Psiquiatría.

Se llama a la línea 69781111 y la respuesta emitida por la funcionaria encargada de asignar citas fue: No hay agenda para citas de Psiquiatría adulto.

Al respecto pregunto a la Jefe de Consulta Externa Diana Carolina Olave y responde que no sabía de las agendas cerradas.

Para atender el alta demanda el Hospital contrató 1 Psiquiatra de tiempo completo y además está realizando jornadas adicionales los sábados hasta las 3 pm. (En total se han atendido en estas jornadas 70 consultas especializadas de psiquiatría.

El Hospital Psiquiátrico San Camilo actualmente asigna citas presenciales: los lunes, miércoles, viernes y Teleconsulta: martes y jueves.

Se realizaron encuestas a los pacientes de urgencias y servicio hospitalización mujeres, con resultado muy satisfactorio para la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo.

SATISFACCION GLOBAL (¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?):

NUMERO DE USUARIOS QUE RESPONDIERON EXCELENTE O BUENA/TOTAL DE ENCUESTAS: 7/7*100= 100%.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

USUARIOS QUE RECOMENDARIAN SU IPS (¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?).
NUMERO DE USUARIOS QUE RESPONDIERON DEFINITIVAMENTE SI O PROBABLEMENTE SI: 7/7*100=100%.

Recomendación:

1. Me parece muy importante que el hospital haga un monitoreo diario de las agendas con el objeto de garantizar atención de la demanda de servicios de consulta especializada de Psiquiatría.

Revisar muy detenidamente los motivos de PQR y realizar un plan mejora con seguimiento para verificar su cumplimiento.

AUDITORIA URGENCIAS SAN CAMILO AGOSTO 2021.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
ESE HOSP. PSIQUIATRICO SAN CAMILO	18/08/2021	Agosto	75%	Aceptable	13,15

Criterios no cumplidos:

Criterio 13: Reingresos: Se registran 4 reingresos.
Criterio 15: Preocupante la observación realizada por una paciente quien manifestó que en la estación de enfermería el personal que labora sobre todo en las noches, hace comentarios de la situación de salud de todos los pacientes, comentan en voz alta el motivo de ingreso, y como esta cada uno.

En la estación de enfermería tenían música a alto volumen, el enfermero se molestó porque les manifesté que no era la música apropiada para el enfermo mental, y por ello los auxiliares cambiaron en el trato hacia mí, quedaron condicionados, me cambiaron de lugar cerca a la estación de enfermería a la parte del fondo de la sala y en la toma de signos vitales fueron muy displicentes.

Por lo anterior se deben tomar correctivos inmediatos y hacer plan mejora con seguimiento.

AUDITORIA URGENCIAS HOSP. PSIQUIARICO SAN CAMILO SEPTIEMBRE.

Se revisan avances de compromisos adquiridos auditoria de agosto:

1. Avances plan mejora de los hallazgos encontrados e informados en la auditoría mes de agosto.

Se anexa soporte de reunión realizada con personal de urgencias. Compromiso adquirido: Trato humanizado, no colocar música y tono de voz adecuado.

Recomendación: hacer seguimiento permanente y realizar encuestas de percepción del servicio.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Se hace auditoria a los criterios 11, 13 y 15 únicamente, que fueron los que reportaron hallazgos en la auditoria de urgencias de agosto

Criterios no cumplidos: Criterio 13

Eventos adversos: Incumplimiento criterio evento adverso: cc 1102348734: Administración equivocada administración de medicamentos

Criterio 15: las encuestas servicio de urgencias muestras baño sucio; baño no tienen bizcocho; la tapa es de tabla, mayor higiene en ventiladores; aspas con mucho polvo, techo sucio

AUDITORIA SERVICLINOS DROMEDICA AGOSTO:

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
AUDITORIA SERVICLINOS DROMEDICA	06/08/2021	AGOSTO	71.43%.	ACEPTABLE	4 y 11

Criterios no cumplidos:

Criterio 4: Observación: canecas en área sala de yesos sin tapa, se anexa evidencia Fotográfica.

Compromiso: Cambio inmediato

Criterio 11: Oportunidad atención pacientes Triage II: Se revisaron 7 pacientes atendidos en Serviclinicos Dromédica en el mes de agosto, clasificados en Triage II, en La cual Anexo cuadro. En 5 casos excedió el tiempo de 30 Minutos para su Atención.

Reingresos urgencias: Información de Reingresos en las 72 horas

Siguientes a La Atención. Se registran 7 casos. Serviclinicos Dromédica no cumple con el criterio.

Resolutividad en un periodo < a 12 horas. Se revisan 7 atenciones en las

Cuales se Verifica que no cumple con el criterio. 1 caso supero las 12 horas.

AUDITORIA URGENCIAS SERVICLINICOS SEPTIEMBRE. 06/09/2021

Se hace auditoria a los criterios 11, 13 y 15 únicamente, que fueron los que reportaron hallazgos en la auditoria de urgencias de agosto.

Se revisan avances

La auditoría se realiza verificando los criterios 11, 13,15.

Criterios no cumplidos:

Atención paciente Triage II: En el mes de agosto de 2021 se evidencia nuevamente que el tiempo de espera para la atención del triage 2 supera los 30 minutos, con un tiempo promedio de 52 minutos según informe presentado por la IPS Para el triage II

Oportunidad atención paciente Triage III: En la Información presentada por la IPS no se realizó medición del triage III. Se requiere que la IPS realice medición de la oportunidad de la atención del triage III para realizar un adecuado seguimiento y cumplimiento con los estándares de la Secretaría de Salud y Ambiente de Bucaramanga.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Oportunidad Triage: En el archivo suministrado por la IPS Serviclinicos denominado INFORME TRIAGE AGOSTO, se evidencia que en el mes de agosto se atendieron 858 consultas de urgencias y el tiempo transcurrido entre la **admisión del paciente y la atención del triage** en promedio fue de 51 minutos con desviaciones entre 1 minuto y 435 minutos antes de ser atendidos en triage

Contra referencia: La IPS no presenta información de CONTRA REFERENCIA DE PACIENTES.

AUDITORIA CLINICA ISNOR MES DE AGOSTO.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
Auditoria Serviclinicos Dromédica	10/08/2021	AGOSTO	88,89%.	Satisfactorio	13

Criterio no cumplido:

Criterio 13: Reingresos: se presentaron 7 reingresos, los cuales no se estudiaron a fondo Para saber Si eran prevenibles o no prevenibles.

