

R/6 Gracia Mar
05.09.2022
10:40 am

COMUNICACIÓN INTERNA

11 - 067

San José de Cúcuta, 05 de septiembre de 2022

PARA: Dr. ANDRES ELOY GALVIS JAIMES, Líder de Atención Hospitalaria

DE: Asesor Control Interno de Gestión

ASUNTO: Resultado de la Auditoría al Proceso de Atención Hospitalaria

Me permito remitir resultado de la Auditoría practicada al Proceso de Atención Hospitalaria.

Respetuosamente solicito en término de ocho (8) días hábiles, el respectivo cargue en el aplicativo del Plan de Mejoramiento para su seguimiento.


Atentamente,



MARTIN EDUARDO HERRERA LEON

Anexo: Folios (4)

Transcriptor: María Elida Lindarte

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION	CODIGO: CI-FO-003
		VERSION: 3
	ACTA DE APERTURA Y CIERRE DE AUDITORIA	FECHA: DIC 2021
		PAGINA 1 de 2

APERTURA			
Fecha de inicio: (2022- 08-02)		Hora de inicio : 8.30 am	Lugar:
Proceso: Atencion Hospitalaria			
Observaciones:			
REGISTRO			
Nombre	Responsable	Reunión de apertura Firma	Reunión de Cierre Firma
ANDRES ELOY GALVIZ JAIMES	Líder de Atención Hospitalario		
EDGAR ALBERTO NARVAEZ CARTAGENA	Coordinador administrativo de Medicina Interna		
JULIA PIEDAD MEJIA	Coordinador administrativo de cirugía General y especialidades qx		
MARIA AUXILIADORA PERTUZ	Coordinador administrativo del servicio de sala de parto y Obstetricia		
BRAULIO VEGA MONTAGUTH	Coordinador administrativo de pediatría, neonatos		
MARTIN EDUARDO HERRERA LEON	Asesor		
MARLENE COTAMO SALAZAR	Auditor		
ALCANCE Y OBJETIVOS DE LA AUDITORIA			
Determinar el grado de cumplimiento de las actividades establecidas proceso de Atención Hospitalaria con el fin de determinar el grado de cumplimiento de las actividades y riesgos establecidos en el proceso desde el 01 Febrero del 2021 hasta el 30 de Julio del 2022.			
METODOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA AUDITORIA			
Los elementos de verificación, confrontación y evaluación de la presente auditoría, están determinados por: Manual de Procesos y Procedimientos, Manual de Funciones, Códigos, Resoluciones, normatividad tanto interna como externa que afecten las actividades proceso objeto de la evaluación.			

CIERRE

Fecha de inicio: (AAAA-MM-DD)

Hora de inicio :

Lugar:

Observaciones:

SUSPENSIÓN:

Fecha : (AAAA-MM-DD)

Hora:

Lugar:

Descripción.

1. 6 ASPECTOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

Proceso		Responsable del proceso	
Atención Hospitalaria		Líder de servicios hospitalarios	
Fecha de apertura	Fecha de cierre	Fecha elaboración informe	Tipo de auditoría
02/08/2022	31/08/2022		PROGRAMADA
Auditores		Auditados	
MARLENE COTAMO SALAZAR		Líder de servicios hospitalarios. Dr... Andrés Eloy Galvis Jaimes	
		Coordinador administrativo de medicina interna y especialidades médicas.	
		Coordinador administrativo de cirugía general y especialidades quirúrgicas.	
		Coordinador administrativo del servicio de sala de partos y obstetricia.	
		Coordinador administrativo pediatría, neonatos .	
Objetivo general			
Determinar el grado de cumplimiento de los procedimientos establecidos en el área de Atención Hospitalaria y generar las recomendaciones pertinentes, direccionando los hallazgos hacia la consecución de una mejora continua en el respectivo proceso, procedimientos, actividades y registros			
Alcance			
Revisión, inspección ocular a la documentación y confrontación del cumplimiento de cada una de las actividades que componen Atención Hospitalaria, actividades y registros aprobados desde el 1° de Febrero de 2021 hasta el 30 Julio del 2022			
Metodología			
El seguimiento practicado se realizó tomando en cuenta los criterios de Las Normas de Auditoría generalmente aceptadas NAGA, entrevistas e inspecciones oculares de la documentación los procedimientos, Manuales, Protocolos , Guías , que conforman el proceso atención Hospitalaria, determinando las fortalezas y debilidades en el desarrollo y ejecución de las mismas y realizando su respectiva confrontación de donde se generaran las recomendaciones y acciones de mejora pertinentes basadas en los hallazgos.			
Criterios			
Los elementos de verificación, confrontación y evaluación en la presente Auditoría, están determinados por: Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA – CGD) El Manual de procesos y procedimientos, el manual de funciones, código de ética, resoluciones internas, normatividad tanto interna como externa que afecte el proceso objeto de la evaluación.			
Resolución número 1441 de 2013 (6 de mayo) del ministerio de salud y protección social Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios. Resolución número 741 de 1997 (Marzo 14) Ministerio de Salud Por la cual se imparten instrucciones sobre seguridad personal de usuarios para Instituciones y demás Prestadores de Servicios de Salud. Resolución 4445 de 1996 ministerio de salud Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.			

