

## **CAPITAL SALUD EPS-S**

# **INFORME DE GESTIÓN PLANES DE MEJORAMIENTO SUPERSALUD CORTE DICIEMBRE DE 2019**

**ABRIL DE 2020**

## Tabla de Contenido

Introducción .....	3
1. Plan de Acción Auto 300 Calle 73 .....	4
2. Plan de Acción Auto-301 .....	5
3. Plan de acción Auto 151 Misericordia .....	7
4. Plan de acción Auto 162 Pau Bosa .....	7
5. Plan de acción Auto 342 Pau Kennedy .....	8
6. Plan de acción Auto 340 Pau Misericordia .....	8
7. Plan de acción Auto 339 Pau Usme .....	8
8. Plan de acción Auto 505 Pau Tunal .....	9
9. Plan de acción Auto 419 Pau Fontibón .....	9
10. Plan de acción Auto 000715 Pau Candelaria .....	9
11. Plan de acción Auto 000002 Pau Misericordia .....	10
12. Plan de acción Auto 107 Pau Villavicencio .....	10
13. Plan de acción Auto 181 Pau Acacias .....	10
14. Plan de acción Auto 286 Pau Villavicencio .....	11
15. Plan de acción PQRD .....	11
16. Plan de acción Asociación de Usuarios .....	12
17. Plan de acción Evaluación de Desempeño Atención al Usuario .....	12
18. Plan de acción Auto 131 Pau Bosa .....	12
19. Plan de acción Auto 000200 Pau Villavicencio .....	13
20. Plan de acción Evaluación de desempeño primer trimestre .....	13
21. Plan de acción Auto 000249 Pau Restrepo .....	13
22. Plan de acción Auto 000353 Pau Suba .....	14
23. Plan de Acción Sentencia T-760 (Vigencias 2016-2018) .....	14
24. Plan de Acción Auto No 00369-2016 .....	16
25. Plan de Acción Población “Leucemia” .....	18
26. Plan de Acción Población “Discapacidad” .....	19
27. Plan de Mejoramiento Flujo de Recursos .....	21
28. Plan de Mejoramiento Auto No.000109 y 00117 .....	23
29. Plan de Acción Auto 000269 PAU Misericordia-2019 .....	25
30. Plan de Acción Auto No 000189 PAU Acacias-2019 .....	25
31. Plan de Acción Auto No 00083 PAU Servitá-2019 .....	25
32. Plan de Mejoramiento Medida Vigilancia Especial (MVE) .....	26
32.1. Plan de Mejoramiento Componente Técnico Científico .....	26
32.2. Plan de Mejoramiento Componente Gestión del Riesgo-Efectividad .....	28
33. Plan de Mejoramiento Auditoría Forense Auto-000567 .....	28
34. Plan de Mejoramiento Evaluación de desempeño en Atención al Usuario – III Trimestre 2019 Régimen Subsidiado .....	29
35. Plan de Mejoramiento Auditoría Integral .....	30
36. Resultados y Conclusiones .....	30

## Introducción

La Oficina Asesora de Planeación y Calidad de Capital Salud-EPS-S realiza seguimiento a la ejecución de 35 planes de mejoramiento de Entidades de Vigilancia y Control-Superintendencia Nacional de Salud- SNS

Entre los principales temas se destacan el modelo de atención de la EPS-S, la contratación de la red, la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, el proceso de autorizaciones la atención brindada a los afiliados en los Puntos de Atención, las PQRD y el flujo de recursos de la Entidad, procesos financieros entre otros.

En la Tabla No 1 se describe cada uno de los planes de mejoramiento con el porcentaje de cumplimiento tanto de las acciones como de los indicadores propuestos. Posteriormente se desarrollará la descripción y análisis de cada uno de los planes de mejoramiento de la Entidad.

**Tabla No 1: Planes de Mejoramiento**

# Plan	Nombre del Plan de Acción	% cumplimiento de acciones	% cumplimiento del indicador
1	Plan de Acción Auto 300 Calle 73	100	100
2	Plan de Acción Auto-301	93	82
3	Plan de acción Auto 151 Misericordia	100	100
4	Plan de acción Auto 162 Pau Bosa	100	75
5	Plan de acción Auto 342 Pau Kennedy	100	100
6	Plan de acción auto 340 Pau Misericordia	100	91
7	Plan de acción Auto 339 Pau Usme	100	100
8	Plan de acción Auto 505 Pau Tunal	100	100
9	Plan de acción Auto 419 Pau Fontibón	100	94
10	Plan de acción Auto 000715 Pau Candelaria	100	94
11	Plan de acción Auto 000002 Pau Misericordia	100	75
12	Plan de acción Auto 107 Pau Villavicencio	100	50
13	Plan de acción Auto 181 Pau Acacias	100	100
14	Plan de acción Auto 286 Pau Villavicencio	100	100
15	Plan de acción PQRD	100	63
16	Plan de acción Asociación de usuarios	100	100
17	Plan de acción Evaluación de Desempeño Atención al Usuario	100	61
18	Plan de acción Auto 131 Pau Bosa	100	100
19	Plan de acción Auto 000200 Pau Villavicencio	100	100
20	Plan de acción Evaluación de desempeño primer trimestre	100	100
21	Plan de acción Auto 000249 Pau Restrepo	100	91
22	Plan de Acción Suba Auto 000353	N/A	N/A

# Plan	Nombre del Plan de Acción	% cumplimiento de acciones	% cumplimiento del indicador
23	Plan de Acción Sentencia T-760 (Vigencias 2016-2018)	68	87
24	Plan de Acción Auto No 00369-2016	100	53.34
25	Plan de Acción Población "Leucemia"	100	100
26	Plan de Acción Población "Discapacidad"	100	100
27	Plan de Mejoramiento Flujo de Recursos	82	82
28	Plan de Mejoramiento Auto No.000109 y 00117	72	72
29	Plan de Acción Auto 000269 PAU Misericordia-2019	100	100
30	Plan de Acción Auto No 000189 PAU Acacias-2019	100	100
31	Plan de Acción Auto No 00083 PAU Servitá-2019	100	100
32	Plan de Mejoramiento Medida Vigilancia Especial (MVE)		
32.1	Plan de Mejoramiento Componente Gestión del Riesgo-Efectividad	100	0
32.2	Plan de Mejoramiento Componente Técnico Científico	66	0
33	Plan de Mejoramiento Auditoria Forense Auto 000567		
34	Plan de Mejoramiento Evaluación de desempeño en Atención al Usuario – III Trimestre 2019 Régimen Subsidiado	48	89
35	Plan de Mejoramiento Auditoria Integral Auto No 00262	N/A	N/A

Fuente. Capital Salud EPS-S Oficina de Planeación y Calidad febrero 2020

## 1. Plan de Acción Auto 300 Calle 73

El Plan de Acción tiene 7 hallazgos, el seguimiento se realiza desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el estado de los hallazgos el plan se encuentra en 100% con cumplimiento. En este sentido el cumplimiento obedece a las acciones de mejoramiento realizadas, las cuales son:

- Instalación de sillas en la sala de espera.
- Instalación de digiturno
- Instalación de bolígrafo en el buzón de sugerencias.
- Publicación del formato ampliado de negación de servicios de la SNS en la cartelera de la sala de espera.
- Adecuación del baño para personas en condición de discapacidad.
- Entrega actualizada de la carta de deberes y derechos.

El Plan no se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud – SNS.

## 2. Plan de Acción Auto-301

Este plan consta de 33 acciones mejora, frente a los 17 hallazgos producto de una auditoría realizada en el año 2015. Es importante precisar que este plan de mejoramiento no ha sido aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud – SNS y que la EPS-S radicó en el año 2016 el plan de mejoramiento ajustado a la Superintendencia Nacional de Salud - SNS a través del NURC: 1-2016-135503" del Auto No. 000301 de octubre de 2015, sin que a la fecha la SNS haya dado respuesta al mismo. Sin embargo, la EPS viene realizando el seguimiento a las acciones e indicadores definidas en el Plan de Mejoramiento.

De acuerdo con el seguimiento realizado desde la Oficina Asesora de Planeación al plan de mejoramiento - Auto 301 de la SNS con corte a diciembre 31 de 2019, de las 33 acciones de mejora, el 12% de las actividades se encuentran finalizadas, el 29% en estado con cumplimiento, el 35% en ejecución y 24% pendiente por ejecutar.