Auditoria septiembre Clínica Isnor:

Se revisan avances plan mejora: Se revisan avances Plan mejora, en la cual soporta la clínica Isnor la realización de las siguientes actividades para dar cumplimiento a los compromisos adquiridos con plazo de ejecución: 01/09/2021 a 30/11/02021, la institución presenta a hoy 16 de septiembre los siguientes avances:

- ❖ Se socializa durante el primer comité de seguridad del paciente del mes de Septiembre (10/09/2021), los resultados de la reciente auditoria de la Secretaria de Salud durante el mes de agosto junto con el compromiso: *Profundizar en el estudio y análisis por parte del personal médico de los eventos relacionados a reingresos en las 72 horas siguientes a la atención*, con la finalidad de contar con el apoyo de todos los asistentes y sea de conocimiento de los mismos.
- ❖ Se realiza solicitud por parte de la Coordinadora de Seguridad del Paciente al personal médico para el diligenciamiento del formato SC-FOR-003 ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS, INFECCIONES E INCIDENTES para el caso de reingresos en el servicio de urgencias para ser analizados y generar plan de mejora
- ❖ Se continúa profundizando durante el comité de seguridad del paciente, el análisis realizado por los casos de reingresos tal como se evidencia en el acta adjunta.

En cuanto a la auditoría realizada en agosto, utilizando el instrumento evaluador, solo se revisaron los criterios 11, 13,15; No se encontraron hallazgos y el resultado de la evaluación es 100% de cumplimiento

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

AUDITORIA CLINICA SAN LUIS MES DE AGOSTO.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
Auditoria Clínica San Luis	12/08/2021	AGOSTO	88,89%.	Satisfactorio	15

Criterios no cumplidos.

Criterio 15: Maltrato personal de enfermería con 2 pacientes, información obtenida por Encuestas a pacientes que tiene niños en observación urgencias.

Recomendación: Se investiguen estos dos casos, fortalecer programa de atención humanizada, servicio al cliente, comunicación asertiva, con el objetivo lograr satisfacción del cliente.

AUDITORIA URGENCIAS CLINICA SAN LUIS MES DE SEPTIEMBRE. 15/09/2021.

Clínica San Luis envía soportes de las actividades de socialización auditoría realizada por Secretaria de salud de Bucaramanga en agosto y plan de capacitación atención humanizada en urgencias área pediatría.

En la auditoria programada se realiza con los criterios 11, 13,15.

Los criterios no cumplidos:

Criterio 13:

Oportunidad atención paciente triage 2: Clínica San Luis no cumple con el criterio. 2 pacientes sobrepasaron los 30 minutos en atención clasificados en triage 2: RC 1005449607 y CC 1091672166.

Criterio 15: Continúan las encuestas mostrando trato no humanizado por personal de enfermería, pese a resultado de satisfacción global del 100%.

AUDITORIA URGENCIAS CLINICA SAN PABLO MES DE AGOSTO.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
Auditoria Clínica San Pablo	19/08/2021	AGOSTO	72,73%.	Aceptable	5, 11, 13

Criterios no cumplidos:

Criterio 5: La IPS NO cuenta con el rol en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT,

No hay evidencia. No se ha implementado. Pendiente socializar al Personal.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Criterio 11: Referencia: De los 14 casos evaluados, en 2 no cumplen, tiempos superiores a 12 horas para traslado a otras IPS.

Criterio 13: Reingresos: se reportan 2 reingresos, No hay estudio, ni análisis si el reingreso era prevenible o no prevenible. De los dos casos reportados.

AUDITORIA URGENCIAS CLINICA SAN PABLO MES DE SEPTIEMBRE. 17/09/2021

Se revisan avances plan mejora donde se verifica la realización de actividades para subsanar los hallazgos informados.

17/09/2021- soporte de implementación SAT a partir del 01/09/2021- pendiente soportes de capacitación a personal y a los pacientes que ingresan a urgencias.

17/09/2021- se registra seguimiento al proceso de referencia, solo no cumple en un solo paciente remitido a clínica Chicamocha. - continuar con el proceso de trazabilidad

17/09/2021-se anexa soporte de análisis de reingresos. Acta de reunión con fecha de reunión 15/09/2021, pero deben hacer un análisis más a fondo de las causas o factores.

En cuanto al desarrollo de la auditoria de urgencias se revisaron los criterios 11, 13,15 y no hay cumplimiento en criterio 13 y 15.

Criterio 13:

- 1- Oportunidad atención pacientes clasificados Triage II: Clínica San Pablo No cumple con el criterio los pacientes resaltados con rojo: cc 1091355077, 13807651. (Atenciones superaron los 30 minutos).
2. Reingresos a urgencias antes de 72 horas: Es importante a en cuanto a los reingresos evaluar los siguiente: Reingresos prevenibles, no prevenibles, causas. En cuanto a reingresos de pacientes que asisten a urgencias y los clasifican como Triage IV, son remitidos a consulta prioritaria, pero por no garantía de oportunidad en la clínica (Alta demanda del servicio), reingresos y nuevamente los clasifican en triage 3, los cuales son valorados por Psiquiatría. Por lo anterior recomiendo atenderlos en urgencias para evitar congestionar la consulta prioritaria y garantizar oportunidad de atención.

Los pacientes con antecedentes de intentos de suicidio, deben ser clasificados en Triage II.

Criterio 15:

Satisfacción Global: 80%. En las entrevistas con los pacientes encontramos las siguientes observaciones: Muy demorada la atención, llegue a las 5 am de hoy, a las 7:15 me pasó la jefe y estoy esperando me vea el doctor. Ayer llegué a las 12:30 pm y salió a la 1:30 pm, lo remitieron a urgencias de la EPS; cuadro de ansiedad e intento de suicidio.; Más información sobre los pacientes, es limitada; hace 8 días no le han dado información sobre el estado de salud del paciente.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

AUDITORIA URGENCIAS CLINICA CHICAMOCCHA MES DE AGOSTO.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
Auditoria Clínica Chicamocha	19/08/2021	AGOSTO	70%.	Aceptable	4, 13, 15

Criterios no cumplidos:

Criterio 4: Falta el soporte del radicado de entrega Informe semestral a la Subsecretaria de Ambiente (Ultimo entregado) y a la CDMB de indicadores I semestre 2021.

Criterio 13: Oportunidad atención pacientes clasificados triage II: Se revisan 7 pacientes, De los cuales 4 no cumplen con el criterio, atención en tiempo inferior a 30 Minutos.

Reingresos urgencias: Clínica Chicamocha presenta informe de los Reingresos a urgencias, pero llama la atención de los 7 casos evaluados el Reingreso es del mismo día, por tanto, solicito a la clínica presentar un análisis En la cual se revise si eran prevenibles, si faltó más comunicación del médico Con pacientes o familiar, etc.

Criterio 15: De 7 pacientes encuestados 3 manifestaron una satisfacción global como Regular, argumentando: Calidad médica muy bien; calidad del servicio Hospitalario regular.