Las acciones con estado finalizado corresponden al componente de Gestión NO POS. En Gestión NO POS tanto las acciones como el indicador presentaron cumplimiento permanente con respecto a la realización periódica de los Comités Técnico Científico y el diligenciamiento adecuado y oportuno de las actas reunión durante las últimas vigencias.

Las acciones con estado de cumplimiento corresponden a las áreas de calidad de red y salud pública. En calidad de red se evidencia cumplimiento en la meta de los indicadores de oportunidad en el tiempo de consulta de medicina general y odontología con un tiempo menor o igual a 3 días y en pediatría con un tiempo menor o igual a 5 días, tiempos adecuados de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1552 de 2016.

Por otro lado, las acciones que corresponden a Servicio al Cliente relacionados con los indicadores de peticiones, quejas, reclamos y denuncias, presentan cumplimiento constante para la vigencia 2019 de acuerdo con la meta definida por la entidad. Así mismo, se evidencia cumplimiento en las acciones referente al indicador de proporción del esquema de vacunación en menores de un año.

Las acciones en estado de ejecución corresponden a las áreas de Calidad de Red, Salud Pública y PQRD'S. Por parte de Calidad de Red, el reporte de indicadores que por norma deben generar las IPS'S continúa presentando incumplimiento de reporte oportuno por parte de las IPS'S de la red. Es importante mencionar, que el área de Calidad de Red realiza capacitaciones sobre reporte de indicadores a los prestadores con el objetivo de mejorar el reporte oportuno y de calidad del dato por parte de las IPS's. Así mismo, el indicador de oportunidad de entrega de medicamentos continúa por debajo del 100%. Sin embargo, el promedio del resultado de este indicador está en un 98% en promedio con respecto a la entrega completa de medicamentos. A pesar de no cumplir con la meta establecida del 100% el indicador alcanza un 98% en promedio durante la vigencia 2019, dentro de las acciones de mejora definidas por el área de calidad de red se encuentran las

auditorias de calidad a los puntos de dispensación de medicamentos, así mismo en las reuniones de Supervisión de contratos que realiza la entidad con los diferentes proveedores de medicamentos, se analizan los resultados con respecto a la entrega de medicamentos y se proponen acciones de mejora frente a los diferentes casos analizados.

Por otro lado, las dos acciones pertenecientes al componente de Salud pública muestran incumplimiento en la mayoría de sus indicadores, los indicadores relacionados con la oportunidad de detección de Cáncer de cuello uterino y mortalidad materna presentaron un comportamiento por debajo de las metas establecidas por la Entidad. Sin embargo, es importante resaltar que los indicadores de mortalidad materna y oportunidad en las autorizaciones generadas para gestantes de alto riesgo generaron resultado favorable durante el último trimestre del 2019.

En el caso de los indicadores de la cohorte de salud mental estos siguen presentando un resultado por debajo de la meta. El líder del proceso informa que continúan realizando jornadas de trabajo con la SDS con el fin de buscar estrategias y mecanismos que permitan mejorar la atención y seguimiento a los pacientes de la cohorte. Adicionalmente, se resalta la gestión realizada por el líder del proceso con respecto al seguimiento realizado a los afiliados que se han intentado quitar la vida y a aquellos que han padecido algún tipo de violencia, para que no generen sintomatología depresiva o accedan a un intento suicida.

Con respecto a las acciones pendientes de ejecución estas corresponden a las áreas de servicio al cliente, tutelas y contratación. En servicio al cliente, el indicador de tasa de satisfacción global para el segundo semestre de 2019 aún no ha sido generado, el líder del proceso informa que se encuentran tabulando los resultados de las encuestas y que a mediados de abril se tendrá el informe final.

Por otro lado, las actividades e indicadores del componente de tutelas continúan pendientes de ejecutar, debido a que la información generada por el área no permite medir los indicadores definidos en su momento de acuerdo con lo informado por el líder del área.

Finalmente, las acciones e indicadores del área de Contratación se encuentran pendientes de revisión y validación de los datos por parte de la Secretaria General y Jurídica de acuerdo con lo informado por la Abogada Sénior de Contratación. Desde la OAP se ha realizado contacto vía correo electrónico, telefónico y personal con la Abogada Senior de contratación para confirmar el estado de revisión de la información. Sin embargo, a la fecha todavía no se tiene respuesta frente a este indicador.

Es importante, que desde las Direcciones de cada área de la entidad se recomiende y promueva el seguimiento oportuno a los planes de mejoramiento, teniendo en cuenta que la Entidad de Vigilancia y Control solicita el seguimiento y sus soportes en cualquier momento y da un tiempo de respuesta de 5 a 10 días para remitir la información. En este

sentido, la OAP debe tener todos los planes de mejoramiento al día para su oportuna respuesta.

### **3. Plan de acción Auto 151 Misericordia**

El Plan de Acción tiene 7 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el estado de los hallazgos el plan se encuentra en 100% con cumplimiento. En este sentido el cumplimiento obedece a las acciones de mejoramiento realizadas, las cuales son:

- Adecuación de los módulos de atención para garantizar las condiciones de privacidad de los afiliados.
- Publicación del formato ampliado de negación de servicios de la SNS en la cartelera de la sala de espera
- Instalación de digiturno
- Instalación de bolígrafo en el buzón de sugerencias.
- Entrega actualizada de la carta de deberes y derechos.
- Inclusión de la información en formato de respuesta de PQRD para acudir a los entes de control correspondientes.
- Entrega de información al ente de control de las evidencias documentales y fotográficas.

El Plan no se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud – SNS.

### **4. Plan de acción Auto 162 Pau Bosa**

El Plan de Acción tiene 7 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, en relación con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 75% con cumplimiento y 25% en ejecución, por el siguiente motivo:

- Los proveedores de medicamentos no cumplen con la resolución 1604 de 2013 la cual establece la entrega de medicamentos en menos de 48 horas, desde el área de calidad de red se han implementado estrategias a través de planes de mejoramiento, supervisión contractual, visitas de auditoria de calidad para dar cumplimiento.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **5. Plan de acción Auto 342 Pau Kennedy**

El Plan de Acción tiene 6 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 94% con cumplimiento y 6% finalizado, por el siguiente motivo:

- La estrategia de abordar las filas del Pau con la herramienta tecnológica (Tablet) se implementó el último trimestre del año 2016 al no ser funcional por temas de conexión a la red. Durante el año 2017 se realiza la orientación a los usuarios desde la fila sin herramienta tecnológica.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **6. Plan de acción Auto 340 Pau Misericordia**

El Plan de Acción tiene 6 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el estado de los hallazgos el plan se encuentra 100%. En este sentido el cumplimiento obedece a las acciones de mejoramiento realizadas, las cuales son:

- Instalación de sillas en la sala de espera.
- Instalación de digiturno.
- Instalación de un módulo para atención preferencial.
- Instalación de bolígrafo y papelería en el buzón de sugerencias.
- Entrega actualizada de la carta de deberes y derechos.
- Solución y respuesta a las PQRD represadas de los años 2015 y 2016.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **7. Plan de acción Auto 339 Pau Usme**

El Plan de Acción tiene 10 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 97% con cumplimiento y 3% finalizado, por el siguiente motivo:

- La estrategia de abordar las filas del Pau con la herramienta tecnológica (Tablet) se implementó el último trimestre del año 2016 al no ser funcional por temas de conexión a la red. Durante el año 2017 se realiza la orientación a los usuarios desde la fila sin herramienta tecnológica.



El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **8. Plan de acción Auto 505 Pau Tunal**

El Plan de Acción tiene 6 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 94% con cumplimiento y 6%% finalizado, por el siguiente motivo:

- La estrategia de abordar las filas del Pau con la herramienta tecnológica (Tablet) se implementó el último trimestre del año 2016 al no ser funcional por temas de conexión a la red. Durante el año 2017 se realiza la orientación a los usuarios desde la fila sin herramienta tecnológica.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **9. Plan de acción Auto 419 Pau Fontibón**

El Plan de Acción tiene 9 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 89% con cumplimiento y 11% en ejecución, por los siguientes motivos:

- El total de sillas de atención preferencial (15) no se encuentran debidamente señalizadas.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **10. Plan de acción Auto 000715 Pau Candelaria**

El Plan de Acción tiene 6 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 94% con cumplimiento y 6% en ejecución, por el siguiente motivo:

- Las capacitaciones realizadas a los Analistas y Auxiliares de Servicio al Cliente de humanización de servicio realizadas no cumplen con la meta del indicador del 95% de asistencia.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **11. Plan de acción Auto 00002 Pau Misericordia**

El Plan de Acción tiene 4 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 75% con cumplimiento y 25% en ejecución, por el siguiente motivo:

- Las capacitaciones realizadas a los Analistas y Auxiliares de Servicio al Cliente de humanización de servicio realizadas no cumplen con la meta del indicador del 95% de asistencia.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **12. Plan de acción Auto 107 Pau Villavicencio**

El Plan de Acción tiene 2 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 50% con cumplimiento y 50% en ejecución, por el siguiente motivo:

- Los proveedores de medicamentos no cumplen con la resolución 1604 de 2013 la cual establece la entrega de medicamentos en menos de 48 horas, desde el área de calidad de red se han implementado estrategias a través de planes de mejoramiento, supervisión contractual, visitas de auditoria de calidad para dar cumplimiento.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **13. Plan de acción Auto 181 Pau Acacias**

El Plan de Acción tiene 6 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el estado de los hallazgos el plan se encuentra en 100% con cumplimiento. En este sentido el cumplimiento obedece a las acciones de mejoramiento realizadas, las cuales son:

- Instalación de sillas en la sala de espera.
- Publicación del formato ampliado de negación de servicios de la SNS en la cartelera de la sala de espera
- Instalación de digiturno.
- Instalación de bolígrafo y papelería en el buzón de sugerencias.
- Funcionamiento de un módulo adicional de atención preferencial.
- Señalización de las sillas de espera de atención preferencial.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

#### **14. Plan de acción Auto 286 Pau Villavicencio**

El Plan de Acción tiene 6 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el estado de los hallazgos el plan se encuentra en 100% con cumplimiento. En este sentido el cumplimiento obedece a las acciones de mejoramiento realizadas, las cuales son:

- Adecuación de las instalaciones para el acceso de las personas en condición de discapacidad.
- Instalación de sillas en la sala de espera.
- Instalación de digiturno.
- Instalación de bolígrafo y papelería en el buzón de sugerencias.
- Señalización de las sillas de espera y módulos de atención preferencial.
- Adecuación de baño para personas en condición de discapacidad.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **15. Plan de acción PQRD**

El Plan de Acción tiene 6 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 63% con cumplimiento, 31% en ejecución y 6% finalizado, por los siguientes motivos:

- Los proveedores de medicamentos no cumplen con la resolución 1604 de 2013 la cual establece la entrega de medicamentos en menos de 48 horas, desde el área de calidad de red se han implementado estrategias a través de planes de mejoramiento, supervisión contractual, visitas de auditoria de calidad para dar cumplimiento.
- Las IPS de la red contratada no cumplen con el indicador de capacidad y oportunidad del 80% de acuerdo con las auditorias de calidad realizadas.
- Las respuestas de las PQRD no se gestionan de manera oportuna de acuerdo con los tiempos establecidos.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

### **16. Plan de acción Asociación de Usuarios**

El Plan de Acción tiene 2 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de enero de 2017 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 58% con cumplimiento y 42% finalizado, por los siguientes motivos:

- La información correspondiente a las reuniones de Asociación de Usuarios del año 2014 no se realiza el cargue en la página de la SNS debido a que no se tiene la información.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

### **17. Plan de acción Evaluación de Desempeño Atención al Usuario**

El Plan de Acción tiene 9 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de abril 2018 a diciembre de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 61% con cumplimiento y 39% en ejecución, por los siguientes motivos:

- Falta de oportunidad en la asignación de citas de pediatría, ginecología, imagenología, oncología por parte de las IPS.
- Número de horas transcurridas entre la solicitud de referencia del paciente y la autorización generada por la EPS-S, se encuentra por encima de la meta establecida la cual corresponde a 24 horas.
- No se realiza la entrega completa y oportuna de medicamentos NO POS, el tiempo de espera para la entrega es superior a la meta establecida.
- Las respuestas de las PQRD no se gestionan de manera oportuna de acuerdo con los tiempos establecidos.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

### **18. Plan de acción Auto 131 Pau Bosa**

El Plan de Acción tiene 2 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de agosto de 2018 a diciembre de 2019, de acuerdo con el estado de los hallazgos el plan se encuentra en 100% con cumplimiento. En este sentido el cumplimiento obedece a las acciones de mejoramiento realizadas, las cuales son:

- La rampa de ingreso para las personas en condición de discapacidad se encuentra habilitada.
- Entrega actualizada de la carta de deberes y derechos.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### **19. Plan de acción Auto 000200 Pau Villavicencio**

El Plan de Acción tiene 2 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de agosto de 2018 a diciembre de 2019, de acuerdo con el estado de los hallazgos el plan se encuentra en 100% con cumplimiento. En este sentido el cumplimiento obedece a las acciones de mejoramiento realizadas, las cuales son:

- Adecuación de baño para personas en condición de discapacidad.
- Entrega actualizada de la carta de deberes y derechos.

El Plan se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud - SNS

### **20. Plan de acción Evaluación de desempeño primer trimestre**

El Plan de Acción tiene 10 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de septiembre a junio de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 81% con cumplimiento y 19% finalizado, por los siguientes motivos:

- Número de horas transcurridas entre la solicitud de referencia del paciente y la autorización generada por la EPS-S, se encuentra por encima de la meta establecida la cual corresponde a 24 horas.
- Falta de oportunidad en la asignación de citas de pediatría, ginecología, imagenología, medicina interna y cirugía general por parte de las IPS.
- Las respuestas de las PQRD no se gestionan de manera oportuna de acuerdo a los tiempos establecidos.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

### **21. Plan de acción Auto 000249 Pau Restrepo**

El Plan de Acción tiene 11 hallazgos, se inicia seguimiento desde el mes de octubre a junio de 2019, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones se encuentra en 100%, con el estado de los hallazgos e indicadores el plan se encuentra en 91% con cumplimiento y 9% en ejecución por el siguiente motivo:

- La adecuación del baño para personas en condición de discapacidad se encuentra pendiente por ejecutar. La sucursal Meta se encuentra realizando el proceso para definir el proveedor que realizará las adecuaciones.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

## 22. Plan de acción Auto 000353 Pau Suba

El Plan de Acción tiene 2 hallazgos, la visita por parte de la Superintendencia Nacional de Salud – SNS se realizó del 28 de octubre de 2018. Se presenta el plan de mejoramiento por primera vez el 28 de diciembre de 2018, de acuerdo con la segunda solicitud de la SNS se presenta por segunda vez el 2 de diciembre de 2019. A la fecha el plan de mejoramiento no ha sido aprobado por la SNS.

## 23. Plan de Acción Sentencia T-760 (Vigencias 2016-2018)

En el marco del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 mediante la cual se establecen 14 criterios que definen los aspectos que impiden el goce efectivo del derecho a la salud de los ciudadanos se realiza el seguimiento con corte a diciembre de 2019.

La Superintendencia Nacional de Salud – SNS remitió informe final de auditoria mediante oficio NURC 2-2019-78750 del 05 de julio de 2019, para la vigencia 2018, por lo cual solicito la consolidación de los hallazgos establecidos para las vigencias 2016, 2017, 2018, quedando una agrupación de 16 hallazgos.

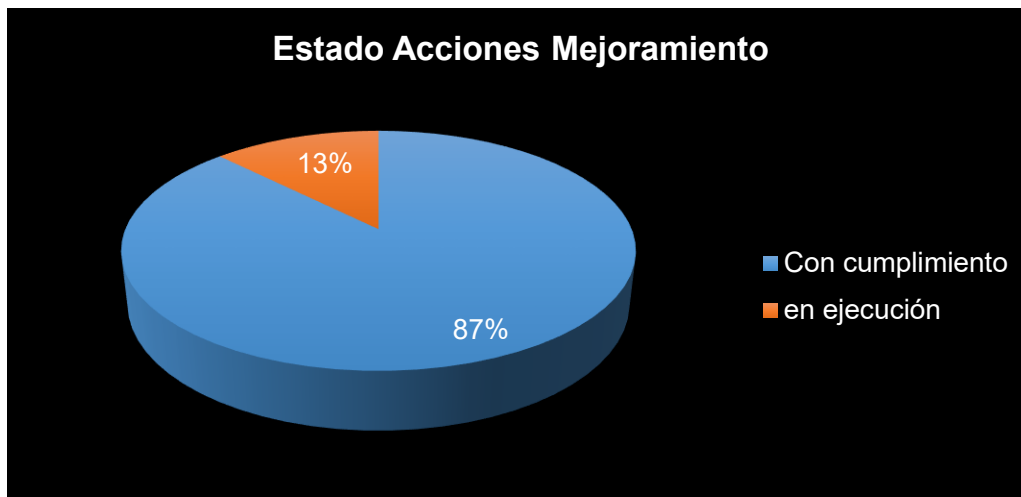
Por otro lado, la SNS mediante oficio NURC 1-2019-433812 del 4 de octubre de 2019, recibido en la EPS el 15 de octubre de 2019, informó la aceptación del plan de mejoramiento, por lo cual se debe remitir el diligenciamiento de las acciones de mejora implementada de los hallazgos junto con los respectivos soportes, de manera semestral, en este sentido el primer reporte a la SNS se debe presentar el 15 de abril de 2020.