AUDITORIA CLINICA CHICAMOCCHA MES DE SEPTIEMBRE: SEPT 9

Se realiza auditoria programada, en la cual se verifica avances plan mejora y se evalúan los criterios 11,13 y 15.

Avances plan mejora:

Clínica Chicamocha presenta soporte de reunión para socializar con personal de urgencias, los hallazgos encontrado en la auditoria de agosto, en la reunión se explican los motivos de los criterios no cumplidos y se establecieron las directrices para prevenir futuros eventos.

También presentan soportes de radicación en CDMB y Secretaria de Salud de Bucaramanga, de los indicadores del primer semestre 2021.

Criterios no cumplidos:

Criterio 13:

Resolutividad: Llama la atención de las demoras en la Interconsulta con ortopedia, lo que ocasiona estancia prolongada en urgencias.

Se revisaron 7 pacientes y no cumple el criterio en 3 identificados con CC 1095917256, CC 37711109, CC 1016043495

Clínica Chicamocha sede González Valencia, no cumple con el criterio.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Reingresos: Clínica Chicamocha no cumple con el criterio de reingresos, pues se presentaron 7 reingresos prevenibles.

Eventos Adversos: Se 8 eventos adverso urgencias, de los cuales se investigan en la primera semana de octubre en comité de seguridad del paciente.

Nota: no hay información completa de los eventos adversos de los siguientes pacientes identificados con CC: 5621636, 41392424, 27946009. (Falta soportes del análisis de cada uno de lo se eventos adversos).

Criterio 15:

Las encuestas muestran el resultado de Resolutividad en urgencias especialmente en ortopedia, por tanto, deben hacer plan mejora para asegurar valoración oportuna de ortopedia a pacientes que ingresan a urgencias

AUDITORIA LOS COMUNEROS HUB AGOSTO.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
Auditoria Los Comuneros HUB	05/08/2021	agosto	92%.	Satisfactorio	13

Criterio no cumplido:

Criterio 13.

Resolutividad en urgencias: Los Comuneros HUB: no cumple con el criterio, paciente identificado con cc 91.494.017, la Resolutividad fue de 22 horas 31 minutos

AUDITORIA URGENCIAS MES DE SEPTIEMBRE. 14/09/2021.

Seguimiento plan mejora:

HUB entrega evidencias de:

Haciendo seguimiento sistemático al tablero de atención de pacientes en urgencias, identificando estudios, resultados o interconsultas pendientes, rondas periódicas al servicio, Revisando en Coosalud, las solicitudes de interconsultas pendientes y respondiéndolas a tiempo, atendiendo las emergencias de forma anticipada y revisión, seguimiento a los tiempos de atención en urgencias, gestionar las oportunidades de mejora identificadas

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Criterios no cumplidos:

Criterio 13:

Oportunidad atenciones pacientes triage II: Los Comuneros HUB no cumple con el criterio para atenciones pacientes Triage II. E dos pacientes sobrepasaron los 30 minutos: CC 68297991(41 minutos) y CC 26257150 (42 minutos).

Reingresos urgencias: HUB no cumple con el criterio de evento adverso por Administración de medicamentos en urgencias. Eventos prevenibles

Eventos Adverso por administración de medicamentos: HUB no cumple con el criterio de evento adverso por Administración de medicamentos en urgencias. 4 Eventos prevenibles.

Caídas en urgencias: 1 evento prevenible.

Criterio 15: Es muy importante que Los comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, garantice agendas abiertas, oportunidad en las citas de medicina especializada, garantía de comunicación fluida con los usuarios a través del call center. Adicionalmente se solicita a la IPS garantizar medidas de bioseguridad, distanciamiento en el área de consulta externa por las constantes aglomeraciones que se registran tanto en la parte interna como en las filas al ingreso por la carrera 27.

AUDITORIA CLÍNICA LA RIVIERA. Setiembre 20/2021.

Se evalúan los criterios 1, 2, 4, 5, 7, 11,13 15 del Instrumento evaluador

IPS	FECHA AUDITORIA	PERIODO EVALUADO	PORCENTAJE GLOBAL DE CUMPLIMIENTO	CLASIFICACION	CRITERIOS NO CUMPLIDOS
Auditoria Clínica La Riviera	20/09/2021	Septiembre	72,73%.	Aceptable	5, 11, 13

Criterios no cumplidos:

Criterio 13: Oportunidad atención pacientes clasificados Triage II: En el paciente identificado con CC 1098711836, tiempo de atención para triage gastó 32 minutos, no cumple con el criterio.

Oportunidad para atención pacientes Triage II: Clínica la Riviera no cumple en los siguientes pacientes: cc 1098626696 (46 minutos) y cc 1098802424 (44 minutos)

Reingresos urgencias: Se revisan 26 reingresos, que en un 96,5% obedece a persistencia de dolor. En el análisis de los reingresos es necesario revisar las historias clínicas para verificar si el analgésico, antiinflamatorio prescrito era el pertinente, si el médico le comunicó adecuadamente al paciente la evolución del dolor, los motivos de re consulta.

Atenciones Soat: ambulancias ingresan pacientes sin el código SEM, caso paciente Brayan Mendoza, identificado con CC 1098822723. Se recomienda exigir a todas las ambulancias que ingresen con pacientes Soat, deben traer el código SEM.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

AUDITORIA INTEGRAL IPS EN SALUD OCUPACIONAL 2021.

En tercer trimestre del año 2021, se decide iniciar por primera vez, por normatividad legal vigente y como parte del sistema de seguridad social y las competencias de ley de la secretaria de salud de Bucaramanga, el seguimiento a las IPS que prestan servicios de salud ocupacional y medicina laboral en el municipio de Bucaramanga, para verificar el cumplimiento en la prestación de servicios de salud principalmente a la población trabajadora formal e informal del municipio de Bucaramanga.

Es así como inicialmente se realizó un diagnóstico de las principales IPS habilitadas para prestar este servicio en la oficina de acreditación de la secretaria de salud Departamental de Santander, posteriormente se encontró un número determinado de IPS que se realizaron cruces con el sistema único de información nacional reps y se obtuvo una muestra inicial para aplicar las visitas a estas instituciones, dentro de las cuales se escogieron 30 IPS.

En estas IPS se aplicó el instrumento inicial evaluador establecido por la secretaria de salud municipal para esta revisión.

En los meses de agosto y septiembre de 2021, se realizó auditoría integral a IPS Audiomic, fundación elogios, eslabonar, jm salud ocupacional, mts salud ocupacional, ocupa salud, proyección rife, rvg, siso col, rso, saocss, sisocol, de acuerdo al Instrumento de Evaluación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, dando cumplimiento al cronograma de auditorías previamente establecido e informadas las IPS mediante oficio de notificación de visita de auditoria.