En el seguimiento del plan de mejoramiento contiene 16 hallazgos en los cuales se resume en 19 acciones específicas. En la siguiente matriz de control se detalla los avances del seguimiento.

ACIONES DE MEJORAMIENTO	HALLAZGO
1. Control mensual de la base de datos de autorizaciones. Fecha de autorización del servicio frente a la fecha de solicitud de la autorización	Hallazgo 1,6,11,12,13
2. Seguimiento trimestral a los indicadores establecidos en el Artículo 125 del Decreto ley 019 de enero 10 de 2012	Hallazgo 1
1. Medición de los días transcurridos entre la fecha de autorización frente a la fecha de prestación por área	Hallazgo 2,7,9

ACCIONES DE MEJORAMIENTO	HALLAZGO
3. Medición de los días transcurridos entre la fecha de autorización frente a la fecha de prestación por área	Hallazgo 2
3. Realizar reuniones programadas trimestralmente con cada una de las Subredes para la retroalimentación de los resultados de oportunidad de servicios, con el fin de implementar planes de Mejora.	Hallazgo 2,7
1. Gestión de la Productividad en el trámite del MIPRES 2. Tablero de control con semaforización con los tiempos de respuesta para cada solicitud 3. Plan de contingencia para mitigar el atraso presentado de acuerdo a la normatividad vigente. 4. Aumento de Productividad por cada funcionario 5. Aumento de la Capacidad Operativa.	Hallazgo 3
1. Tablero de control con semaforización con los tiempos de respuesta para cada solicitud. 2. Retroalimentación a IPS prestadoras de servicios.	Hallazgo 4
La Resolución 2438 del 2018 implementa la plataforma MIPRES donde la EPS no tiene competencia de aprobar o negar servicios excluidos del PBS, esto es potestad del médico tratante.	Hallazgo 5
1. Control mensual de la base de datos de autorizaciones. 2. Control mensual de la base de datos laboratorios y medicamentos.	Hallazgo 6,11, 12, 13
3. Medición de los días transcurridos entre la fecha de autorización frente a la fecha de prestación por área	Hallazgo 7
1. Control mensual de la base de datos de autorizaciones para médico no adscritos. Fecha de autorización del servicio por médico no adscrito frente a la fecha de solicitud de la autorización	Hallazgo 8
1. Seguimiento y Control a los servicios solicitados de las poblaciones identificadas y caracterizadas en cohortes de Alto Costo 2. Seguimiento y Control en el cumplimiento de los indicadores de oportunidad en la generación de autorización. 3. Implementación de acciones de mejora de los hallazgos encontrados en el seguimiento.	Hallazgo 10
1. Cronograma de plan de trabajo para que el cierre de mayo 2019 todas las prestaciones económicas radicadas queden transcritas.	Hallazgo 14
2. En paralelo a la transcripción realizar liquidación y pagos semanales, de vigencias anteriores y operación corriente.	Hallazgo 14
3. Para junio se debe continuar con la liquidación de las incapacidades transcritas.	Hallazgo 14
1. Realizar solicitud de aprobación de traslados teniendo en cuenta la normatividad vigente.	Hallazgo 15
2. Si el traslado fue negado por la EPS, Capital Salud EPS-S enviará solicitud por correo electrónico o por oficio remitiendo los formatos de afiliación de los registros negados, donde demuestre a la EPS que el afiliado tiene voluntad de trasladarse para Capital Salud EPS.	Hallazgo 15
3. Enviar solicitudes oficialmente, con copia a la Superintendencia Nacional de Salud.	Hallazgo 15
1. Seguimiento a la marcación oportuna en la parametrización de los afiliados que llegan con diagnósticos de patologías oncológicas y de alto costo.	Hallazgo 16

Dentro del seguimiento con corte a diciembre de 2019 se realiza la medición de avances a través de la cantidad de acciones de mejoramiento asignados en el plan en el cual contiene los respectivos soportes del indicador.



Fuente: Matriz de seguimiento plan de acción T-760

Con corte a diciembre de 2019 se cuenta con el 87% de cumplimiento, aumentando en un 19% con respecto a octubre de 2019, el cual se encontraba con un cumplimiento del 68% de las acciones, relacionando soportes como, actas de reunión, requerimientos tecnológicos, resumen de información y bases de datos.

El 13% se encuentran en ejecución, por lo cual la EPS se encuentra adelantando las gestiones para dar cumplimiento a la meta establecida y subsanar la acción de mejora y el hallazgo.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

#### **24. Plan de Acción Auto No 00369-2016**

En cumplimiento al Informe definitivo de Auditoria Especial remitido el 30 de noviembre 2016, ordenado mediante Auto 000369 del 26 de julio de 2016 a Capital Salud EPS, por lo cual la Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional solicita diseñar un plan de mejoramiento que permita corregir las causas que generaron los hallazgos plasmados en el informe final, a fin de evitar que situaciones similares se vuelvan a presentar.

En las mesas de trabajo realizadas con cada uno de los responsables de dar respuesta a cada oportunidad de mejora, se pudo avanzar tanto en el diligenciamiento de la matriz como en la recolección de soportes que sustentan la gestión realizada por cada hallazgo.

De acuerdo con el reporte entregado por los responsables de cada acción de mejora con relación al seguimiento Auto 0369, frente al estado de las acciones evaluadas se concluye que el total de las acciones finalizadas son 4 con un resultado de 26.67%, en ejecución se



encuentran 7 con un resultado 46,67%, con cumplimiento 4 con un resultado 26,67% y el resultado de cumplimiento del indicador es del 60%.

Es preciso aclarar que se tiene un total de 9 Hallazgos y 15 acciones de mejora y los componentes evaluados de acuerdo con la matriz de seguimiento son:

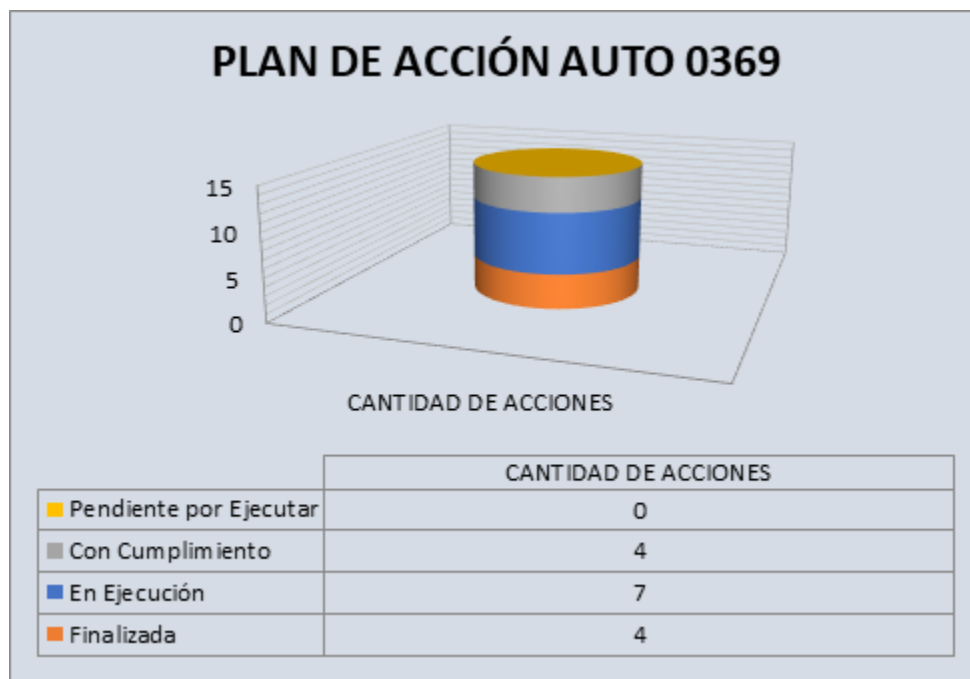
- Modelo de atención integral en salud
- Autorizaciones
- Gestión de riesgo en salud
- Integración red de prestación de servicios

A continuación, se relacionan las acciones de mejora con las cuales se han tenido dificultades en la entrega de la Información, cabe resaltar que las demás acciones de mejora han tenido avances positivos como se muestra en el párrafo anterior.

- Identificar mensualmente las desviaciones frente a los estándares de calidad en la prestación del servicio a la población afiliada.
- Seguimiento continuo a la Red de Prestación especialmente a las IPS que nos atienden los Grupos de Riesgos.
- Para Bogotá se ajustará al Modelo de Presupuesto Global por Actividad Final. Estas actividades serán reconocidas por cada actividad realizada, promoviendo así el incremento de número de actividades por IPS. Para Meta se realizará seguimiento al cumplimiento de coberturas de manera trimestral, previo informe de seguimiento realizado a cada IPS Primaria en relación con lo contratado en el que se identifique las actividades ejecutadas y no ejecutadas para determinar la acción correctiva por parte de la IPS y decisión final por parte de la EPS-S.
- Se realizará medición de la capacidad instalada de la red contratada vs las frecuencias de uso ajustadas a la población para establecer el indicador de suficiencia de red de Bogotá y Meta.

#### AVANCES DE ACUERDO CON EL ESTADO DE LA ACCIÓN.

ESTADO DE LA ACCIÓN	CANTIDAD	RESULTADO %
Finalizada	4	26,67
En Ejecución	7	46,67
Con Cumplimiento	4	26,67
Pendiente por Ejecutar	0	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>



De acuerdo con lo anterior, se continuará con el seguimiento para lograr el cumplimiento a las acciones de mejora.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

### **25. Plan de Acción Población “Leucemia”**

El seguimiento al Plan de Leucemia durante la vigencia 2019, se realizó con la persona encargada de la Cohorte de Cáncer en el área de Alto Costo e igualmente se elabora matriz de seguimiento. En este plan cuenta un (1) hallazgo:

**Hallazgo 1:** No se evidencia el seguimiento a la continuidad del tratamiento y el monitoreo a los traslados, abandono y finalización del tratamiento.

➤ Descripción Acciones de Mejora:

\* Capacitar a los responsables del reporte en las IPS de red que garanticen la atención a los afiliados con leucemia: Instituto Nacional de Cancerología - INC y Hospital la Misericordia -HOMI.

\* Realizar monitoreo anual del reporte de la Cuenta de Alto Costo a las IPS de la red contratada.

\* Realizar planes de mejoramiento y seguimiento al cumplimiento de las IPS frente al registro del reporte a Cuenta de Alto Costo.

➤ Indicador de la Acción de Mejora:

Registros de afiliados reportados correctamente a la CAC = 100%.

➤ Meta de la Acción: 11 meses.

➤ Estado de la Acción a agosto de 2019: Con Cumplimiento.

➤ Observaciones a agosto de 2019:

En agosto se realiza seguimiento a los usuarios que se cargaron con las HC reportadas por las IPS de la CAC dando cumplimiento a la resolución 247 del 2014.

El indicador se genera con periodicidad anual y los resultados de lo reportado son comunicados y publicados por parte de la CAC después de realizar la auditoría.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

## 26. Plan de Acción Población “Discapacidad”

El seguimiento al Plan de Discapacidad durante la vigencia 2019, se realizó por cada hallazgo con el referente respectivo e igualmente se elabora matriz de seguimiento. En este plan se tienen tres (3) hallazgos:

**Hallazgo 1:** El cierre efectivo de los casos abierto por " riesgo de vida", a usted reportados, por usuarios en condición de discapacidad, gestionados por el Grupo de soluciones inmediatas en Salud - SIS -de la Dirección de Atención al Usuario.

➤ Descripción Acciones de Mejora:

Realizar jornadas de trabajo para agrupar PQRD por tipificación y elaborar respuesta con la solución de los casos requeridos.

Construir estadísticas por grupos de riesgo y casos prioritarios, para orientar decisiones sobre el manejo y respuesta oportuna de NURC requeridos por la Superintendencia Nacional de Salud.

- Indicador de la Acción de Mejora:

70% de cierre efectivo de casos reportados a Capital Salud por "riesgo de vida".

- Meta de la Acción:

Resolver el 70% de los NURC " riesgo de vida" y ajustar el proceso de PQR para dar cumplimiento oportuno y eficiente en las respuestas.

- Estado de la Acción a diciembre de 2018: 100% - Con Cumplimiento.
- Observaciones a agosto de 2019:

El Indicador de PQRD Riesgo de Vida a población en condición de discapacidad, para el mes de agosto de 2019 evidenció un cumplimiento del 100%, manteniéndose esta acción en estado de cumplimiento.

**Hallazgo 2.** Suficiencia de red prestadora para la atención a los usuarios en condición de discapacidad, remitiendo la información de las IPS en donde son atendidos los menores. de manera continua, integral y oportuna.

- Descripción Acciones de Mejora:

Contratación directa con IPS que cuente con los servicios requeridos por los afiliados, contando con estándares de calidad y habilitación garantizando los servicios con estas IPS por pago por anticipo mientras se realiza la contratación definitiva.

- Indicador de la Acción de Mejora:

90% de los afiliados en condición de discapacidad, con IPS asignada para el manejo de su tratamiento.

- Meta de la Acción:

Garantizar el cumplimiento del 100% de la acción dentro del tiempo establecido y continuar ajustando el proceso para garantizar la atención a los afiliados.

- Estado de la Acción: 100% - Con Cumplimiento.
- Observaciones a agosto de 2019:

La EPS-S tienen contratadas las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud en donde se garantiza la atención de los servicios de consulta de medicina general y especializada, hospitalización, apoyo diagnóstico y terapéutico y procedimientos quirúrgicos, y en las IPS privadas se prestan los servicios de hospitalización,

procedimientos quirúrgicos y atención domiciliaria. Con estas IPS, Capital Salud EPS-S garantiza la prestación de servicios a los afiliados en condición de discapacidad de acuerdo con el plan de mejoramiento.

**Hallazgo 3.** Citas médicas con medicina general, citas médicas con medicina especializada, medicamentos POS y NO POS, suministros, sillas de ruedas, sillas para baño, Terapias físicas, respiratorias, del lenguaje, atención domiciliaria, servicio de enfermería por 12 y 24 horas, servicio de transporte, exámenes diagnósticos y cambio de prestador.

➤ Descripción Acciones de Mejora:

Generación de autorización de servicios requeridos para coberturas POS, en el caso de lo No POSS de acuerdo con los tramites de CTC correspondiente Y/o alcances de los fallos interpuestos por los afiliados.

➤ Indicador de la Acción de Mejora:

90% de los afiliados con garantía en acceso y prestación de servicio.

➤ Meta de la Acción:

Garantizar el cumplimiento del 100% de la acción dentro del tiempo establecido y continuar ajustando el proceso para garantizar la atención a los afiliados.

- Estado de la Acción: 100% - Con Cumplimiento.
- Observaciones a agosto de 2019:

Capital Salud EPS S desde los diferentes canales de autorización ha generado las autorizaciones a los Afiliados en Condición de discapacidad, e implemento el seguimiento a la prestación de los servicios a los afiliados en condición de discapacidad.

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

## **27. Plan de Mejoramiento Flujo de Recursos**

El plan de mejoramiento flujo de recursos consta de 16 hallazgos y 17 acciones de mejora. A continuación, se relaciona el estado de la acción según el resultado del indicador definido como parámetro de medición.