Criterio 1: La IPS cuenta con protocolo de ingreso de pacientes y personal y lo aplica en la institución.

Criterio 2: La IPS realiza el suministro de EPP al talento humano para la atención de pacientes con infección. SARS- CoV- 2 (COVIS-19).

Criterio 3: La IPS cuenta con el plan de desastres y emergencias - Evaluación y reubicación de pacientes y los aplica.

Criterio 4: La IPS cuenta con Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios PGIRHy lo aplica.

Criterio 5: No aplica.

Criterio 6: No aplica.

Criterio 7: La IPS tiene actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS;

Criterio 8: No aplica.

Criterio 9: La IPS asigna las citas de medicina general de primera vez, sin exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud e, informa al usuario la fecha para la cual se asigna la cita.

Criterio 10: No aplica.

Criterio 11: No aplica.

Criterio 12: No aplica.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

- Criterio 13:** No aplica.
- Criterio 14:** La IPS resuelve las peticiones, quejas y reclamos oportunamente.
- Criterio 15:** La IPS presta servicios de salud a sus usuarios satisfaciendo las necesidades desde los mismos
- Criterio 16:** La IPS garantiza la seguridad del paciente en la atención de los servicios que presta.
- Criterio 17:** No aplica.
- Criterio 18:** No aplica.
- Criterio 19:** La IPS cumple sus obligaciones de información.

Resultados de las Auditorias:

Entidad Visitada	Numero de Auditorias	Resultado de Evaluación	Clasificación
Ips Audiomic	1	90 %	Satisfactorio.
Ips Elogios	1	60 %	Deficiente.
Ips Eslabonar	1	70%	Aceptable.
Ips Jm Salud Ocupacional	1	60%	Deficiente.
Ips Mts Medicina del Trabajo	1	70 %	Aceptable.
Ips Ocupasalud	1	90 %	Satisfactorio.
Ips Proyección Life Ocupacional	1	70 %	Aceptable.
Ips Rso	1	90%	Satisfactorio
Ips Rvg	1	80 %	Aceptable
Ips Saoc	1	66.6 %	Muy Deficiente.
Ips Sisocol	1	90 %	Satisfactorio.
Ips Platinum	1	90 %	Satisfactorio
Ips Symed	1	70 %	Aceptable.
Ips Proinsocol	1	70%	Aceptable
Ips Prosynergo	1	80 %	Aceptable.
Ips Medicid	1	86 %	Aceptable.
Ips Salud Integral	1	70 %	Aceptable
Ips osts	1	80 %	Aceptable
Ips San Diego	1	90%	Sobresaliente.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

HALLAZGOS GENERALES EN LAS DIFERENTES AUDITORIAS:

1. En cuanto a la aplicación de los protocolos de atención al personal de salud es deficiente su implementación, algunas no suministran en forma adecuada los elementos de protección personal a los trabajadores, aunque la mayoría cuenta con los protocolos de emergencia y desastres, no lo aplican, ni han realizado simulacros demostrables y evaluables últimamente, el PGIR en su mayoría, desconocen su adecuado manejo, seguimiento y presentación, algunas IPS no han actualizado sus servicios habilitados en el reps, prestando servicios sin estar autorizados.
2. Se dejó plan de mejoramiento para la siguiente visita.

Auditoria a Dispensarios:

Se realizaron visitas de Auditorias a Dispensarios, Offimedica, Éticos, Pharmasan, Audifarma, Distrifar, Cruz Verde y Colsubsidio que prestan servicios de entrega de insumos y medicamentos a los usuarios afiliados o beneficiarios de las EPS de nuestra ciudad.

En cada uno de los dispensarios se realizó 2 visitas mensuales según cronograma, se verifica que entreguen completa y oportunamente los medicamentos. El desempeño general según las mediciones de los indicadores de calidad nos refleja que están cumpliendo en forma correcta cumplen al 96,3% de los usuarios con la norma de entregar cuando el solicitante de la formula está en el dispensario o antes de 48 horas. Entonces únicamente quedaron pendientes el 3,7% de fórmulas dispensadas después de las 48 horas y fueron entregadas posteriormente.

En el dispensario Cruz Verde de la carrera 33 con Calle 46 se presentaron aglomeraciones constantes de usuarios en las filas de ingreso y esta institución coloco un funcionario externo para regular la separación en las filas y en la puerta de entrada.



DISPENSARIO IPS	UMBRAL DESEMPEÑO % DE RIESGO	DESPUÉS DE 48 HORAS
ETICOS	95,5%	4,5%
DISTRIFAR	98,3%	1,7%
COLSUBSIDIO	96,5%	3,5%
AUDIFARMA	97,2%	2,8%
CRUZ VERDE	92,4%	7,6%
OFFIMEDICA	94,6%	5,4%
PHARMASAN	99,3%	0,7%
PROM GENERAL	96,3%	3,7%



Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	



DISTRIBUCION AUDITORES SEGUNDO SEMESTRE 2021
SECRETARIA DE SALUD Y AMBIENTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA