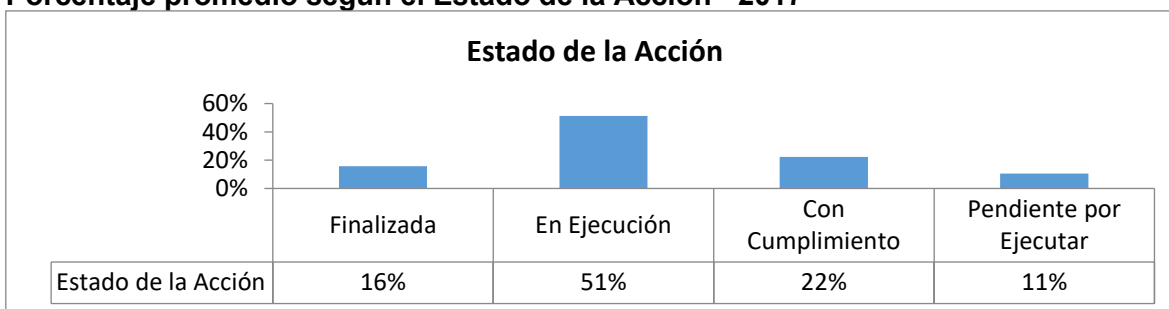
El estado de la acción se define según los siguientes criterios:

Estado de la Acción	Permitirá indicar
Finalizada	Si cada acción ya finalizó y no se mide en periodos posteriores
En Ejecución	Si a la fecha la acción se encuentra en ejecución y el indicador no se cumple
Con Cumplimiento	Si la acción ya generó un cumplimiento y el indicador se cumple y no obstante debe medirse mensualmente
Pendiente por Ejecutar	Si la acción a la fecha no se ha ejecutado

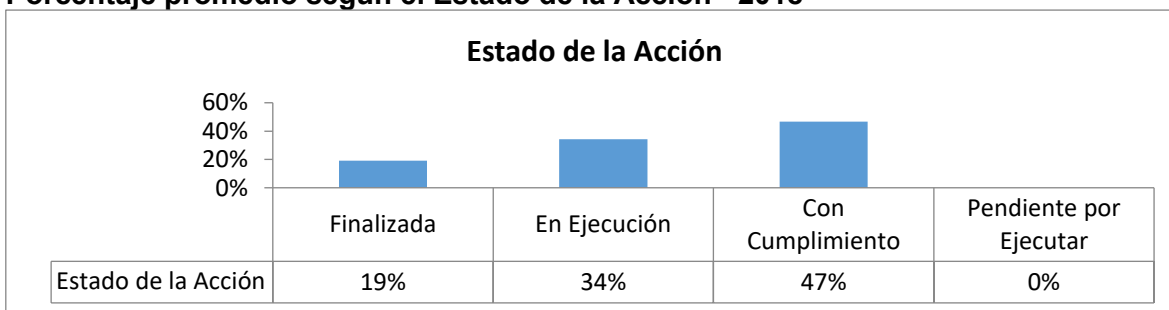
El estado de las acciones varía dependiendo del resultado del indicador con respecto a la meta global establecida o al mes en que se inicia la implementación de la acción definida en el Plan de Mejoramiento.

El porcentaje promedio según el Estado de la Acción presentó entre el año 2017 y 2018 el siguiente comportamiento.

#### Porcentaje promedio según el Estado de la Acción - 2017



#### Porcentaje promedio según el Estado de la Acción - 2018



Al comparar los resultados se evidencia que las variaciones más significativas están en los indicadores incluidos en el estado de la acción Con Cumplimiento y En ejecución pasando de 22% a 47% y de 51% a 34%, respectivamente lo que indica que se incrementó el número

de acciones que generaron un cumplimiento y el indicador se cumple y no obstante se continúa midiendo mensualmente como medida de control.

Es importante precisar que los resultados de los indicadores del Auto 215 fueron alineados con los obtenidos en los indicadores de los factores críticos evaluados en el Plan de Medida de Vigilancia Especial para la vigencia 2017 y 2018.

Para el mes de diciembre de 2019 el estado de la acción del plan de acción tiene el siguiente resultado:

Diciembre de 2019		
Estado de la Acción	Permitirá indicar	Diciembre
Finalizada	Si cada acción ya finalizó y no se mide en periodos posteriores	59%
En Ejecución	Si a la fecha la acción se encuentra en ejecución y el indicador no se cumple	18%
Con Cumplimiento	Si la acción ya generó un cumplimiento y el indicador se cumple y no obstante debe medirse mensualmente	23%
Pendiente por Ejecutar	Si la acción a la fecha no se ha ejecutado	0%
<b>TOTAL</b>		<b>100%</b>

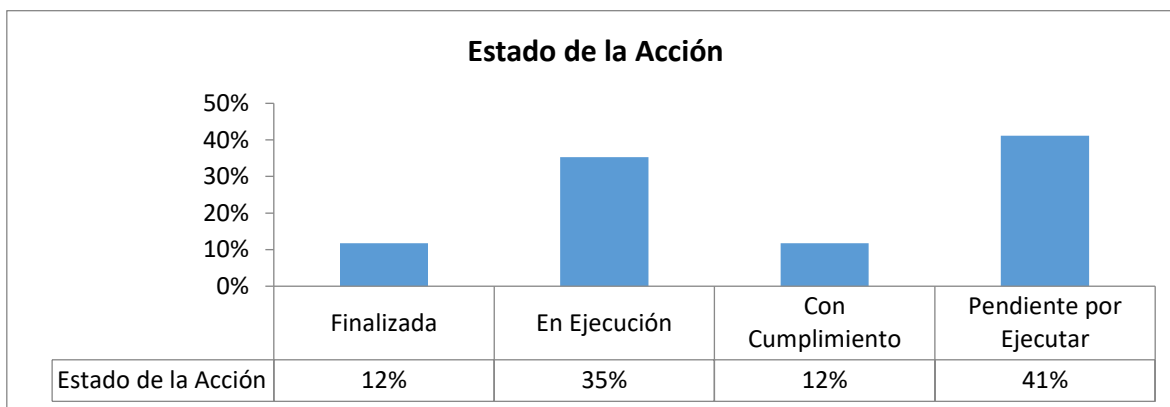
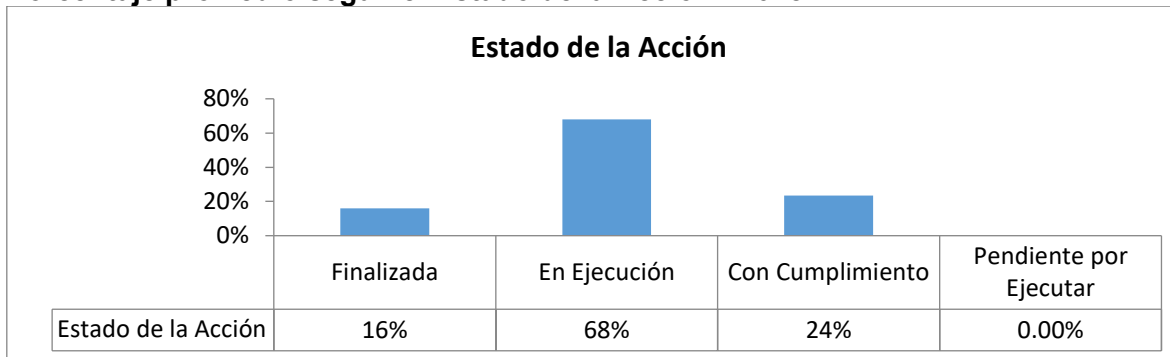
El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

## 28. Plan de Mejoramiento Auto No.000109 y 00117

El plan de mejoramiento Auto No. 000109 y 00117 consta de 26 hallazgos y 26 acciones de mejora. A continuación, se relaciona el estado de la acción según el resultado del indicador definido como parámetro de medición. El estado de la acción se define de la manera indicada anteriormente.

Es importante precisar que este plan de mejoramiento no ha sido aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud – SNS y que la EPS-S radicó respuesta a la Superintendencia Nacional de Salud - SNS por la "No aprobación del Plan de Mejoramiento NURC: 2-2016-053784" del Auto No. 000109 de abril de 2015, modificado por el Auto No. 00117 del 13 de abril de 2015; mediante radicado No. 0706163521776 del 06/07/2016 sin que a la fecha la SNS haya dado respuesta. Sin embargo, la EPS ha realizado el seguimiento a las actividades relacionadas en el Plan de Mejoramiento.

El porcentaje promedio según el Estado de la Acción presentó entre el año 2017 y 2018 el siguiente comportamiento.

**Porcentaje promedio según el Estado de la Acción – 2017**

**Porcentaje promedio según el Estado de la Acción - 2018**


Al comparar los resultados se evidencia que las variaciones más significativas están en los indicadores incluidos en el estado de la acción Con Cumplimiento y En ejecución pasando de 12% a 24% y de 35% a 68%, respectivamente.

Para el mes de diciembre de 2019 el estado de las acciones del plan de acción tiene el siguiente resultado:

<b>Diciembre de 2019</b>		
<b>Estado de la Acción</b>	<b>Permitirá indicar</b>	<b>Dic</b>
Finalizada	Si cada acción ya finalizó y no se mide en periodos posteriores	<b>16%</b>
En Ejecución	Si a la fecha la acción se encuentra en ejecución y el indicador no se cumple	<b>28%</b>
Con Cumplimiento	Si la acción ya generó un cumplimiento y el indicador se cumple y no obstante debe medirse mensualmente	<b>56%</b>
Pendiente por Ejecutar	Si la acción a la fecha no se ha ejecutado	<b>0%</b>



Diciembre de 2019		
Estado de la Acción	Permitirá indicar	Dic
TOTAL		100%

El Plan de Acción se envió a la Superintendencia Nacional de Salud y Capital Salud EPS-S no ha sido notificado de su aprobación.

### 29. Plan de Acción Auto 000269 PAU Misericordia-2019

El Plan de Acción tiene 7 hallazgos, de los cuales se enviaron evidencias para subsanar dos de estos (hallazgo 4 y hallazgo 6), para los demás hallazgos se envió plan de mejora el 20 de agosto, el plan de mejora fue aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud el 23 de septiembre de 2019, dando plazo para el reporte de las evidencias hasta el 25 de noviembre de 2019. Las evidencias correspondientes fueron reportadas conforme a lo indicado por la SNS el día 25 de noviembre de 2019, cerrando todos los hallazgos presentados y enervando los hallazgos generados quedando en un cumplimiento y ejecución del 100%.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### 30. Plan de Acción Auto No 000189 PAU Acacias-2019

El informe de auditoría generada por la SNS en el PAU Acacias fue radicado en Capital Salud el 9 de agosto de 2019, en donde se levantaron 5 hallazgos. De estas 5 no conformidades reportadas, Capital Salud generó Plan de Acción ante la SNS el 27 de agosto de 2019, dentro de lo cual se entregaron evidencias para subsanar los hallazgos 2, 3 y 4. La Superintendencia Nacional de Salud notificó aprobación del plan de mejora el 21 de octubre de 2019 dando 5 días hábiles para el reporte de las evidencias correspondientes. La EPS en atención a dicha solicitud, reportó ante la SNS las evidencias correspondientes el martes 29 de octubre de 2019, entregando las evidencias correspondientes a los hallazgos faltantes, quedando en un cumplimiento y ejecución del 100%.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

### 31. Plan de Acción Auto No 00083 PAU Servitá-2019

La SNS notificó informe de auditoría para el PAU SERVITA el 17 de mayo de 2019, con un total de 10 hallazgos, a los cuales se le generó el respectivo Plan de Acción el cual fue presentado para aprobación ante la SNS el 31 de mayo de 2019. La Superintendencia Nacional de Salud, aprobó este plan de acción el 9 de julio de 2019 y a la fecha la EPS ejecutó el 100% de los mismos, remitiendo las evidencias correspondientes y radicándolas a la SNS el pasado 11 de septiembre de 2019.

El Plan de Acción se encuentra aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

## **32. Plan de Mejoramiento Medida Vigilancia Especial (MVE)**

### **32.1. Plan de Mejoramiento Componente Técnico Científico**

Conforme a las indicaciones generadas por la Superintendencia Nacional de Salud en el mes de junio de 2019, en donde le solicita a la EPS establecer plan de mejora para los indicadores de la Medida de Vigilancia Especial que presentan incumplimiento en los dominios de Experiencia de la Atención, Gestión del riesgo y Efectividad vinculados al componente Técnico Científico, Capital Salud EPS-S elaboró y presentó plan de mejora, el cual fue revisado y aprobado por la firma contralora con funciones de revisor fiscal SAC CONSULTING durante las mesas de trabajo realizadas en el mes de julio de 2019. Así mismo, se precisa que de manera mensual se ha desarrollado el seguimiento a la ejecución y cumplimiento de las estrategias definidas, presentando los avances a la firma contralora y obteniendo los siguientes resultados con corte al 30 de diciembre de 2019:

#### **Dominio Experiencia de la atención**

La SNS solicitó plan de mejora para 6 indicadores del dominio Experiencia de la Atención, las estrategias definidas y ejecutadas permitieron alcanzar el cumplimiento de la meta nacional en los indicadores de oportunidad asociados a la asignación de citas para las especialidades de odontología, pediatría y obstetricia. Estos resultados se alcanzaron por la implementación de las acciones que se describen a continuación:

1. Se desarrolló de manera mensual el seguimiento y control de la oportunidad en la asignación de citas para los servicios de medicina general, odontología, pediatría, medicina interna, obstetricia, cirugía general, cirugía programada, tratamiento en cáncer de mama, cirugía reemplazo de cadera, cirugía de cataratas y cirugía revascularización miocárdica, por parte de la Red de Prestación de Servicios de Salud, a través de informes de análisis de desviación frente al promedio de espera para la asignación de citas, lo anterior, con el fin de focalizar y caracterizar las acciones de mejoramiento que se requerían implementar para generar cumplimiento.
2. En el seguimiento contractual, se implementaron auditorías de validación a partir de las bases de datos enviadas por las IPS por reporte de Resolución 1552, el equipo de Calidad de Red realizó validación de la información nominal de los usuarios y la oportunidad de asignación de citas, según los resultados, se realiza retroalimentación al prestador vía correo electrónico, para determinar las diferencias entre el tiempo de la solicitud de las citas a la fecha de asignación de estas.
3. Evaluación indicadores de seguimiento oportunidad en la atención definidos en el PAMEC para mejorar los análisis de supervisión contractual y de seguimiento de la

calidad de la red, frente al no cumplimiento evidenciado, con el fin de fortalecer y optimizar los resultados de oportunidad.

4. Se realizó acompañamiento para la definición y seguimiento a Planes de Mejoramiento con la red prestadora y se desarrolló el respectivo seguimiento de manera trimestral.
5. Se desarrolló actualización contractual en donde se definió que la prestación del servicio de medicina general y odontología se ampliara y realizara en todas las sedes de Virrey Solís.
6. Se optimizaron los canales de comunicación con la red prestadora, en donde, por medio de oficios se retroalimentó a las gerencias de los diferentes prestadores con los resultados presentados en la oportunidad de asignación de citas.

### **Dominio Gestión del Riesgo y Efectividad**

La SNS solicitó plan de mejora para 5 indicadores del dominio Gestión del Riesgo y 2 del dominio Efectividad, las estrategias definidas y ejecutadas permitieron mejorar los indicadores de gestantes con control prenatal, tamización para VIH en gestantes y toma de colposcopia. Estos resultados se alcanzaron por la implementación de las acciones que se describen a continuación:

1. Se desarrollaron actividades de búsqueda de información en las IPS para dar cumplimiento al diligenciamiento de la base de gestantes y así contar con la información de forma completa y confiable para el reporte y seguimiento correspondiente. Mesas de trabajo (Actas)
2. Articulación con las IPS para la identificación de las afiliadas gestantes desde los diferentes escenarios de contacto (Planes de Intervenciones Colectivas PIC, urgencias, hospitalización, afiliación y autorizaciones) con el fin de fomentar el ingreso oportuno al control prenatal, así mismo, se continuó con las actividades de información en redes sociales, página web y participación en las diferentes campañas que organiza la Secretaría de Salud.
3. Se generó reporte de todas las mujeres en edad fértil al PIC de la Secretaría de Salud para que desde el espacio Vivienda, se haga la búsqueda de mujeres en gestación y se notifiquen a la EPS.
4. Fortalecimiento de las estrategias de comunicación, información y educación en donde se enfatiza a las gestantes la realización de exámenes durante su gestación entre ellos, las pruebas de VIH y Sífilis. se reporta al PIC de la secretaria de salud de Bogotá para que haga búsqueda de las gestantes de alto riesgo clasificadas y las no adherentes para así asegurar la continuidad del control prenatal y la aplicación de la guía, así mismo, las IPS hacen reporte mensual de los resultados de VIH para así tener mayor captación del dato.
5. Búsqueda activa de usuarias con resultados alterados de citología para inducir a la realización de la colposcopia, así como la entrega de bases de las usuarias sin este

- examen a las IPS contratadas para el procedimiento, con el fin de que realicen demanda inducida, asignación de citas y realización del examen respectivo.
6. Articulación con las IPS para fortalecer la captación oportuna a las usuarias con citologías anormales para la realización de la colposcopia, con el componente de que la IPS que oferta el servicio cuente con oportunidad en la cita.
  7. Se realiza contratación con un nuevo prestador en la sucursal Meta para así ofrecer mayor oportunidad en la toma del examen de colposcopia.