COORDINADOR: ALVARO GOMEZ MANTILLA

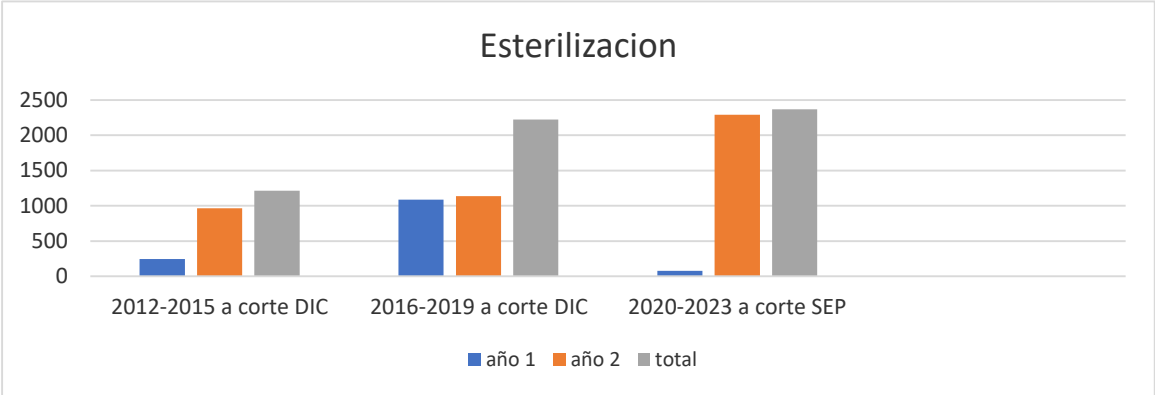
EAPB/IPS	AUDITOR
EAPB	
Visita a COOMEVA EPS	Claudia Liliana Pérez Báez
Visita a NUEVA EPS	Oscar Ivan Ayala Reyes
Visita a ASMETSALUD	Claudia Liliana Pérez Báez
Visita a COOSALUD	Oscar Ivan Ayala Reyes
Visita a FAMISANAR	Oscar Ivan Ayala Reyes
Visita a SANITAS	Oscar Ivan Ayala Reyes
Visita a SALUD TOTAL	Oscar Ivan Ayala Reyes
Visita a SALUD MIA	Claudia Liliana Pérez Báez
Visita a SURA EPS	Oscar Ivan Ayala Reyes
IPS	
SAN CAMILO	Roberto Duarte
IMAP SALUD MIA	Roberto Duarte
COMULTRASAN	Deisy Milena González Hernández
ESE ISABU	Deisy Milena González Hernández
NIVEL BASICO SURA	Roberto Duarte
SANITAS NIVEL BASICO	Roberto Duarte
IPS CLINICA CHICAMOGCHA-METROPOLITANA	Edelberto Castillo Arenas
HUS	Edelberto Castillo Arenas
COLSUBSIDIO FAMISANAR	Roberto Duarte
COMUNEROS	Roberto Duarte
CLINICA BUCARAMANGA	Roberto Duarte
SERVICLINICOS DROMEDICA	Roberto Duarte
CLINICA SAN LUIS	Deisy Milena González Hernández
CLINICA REVIVIR	Roberto Duarte
IPS FOSCAL BOLARQUI	Roberto Duarte
DISPENSARIOS	Luis Sarmiento
OFFIMEDICA	
ETICOS	
PHARMASAN	
AUDIFARMA	
DISTRIFAR	
CRUZ VERDE	
COLSUBSIDIO	
Pharmasan	
SERVICIO DE URGENCIAS	Edelberto Castillo Arenas
Comuneros	
HUS	
Chicamocha	
ISABU	

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	
Serviclinicos Dromedica		
San Luis		
Bucaramanga		
San Pablo		
ISNOR		
San Camilo		
IPS SALUD OCUPACIONAL O LABORAL		
AUDIOMIC UNIDAD DE TERAPIA INTEGRAL Y MEDICINA DEL TRABAJO	Edgar Fernando Pinzón	
ASOCIACION HACIA UN MEJOR FUTURO-ELOGIOS SOM		
INSTITUTO CLINICO DE SALUD ICSA S.A.S.		
COMPAÑIA RSO S.A.		
RVG I.P.S SAS SEDE SALUD OCUPACIONAL		
JM SALUD OCUPACIONAL EU		
PROJECTION LIFE COLOMBIA		
Clínica la Riviera SAS		
SISOCOL Cabarcas-Carreño S.A.S		
OCUPASALUD S.A.S		
eslabonar SAS		
MTS MEDICINA TRABAJO Y SEGURIDAD IPS SAS		
SAOC'SS S.A.S.		
GRUPO COLOMBIANO VIDA Y SALUD IPS SAS "COLVISALUD"		
PLATINUM SALUD LABORAL S.A.S.		
SYMED SALUD IPS		
PROINSOCOL LTDA		
PROSYNERGO S.A.S.		
MEDICID S.A.S.		
LABORAL MEDICA SALUD OCUPACIONAL IPS SAS		
IPS CABECERA SAS		
LABORAL SALUD IPS S.A.		
SALUD INTEGRAL SANTANDER IPS SAS		
Hisesa IPS		
OSYA OCUPACIONAL IPS		
GENOMA IPS		
FESPVIAL M.S. S.A.S		
Cendiatra Bucaramanga		
SALUD OCUPACIONAL DE LOS ANDES LTDA		
OSTS S.A.S.		
Laboratorio san diego		

2. Honorables Concejales Humberto Rangel, Christian Reyes y Wilson Danovis: Cronograma de los meses de octubre a diciembre de 2021 de las esterilizaciones a caninos y felinos

RTA: en el año en curso se han venido desarrollando las jornadas de esterilización de mascotas, aún con las dificultades que la pandemia trajo consigo; durante estos dos años de gobierno hemos tenido que detener en diferentes ocasiones las jornadas, sin embargo, hemos retomando inmediatamente cuando la situación lo ha permitido.

En la siguiente gráfica adjuntamos las cifras de las esterilizaciones hasta el momento y un comparativo de estas. En el cual es importante resaltar que aún con las dificultades de la pandemia, ya hemos superado las jornadas realizadas en años anteriores.



A continuación, reflejamos las intervenciones meses y comunas.

ESTERILIZA CION	COMU NA 1	COMU NA 2	COMU NA 3	COMU NA 4	COMU NA 5	COMU NA 6	COMU NA 7	COMU NA 8	COMU NA 9	COMU NA 10	COMU NA 11	COMU NA 12	COMU NA 13	COMU NA 14	COMU NA 15	COMU NA 16	COMU NA 17	CTO 1	CTO 2	CTO 3	TOTAL
ENERO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
FEBRERO	0	0	0	0	0	0	0	81	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	81
MARZO	41	0	0	91	18	0	0	69	0	51	0	0	0	37	0	0	0	145	0	0	452
ABRIL	141	0	0	101	44	0	0	0	42	46	0	0	0	0	0	0	0	0	28	0	402
MAYO	26	0	0	0	97	0	0	50	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	50	239
JUNIO	427	42	43	0	50	0	0	26	0	0	20	0	0	43	0	0	0	0	0	42	693
JULIO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AGOSTO	5	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	15
SEPTIEMB RE	162	41	0	0	32	0	0	29	0	0	37	0	0	0	0	34	0	0	73	0	408
Total	802	83	43	192	241	0	0	255	42	101	57	0	0	80	6	34	16	145	101	92	2290

Durante este año también hemos realizado jornadas de esterilización a fundaciones

1. Amor De 4 Patas Caninos
2. Perro Calle
3. Amor De 4 Patas Felinos
4. Rescatista Ingrid Pico
5. Martha Villabona Parque Guayacanes
6. Animalista Omaris Campo Hermoso

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Es imperativo para la administración informarle al honorable concejo el mecanismo de agendamiento y desarrollo de estas jornadas, teniendo en cuenta que este es un procedimiento técnico que requiere de todas garantías para el equipo de trabajo y para las mascotas que acceden a la cirugía, en aras de garantizar el éxito de las mismas.