Se precisa que los planes de mejora presentaron una ejecución promedio del 80%, en donde Experiencia de la atención cumplió en un 80%, mientras que Gestión del Riesgo y Efectividad cumplieron el plan en un 100%.

Es necesario indicar que para el año 2020, la firma contralora con funciones de revisor fiscal SAC CONSULTING, está definiendo la línea sobre la cual se realizará la definición del plan de mejora y la metodología para realizar el respectivo seguimiento.

### **32.2. Plan de Mejoramiento Componente Gestión del Riesgo-Efectividad**

El Plan de mejoramiento del Componente Gestión del Riesgo y Efectividad de abril de 2019, cuenta con 7 indicadores que son: Tasa incidencia de Sífilis Congénita, Porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal, porcentaje de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes, porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia, Porcentaje de pacientes diabéticos controlados, Tasa de mortalidad perinatal, y Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) con 27 acciones y un cumplimiento del 100% con corte a diciembre de 2019.

Mensualmente en la reunión del Componente de Gestión del Riesgo en conjunto con la firma Contralora SAC Consulting se realiza un seguimiento de avance del plan y se incluye en los soportes de los Indicadores de Evaluación de la Medida de Vigilancia Especial (MVE) en la Plataforma Fénix.

### **33. Plan de Mejoramiento Auditoría Forense Auto-000567**

Capital Salud EPS-S recibió en octubre de 2015 la Auditoría Forense realizada por la firma Unión Temporal AUDITORIA FORENSE 024-2016. Sin embargo, fue hasta diciembre de 2018 que la Superintendencia Nacional de Salud - SNS presentó el informe de la Auditoría Forense, frente a este informe la EPS-S radicó informe de respuesta y plan de mejoramiento a la SNS mediante radicado NURC:1-2018-204919" del Auto No. 000567 el 13 de diciembre de 2018. No obstante, en octubre de 2019 la SNS remite oficio en la cual notifica a la EPS-S de la "No aprobación del plan de mejoramiento". Por lo tanto, el 15 de noviembre de 2019

la EPS remite a la SNS informe sobre aclaración de hallazgos y plan de mejoramiento ajustado.

En diciembre de 2019, la SNS remite nuevamente oficio en el cual indican que el plan de mejoramiento no fue aprobado y que se dará traslado del caso a la Superintendencia Delegada de Procesos Administrativos. Frente a esta situación la Oficina Asesora de Planeación se reunió con los directores de área y jefes de oficina responsables de las acciones definidas en el plan de mejoramiento para determinar el proceso a seguir y definir responsables. Como resultado, la EPS remitió oficio a la SNS reiterando las justificaciones y aclaraciones correspondientes que evidencian inconsistencias en el proceso de la auditoría forense y análisis del mismo.

Actualmente, la Entidad se encuentra pendiente de respuesta por parte de la SNS con respecto al último oficio remitido en diciembre de 2019, mediante el cual la EPS ajustó el plan de mejoramiento de acuerdo con las observaciones presentadas por la SNS.

### 34. Plan de Mejoramiento Evaluación de desempeño en Atención al Usuario – III Trimestre 2019 Régimen Subsidiado

Capital Salud EPS-S recibió el 12 de diciembre de 2019 oficio emitido por la Superintendencia Nacional de Salud en el cual solicitaron plan de mejoramiento frente a los resultados obtenidos durante la evaluación de desempeño en la atención al usuario del régimen subsidiado para el tercer trimestre del año 2019.

Por lo anterior, la EPS generó y presentó el 19 de diciembre de 2019 plan de mejoramiento a un total de 9 hallazgos identificados, dicho plan de mejoramiento no ha sido reportado como aprobado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, sin embargo, los procesos involucrados se encuentran ejecutando las acciones definidas, con una ejecución con corte al 30 de enero de 2020 del 48,89%, discriminado de la siguiente manera:

ÁREA RESPONSABLE	HALLAZGO	% EJECUCIÓN PLAN DE MEJORA
CALIDAD DE RED	Falta oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	80.00
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	Demora en la Referencia o Contrarreferencia	10.00
MEDICINA LABORAL	Negación de los fallos de las juntas calificadoras para invalidez riesgos profesionales	20.00
CALIDAD DE RED	Negación de insumos médicos hospitalarios	-
CALIDAD DE RED	Muerte o fallecimiento de usuario	100.00
CALIDAD DE RED	Negación de insumos médicos hospitalarios POS	100.00
CALIDAD DE RED	Negación de la consulta médica especializada de medicina interna	80.00
CALIDAD DE RED	Negación servicios de apoyo terapéutico (terapias físicas respiratorias, ocupacionales etc.)	50.00

ATENCIÓN AL USUARIO	Durante el tercer trimestre del 2019, en promedio el 48.62% de los usuarios del SGSS encuestados informaron que capital salud no brindó respuesta a sus PQRD. ahora bien, del 51.38% de los usuarios que recibieron una respuesta de la EPS, el 15.58% informa no haber recibido una solución de fondo a su petición.	-
% PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORA		48.89

### 35. Plan de Mejoramiento Auditoria Integral

En mayo de 2017 la Superintendencia Nacional de Salud-SNS realizó auditoria Integral a Capital Salud EPS-S, mediante Auto No 00262. El día 15 de abril de 2019 mediante Nur 2-2019-39165 la Supersalud emitió el Informe Final de la visita y solicitó Plan de Mejoramiento Institucional.

El 30 de abril de 2019 Capital Salud remitió respuesta del Nur No 2019-39165 allegando el plan de mejoramiento. El 31 de enero de 2020 la Supersalud mediante Nur No 2-2020-6802 dando respuesta que el Plan de Mejoramiento no fue aprobado y dan 10 días hábiles para ajustar el Plan en mención.

Con el apoyo de las Direcciones de la Entidad se ajustó y envió el Plan de Mejoramiento mediante Oficio No DI-DG-CT 045-2020. Este plan contiene 18 hallazgos Financieros y 18 hallazgos en salud para un total de 36 hallazgos. A la fecha no ha sido aprobado el Plan de mejoramiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

### 36. Resultados y Conclusiones

De los 35 planes de mejoramiento de la SNS, 16(46%) fueron aprobados por la SNS y 19(54%) fueron enviados a la Superintendencia sin notificación de aprobación por parte de la entidad.

Con respecto a las acciones y su cumplimiento, 27 (77%) se encuentran en cumplimiento del 100%; 2 (6%) en cumplimiento en el rango del 80-99%; 2(6%) en cumplimiento en el rango 60-79%; 1(3%) en el cumplimiento menor del 50% y 3(9%) en No aplica como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla No 2 Resultado de Cumplimiento- Acciones**

# Planes	Rango	% cumplimiento de acciones
27	100%	77
2	Entre 80-99%	6
2	Entre 60-79%	6
1	Menor 50%	3
3	No aplica	9

# Planes	Rango	% cumplimiento de acciones
<b>35</b>		<b>100</b>

Fuente: Capital Salud EPS-S Oficina de Planeación y Calidad-feb 2020

Con respecto al cumplimiento del indicador, 16 (46%) se encuentran en cumplimiento del 100%, 8 (23%) en cumplimiento en el rango del 80-99%, 5(14) en cumplimiento en el rango 60-79%, 3 (9%) en el cumplimiento menor del 50% y No aplica 3 (9%) como se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla No 3 Resultado de Cumplimiento-Indicadores**

# Planes	Rango	% cumplimiento del indicador
16	100%	46
8	Entre 80-99%	23
5	Entre 60-79%	14
3	Menor 50%	9
3	No aplica	9
<b>35</b>		<b>100</b>

Fuente: Capital Salud EPS-S Oficina de Planeación y Calidad-feb 2020

## Conclusiones

- ✓ Capital Salud EPS-S espera continuar con el seguimiento y avance de cumplimiento en las acciones propuestas para cada uno de los Planes de Mejoramiento especialmente los planes que tienen un cumplimiento menor del 60%.
- ✓ De otro lado Capital Salud EPS-S solicitará ante la Superintendencia Nacional de Salud el cierre de los Planes con cumplimiento del 100% y solicitará trazabilidad de los Planes que durante el tiempo no fueron aprobados y se tienen un 1005 de cumplimiento en sus acciones.
- ✓ Para los Planes de mejoramiento en revisión por la Superintendencia Nacional de Salud, se espera aprobación y seguimiento periódico.