Las jornadas de esterilización de mascotas son programadas de manera semanal, organizándolas a partir de las solicitudes que son allegadas mediante los diferentes canales de atención y teniendo en cuenta las condiciones de accesibilidad principalmente en la zona rural del municipio. Actualmente tenemos las jornadas de esterilización divididas en dos frentes: **comunidad y animales vulnerables**. Es importante resaltar que a partir de los intervalos donde estuvieron detenidas las jornadas, es este momento hay aproximadamente 60 solicitudes en espera, a las cuales les estamos dando trámite diariamente.

Para las jornadas de esterilización en comunidad, las solicitudes usualmente son allegadas por la JAC o por líderes comunales, en su mayoría llegan con un pre registro, gestionado en días anteriores por la junta de acción comunal; lo cual nos permite garantizar el orden en la jornada de esterilización. Diariamente se asignan 40 cupos, los cuales en ocasiones puntuales se pueden extender hasta 45, dependiendo de algunas condiciones de los animales que se presenten. Una vez es asignada fecha de la jornada, mediante los sistemas de cornetas de los barrios, es socializada la información respecto a la actividad a desarrollarse. Seguido a ello, cuando la unidad móvil y el equipo de esterilizaciones disponible (2 médicos veterinarios zootecnistas y 3 técnicos) llegan a los barrios, con el pre-registro se asignan los cupos por orden de llegada y en caso de que queden cupos libres se asignan a comunidad que no se encuentre en el pre-registro. Para acceder al servicio deben llevar una fotocopia de la cédula y de un servicio público. Es importante aclarar que para acceder al servicio en el lugar, las personas deben residir en el lugar donde se está ofertando la jornada, esto nos garantiza acceso a las personas que allí residen sin que tengan que asumir costos de traslado y someter a las mascotas a trayectos que pueden generar estrés.

Por ende, cuando los cupos son asignados en la totalidad con el pre-registro, los cronogramas no son publicados con fecha y hora de la actividad en los canales de difusión masiva, con el fin de no disponer a la ciudadanía a acceder a una jornada que ya tiene los cupos asignados. Es importante resaltar que el pre-registro nos permite garantizar el orden de la jornada, las condiciones de bioseguridad y un ambiente de trabajo tranquilo e idóneo para el equipo, quienes requieren de ciertas condiciones para garantizar el éxito de las intervenciones. Cuando quedan cupos

Disponibles, estos cronogramas son subidos a los canales de difusión, con la salvedad de que son cupos limitados.

Para las jornadas de esterilización con animales vulnerables, las solicitudes son atendidas usualmente en instalaciones de la administración, con el fin de no generar confusión con la ciudadanía. En esta sección es importante resaltar que para este gobierno es prioridad apoyar a la ciudadanía que realiza actividad con animales en estas condiciones.

En razón a lo anterior no se aporta una programación hasta el mes de diciembre como se requiere, sin embargo, se aporta la programación semanal correspondiente a la Semana Epidemiológica 42 y en adelante, se le dará trámite a las solicitudes pendientes.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

MARTES 19 DE OCTUBRE	MIÉRCOLES 20 DE OCTUBRE	JUEVES 21 DE OCTUBRE	VIERNES 22 DE OCTUBRE	SÁBADO 23 DE OCTUBRE
ESTERILIZACIÓN COMUNA 4 PIO XII	ESTERILIZACIÓN COMUNA 14 MORRORICO	ESTERILIZACIÓN ALBERGUE	ESTERILIZACIÓN CORREGIMIENTO 2 ROSA BLANCA	ESTERILIZACIÓN COMUNA 11 LUZ DE SALVACIÓN.

Finalmente solicitarle amablemente al honorable concejo que, en caso de requerir publicar información de estos cronogramas para el acceso a las jornadas, se puedan comunicar con los referentes del programa, toda vez que como se mencionó anteriormente, estas jornadas tienen un pre-registro y todo un proceso que garantiza el orden en campo al momento de realizar la jornada.

3. Concejal Luis Ávila se requiere información acerca de los contenedores de la EMAB ubicados en el centro de la ciudad los cuales son un foco de contaminación, cual es el compromiso frente a este tema?

RTA: De manera articulada con la Secretaría de Interior, a través de los gestores de convivencia, la EMAB y la Subsecretaría de Medio Ambiente se realizó el día 18 de octubre de 2021 la desinstalación de los puntos limpios ubicados sobre la calle 37, en el centro de la ciudad; lo anterior, considerando que dichos puntos estaban convirtiéndose en puntos de disposición inadecuada de residuos sólidos y generando afectaciones a la comunidad. Asimismo, se realizó una limpieza y lavado de las áreas para mejorar las condiciones sanitarias y ambientales de la zona.



Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

4. Concejal CRISTIAN ANDRES REYES: Cuáles son las actividades que se están realizando en los 100 parques de la ciudad de Bucaramanga a la fecha.

RTA: Desde la Dimensión de VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES CRONICAS NO TRANSMISIBLES, se definió la promoción y ejecución de la actividad física en 100 parques de la ciudad para promover estilos de vida saludable y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles. Dando cumplimiento a la priorización de los efectos o problemas en salud identificados en el municipio de Bucaramanga en el Plan Territorial de salud y plan de desarrollo 2020-2023.

Objetivo General:

Promover modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, a través de la estrategia de Realizar actividad física en 100 parques de la ciudad para promover estilos de vida saludable y prevenir enfermedades crónicas no transmisibles.

Objetivo Específicos:

- Articular con Inderbu o líderes de los grupos de actividad física de la ciudad para la selección de los grupos o parques a intervenir con la estrategia de promoción de los estilos de vida saludables.
- Concertar con los líderes de los grupos de actividad física en los barrios seleccionados para cada periodo, para la realización de la actividad de promoción de los estilos de vida saludables.
- Realizar actividad con el talento humano de salud del PIC para dar el enfoque de promoción y de los estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades cónicas no transmisibles en articulación con INDERBU en 100 parques de la ciudad y en articulación con líderes de los grupos existentes en los parques del municipio.
- Durante la actividad se realizará sensibilización a toda la comunidad sobre los beneficios que genera realizar actividad física, la importancia de una alimentación saludable para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la prevención del consumo de alcohol y tabaco. Estos espacios informativos serán desarrollados incluyendo (2) temáticas en cada grupo.

Población Objeto:

- Entorno comunitario y Población en general de los diferentes ciclos de vida adolescencia, juventud, adultez y vejez.

Marco Teórico

La práctica de una actividad regular adaptada a las características físicas y personales conlleva un estilo de vida más saludable, mejorando el funcionamiento de cuerpo y mente y en consecuencia un envejecimiento activo. Además, cada día se hace más necesario concienciar a las personas de la importancia de los beneficios de una vida activa para mejorar su salud física y mental, reducir los niveles de estrés, sentirse mejor y en forma, y por tanto ganar en bienestar y calidad de vida. De hecho, mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable contribuye a prevenir enfermedades. Actualmente existe la necesidad de concienciar a las personas mayores sobre la importancia de realizar actividad física y sus beneficios al mejorar su coordinación y movilidad, aumentando su flexibilidad y disminuyendo la carga de los músculos.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Beneficios de la Actividad Física

La actividad física es esencial para el mantenimiento y mejora de la salud y la prevención de las enfermedades, para todas las personas y a cualquier edad. La actividad física contribuye a la prolongación de la vida y a mejorar su calidad, a través de beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales, que han sido avalados por investigaciones científicas.

Beneficios Fisiológicos

- La actividad física reduce el riesgo de padecer: Enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes.
- Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal.
- Fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea.
- Fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga (forma física).

Beneficios Psicológicos

- La actividad física mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión; aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico.
- Reduce el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo y demencia.
- Mejora la atención memoria y razonamiento.

Beneficios Sociales

- Fomenta la sociabilidad.
- Aumenta la autonomía y la integración social, estos beneficios son especialmente importantes en el caso de discapacidad física o psíquica.

Se considera actividad física todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que conlleve un gasto de energía, Se puede realizar de muchas maneras: caminando, montando en bicicleta y practicando deportes y actividades recreativas activas (por ejemplo, danza, yoga o taichí). La actividad física también puede realizarse como parte del trabajo (levantando o cargando objetos o con otras tareas activas) y de las tareas domésticas remuneradas o no remuneradas en el hogar (tareas de limpieza, carga y cuidado).

Los hábitos sedentarios se definen como cualquier comportamiento en estado de vigilia caracterizado por un gasto de energía $\leq 1,5$ equivalentes metabólicos, como sentarse, recostarse o tumbarse. Los datos recientes indican que los altos niveles de hábitos sedentarios continuados (como estar sentado durante largos períodos de tiempo) están relacionados con un metabolismo anormal de la glucosa y morbilidad Cardiometabólica, así como con la mortalidad general.

La reducción de los hábitos sedentarios gracias a la promoción de la actividad física incidental (como estar de pie, subir escaleras o caminar por períodos cortos) puede ayudar a las personas a aumentar gradualmente sus niveles de actividad física hacia el logro de los niveles recomendados para una salud óptima y los siguientes beneficios.

- Mejor aptitud física (cardiorrespiratoria y fuerza muscular)
- Reducción de del sobrepeso y obesidad corporal
- Menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y canceres
- Mejor salud ósea

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

- Reducción de los síntomas de depresión
- Incrementa la coordinación motora
- Mejora la función cognitiva
- Favorece del desarrollo de los aspectos biopsicosociales.

Aspectos Financieros:

El valor proyectado de inversión para esta estrategia es de \$ 139.000.000 para la vigencia 2.021; el proyecto inicio su ejecución en el mes de mayo y a corte de 14 de agosto se ha ejecutado el 67% del valor pactado, así:

EJECUCION PRESUPUESTAL - AÑO 2,021

PERIODO	VALOR	ESTADO
15 abril – 14 mayo	\$8.333.333	Ejecutado
15 mayo – 14 junio	\$16.666.666	Ejecutado
15 junio – 14 julio	\$16.666.666	Ejecutado
15 julio – 14 agosto	\$25.000.000	Ejecutado
15 agosto – 14 septiembre		Ejecutado, en proceso de supervisión
15 septiembre – 14 octubre		Pendiente
15 octubre – 14 noviembre		Pendiente
15 – 31 diciembre		Pendiente
Total	\$66.666.665	Valor ejecutado a corte

Según lo anterior con corte a fecha del 14 de agosto se está cumpliendo con la ejecución en términos de tiempo y se ha garantizado la realización de las actividades de acuerdo a lo pactado en la ejecución del contrato con ISABU en cuanto a insumos, talento humano y la entrega de un refrigerio saludable para los ciudadanos que participan en las actividades.

Desarrollo del Proyecto:

Para el desarrollo de este proyecto ha sido fundamental la generación de alianzas estratégicas con los diferentes sectores para lograr un mejor impacto del programa; es así que desde su inicio se proyectó la participación de los líderes comunales de cada uno de los barrios donde está ubicado el parque a intervenir, así como de los grupos deportivos existentes en estos; el acuerdo de trabajo en equipo conINDERBU ha generado un valor agregado importante a este proyecto no solo por el apoyo temático sino la capacidad de convocatoria que esta entidad tiene.

Hasta la fecha correspondiente al 5 periodo (4 meses) se han intervenido 58 parques y espacios deportivos del municipio de Bucaramanga, donde se ha implementado la estrategia con los temas relacionados a la adopción de hábitos saludables como alimentación sana, actividad física prevención del consumo de tabaco, sustancias psicoactivas y disminución del consumo de alcohol, interviniendo un total de 2.254 personas en las diferentes comunas del municipio, a continuación, se relaciona los espacios donde se desarrolla la actividad y la población intervenida.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

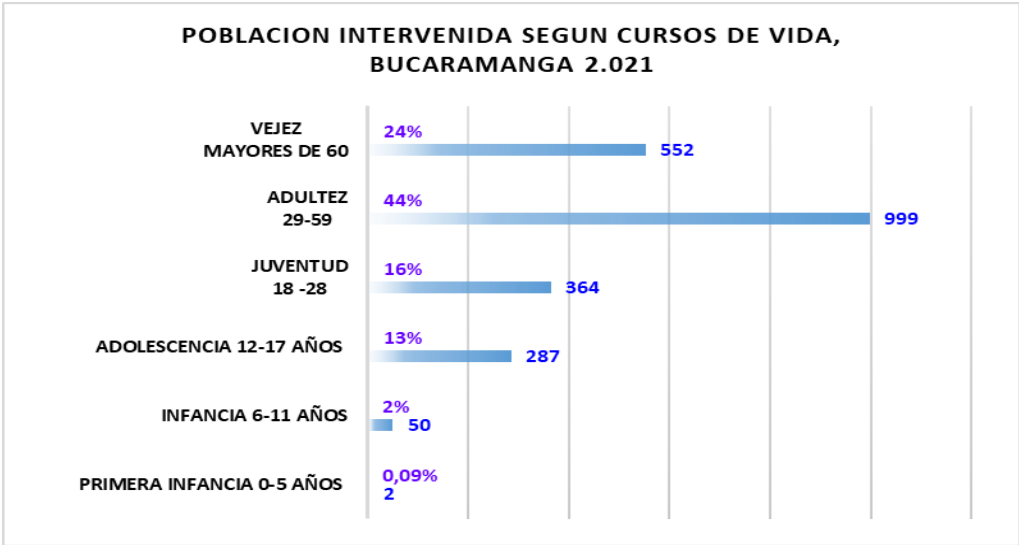
COMUNA	BARRIOS	POBLACION INTERVENIDA	TOTAL
1	ALTOS DEL KENNEDY	70	429
	CAFÉ MADRID	100	
	COLORADOS	100	
	ESPERANZA 2	19	
	ESPERANZA 3	14	
	KENNEDY	54	
	MARIA PAZ	46	
	MINUTO DE DIOS	10	
	VILLA HELENA 1	8	
	VILLA HELENA 2	8	
3	COMUNEROS	6	6
4	GAITAN	25	133
	GIRARDOT	8	
	LA FERIA	17	
	NAPOLES	60	
	NARIÑO	16	
	SANTANDER	7	
5	CAMPO HERMOSO	31	145
	LA INMACULADA	10	
	LA JOYA	104	
6	LA VICTORIA	37	37
7	CANELOS	113	320
	NARANJOS	18	
	REAL DE MINAS	189	
9	SAN MARTIN	99	99
10	CRISTAL ALTO	10	85
	FONTANA	35	
	PROVENZA	40	
11	CIUDAD VENECIA	33	138
	DANGOND	105	
12	CABECERA DEL LLANO	14	102
	CLAVERIANO	66	
	FLORESTA	22	
13	ALVAREZ	68	313
	ANTONIA SANTOS	47	
	BUCARAMANGA	18	
	COLISEO BICENTENARIO	50	
	SAN ALONSO	130	
15	GARCIA ROVIRA	72	72
17	CIUDAD BOLIVAR	66	273
	ESTORAQUES	32	
	MUTIS	69	
	PRADOS DEL MUTIS	66	
	VENADOS	30	
	MONTERREDONDO	10	
CORREGIMIENTO 1	VILLA CARMELO	31	31
CORREGIMIENTO 3	VEREDA PEDREGAL BAJO	71	71

El 47% (1.062) de los ciudadanos que han participado en las actividades programadas corresponden a los residentes en las comunas 1,7 y 13; también se ha intervenido la zona rural en las veredas villa Carmelo y pedregal bajo con una participación de 102 personas.

Teniendo en cuenta la población intervenida la distribución por cursos de vida es la siguiente:

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

Gráfico 1. Población intervenida por curso de vida en la estrategia 100 parques para el Fortalecimiento de los Estilos de Vida saludables, para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y disminución del consumo de alcohol. 2021.



Fuente: Reportes mensuales PIC 2021

Según la gráfica anterior se evidencia que el 44% de la población intervenida se encuentra en el curso de adultez seguido de los mayores de 60 años, considerándose esta actividad con una calificación optima por cuanto el 68% significa un cubrimiento muy importante en el cumplimiento del objetivo especialmente si se tiene en cuenta que en estos rangos de edad se concentra el mayor número de patologías relacionadas con factores de riesgo intervenibles.

Se ha contado con la participación de 117 niñas y 221 niños y según la distribución por sexo hubo 527 hombres y 1.389 mujeres en estas actividades.

Análisis del Riesgo cardiovascular en la población.

Para identificar dicho riesgo durante el desarrollo de la actividad se realiza toma de tensión a los participantes, con edad superior a 16 años, para un total de 2.158 personas a quienes se les realiza el tamizaje.

Según análisis de tensión arterial con la clasificación de la organización mundial de la salud OMS se puede observar que el 90% de las personas encuestadas están en rango normal de tensión representadas en 2.106 personas y un 10% (142) presentan Tensión arterial alterada; estas personas han sido canalizadas a los centros de salud o a la IPS primaria de la EAPB responsable de la atención.

CONCLUSIONES

- La mayor participación en las actividades preventivas, corresponde al género femenino que se encuentra en el curso de vida adultez entre los 29 a 59 años.
- Las actividades realizadas en la población promueven el mejoramiento de los hábitos de vida que influyen directamente en los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Es importante realizar actividades que refuercen los hábitos que se promueven con la estrategia.

Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	

NCIAS FOTOGRÁFICAS



Equipo Interdisciplinar



Tamizaje de riesgo



Actividad física en articulación INDERBU

5. Concejala Marina Arévalo: En la ejecución presupuestal según seguimiento plan de desarrollo de la SSYA y secretaria de Hacienda hay un a diferencia de 1.726.864.706) pendiente incluir en la herramienta de seguimiento al cumplimiento de metas del plan de desarrollo 2020-2023 POAI.

RTA: La diferencia por valor de \$1.726.864.706, corresponde al mantenimiento anual de la Planta de Tratamiento de Lixiviados en el sitio de disposición Final del Carrasco, los cuales deben asignar anualmente de acuerdo con el Convenio 517 del 29 de diciembre de 2014 y tiene Vigencias Futuras hasta el Año 2035, según Acuerdo del Concejo Municipal 041 del 17 de Diciembre de 2014.

Como se puede observar tanto en el Informe de Plan de Acción y el Informe de la Ejecución de Metas, ambos realizados con fecha de corte del 30 de septiembre de 2021, estos recursos se encuentran asignados.

6. Concejal Christian Reyes: En materia de infraestructura de los centros de Salud se requiere realizar recorrido para revisión de adecuaciones.

RTA: La Secretaria de Salud y Ambiente se encuentra disponible para el agendamiento del recorrido a los centros de Salud a lo cual estaremos atentos a la disponibilidad por parte de los Honorables Concejales que deseen hacer parte del recorrido

7. Concejal Carlos Barajas: Que decisión toma la Secretaria de Salud y Ambiente respecto a la vacunación de Covid-19 de las personas discapacitadas



Proceso: GESTION DE LA SALUD PUBLICA Y DESARROLLO SOSTENIBLE		No. Consecutivo S-SDSYA6764-2021
Subproceso: DESPACHO Código: Subproceso:7000	SERIE/Subserie: COMUNICACIONES Código Serie /Subserie (TRD):7000-73,04	



RTA: La Vacunación de Covid-19 para las personas con discapacidad se está realizando casa a casa, en centros de bienestar, fundaciones de y para personas con discapacidad y en los corregimientos.

**CONSOLIDADO VACUNACION COVID – 19 DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD
AL DÍA 20 DE OCTUBRE DE 2021**

Laboratorio	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	Total general
ASTRAZENECA	80		398	325	27	1	128	163	94	1216
JANSSEN					133	694	11		362	1200
MODERNA	54					91	616			761
PFIZER	273	36	494	614	1222	204	196	635	22	3696
SINOVAC	58	1323	189	671	44	415	9	426	90	3225
Total general	465	1359	1081	1610	1426	1405	960	1224	568	10098

Cordialmente,

JUAN JOSE REY SERRANO
Secretario de Salud y Ambiente

P/ Saith Yomara Florez Guerrero/CPS Prof. Apoyo Gestión