2. HALLAZGOS


N o	Descripción del hallazgo	procedimiento	C	NC	OB	Criterios de auditoria
01	En el desarrollo de la presente auditoría, se pudo evidenciar que el Proceso de Hospitalización cuenta con veinticinco (25) procedimientos con sus respectivas actividades y puntos de control que permiten un seguimiento y evaluación de los mismos a través del software D.G.H., a las cuales se le ha efectuado actualización.	Procedimientos de Hospitalización.	X			Manual de Procesos y Procedimientos
02	Se evidencia que de los cincuenta (50) protocolos que hacen parte del proceso de Hospitalización, el 75% requieren de actualización.	Protocolos		X		Manual de Procesos y Procedimientos
03	El indicador en el 2021 de la satisfacción global del servicio de cirugía general y especialidades quirúrgicas de los usuarios presento una calificación de 98.2%, excelente. siendo la meta mayor o igual al 90%	Satisfacción del cliente	X			Panel de Indicadores
04	<u>El indicador de la oportunidad en la respuesta a interconsulta de ortopedia y traumatología,</u> durante el 2021 obtuvo una calificación de buena: 18.26 horas siendo la meta 12 horas. se requiere ajustar la ficha y revisión de los rangos de calificación,	Indicadores			X	Panel de Indicadores
05	<u>El indicador de la tasa de mortalidad mayor a 48 horas,</u> presentó durante el 2021 una calificación de mala: 41.62. siendo la meta menor al 3% ; es de aclarar que la mortalidad aumento por COVID	Indicadores			x	Panel de Indicadores

06	<u>El indicador de oportunidad en la respuesta a interconsulta de neumología</u> , durante el 2021 obtuvo una calificación de mala: 83.32 horas de respuesta, siendo la meta 24 horas.se aclara que durante el 2021 se contó con 2 neumólogos y uno solo se encargó de neumología de COVID	Indicadores		x		Panel de Indicadores
07	<u>El indicador de registro medico de ingreso al servicio de hospitalización - cirugía general y especialidades quirúrgicas</u> Para conocer la condición con la que ingresa el paciente al servicio de hospitalización y así dar continuidad al plan de tratamiento instaurado por el servicio de donde es remitido y brindar una atención adecuada; se evidencia el no diligenciamiento, la información desde agosto hasta diciembre del 2021, junto con los coordinadores se estableció obligatorio el registro de ingreso en formato codificado, el cual es revisado por parte de calidad de Historia clínica, para mejorar la calidad de atención de paciente.	Indicadores		x		Panel de Indicadores
08	<u>El indicador de tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización</u> , durante el 2021 obtuvo una calificación de excelente: 0.67, siendo la meta cero caídas.	Indicadores	x			Panel de Indicadores
09	<u>El indicador de reingreso de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía general y especialidades quirúrgicas</u> menos de 15 días, durante el 2021 obtuvo una calificación de bueno: 3.59, siendo la meta menor a 1 por cada 1000 reingresos; evidenciándose una mejora en comparación con el	Indicadores	x			Panel de Indicadores

	2020 que alcanzó una calificación de regular con 2.75 .					
10	<u>El indicador de Porcentaje de cumplimiento de reuniones programadas del comité institucional IAMII</u> presenta en el 2021 una calificación de buena de 77.77%, siendo la meta el cumplimiento de 100%, se evidencia mejoramiento en comparación con el 2020 que tenía una calificación de regular : 50%	Indicadores	X			Panel de Indicadores
11	<u>El indicador del porcentaje de cumplimiento de acciones de mejora de comité institucional IAMII</u> durante el 2021, obtuvo una calificación de regular con 52.17%, siendo la meta el 80% del cumplimiento de las acciones de mejora	Indicadores			X	Panel de Indicadores
12	<u>El indicador del porcentaje de la tasa de mortalidad hospitalaria pediátrica después de 48 horas,</u> durante el 2021 obtuvo una calificación excelente de 1.3 en promedio; Siendo la meta menor de 3.	Indicadores	X			Panel de Indicadores
13	<u>El indicador de oportunidad en la realización de apendicectomía en pacientes pediátricos.</u> Obtuvo una calificación en 2021 excelente de: 92.51 % siendo la meta mayor o igual al 90%	Indicadores	X			Panel de Indicadores
14	<u>El indicador de exposición en posición canguro en la unidad de cuidado neonatal programa madre canguro intrahospitalario durante el 2021:</u> por contingencia pandemia COVID, por ser unidad cerrada, se extreman medidas de contacto optando por permitir 4 horas de contacto día, por falta de infraestructura las madres no tienen acceso de 12 a 24 horas al	Indicadores			X	Panel de Indicadores

	día para realizar posición canguro con su recién nacidos, obtuvo una calificación de regular: 28.12. Revisar los componentes del indicador.					
15	<u>El indicador de la tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización de pediatría presenta durante el 2021 una calificación de excelente: 0.48 siendo la meta menor o igual a 1</u>	Indicadores	x			Panel de Indicadores
16	<u>El indicador de la letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) durante el 2021 presentó una calificación de excelente, ya que no se presentaron casos de mortalidad por EDA durante este periodo</u>	Indicadores	x			Panel de Indicadores
17	<u>El indicador de oportunidad en la respuesta a interconsulta de oncología obtuvo durante el 2021 una calificación de excelente: 14.5 horas, siendo la meta 24 horas.</u>	Indicadores	x			Panel de Indicadores
18	<u>El indicador de mortalidad 40 semanas programa madre canguro, durante el 2021 obtuvo una calificación de excelente: 0.01, siendo la meta menor de 0.1; cabe tener en cuenta, que se realiza esta medición para evaluar las causas atribuibles a la mortalidad en los pacientes que participan en el programa madre canguro y en razón que el programa se acoge al sistema único de habilitación en salud.</u>	Indicadores	x			Panel de Indicadores
19	<u>El indicador de oportunidad en la respuesta a interconsulta de medicina del dolor, obtuvo una calificación de regular: 43.79 horas, durante el 2021., siendo la meta 24 horas para la respuesta.</u>	Indicadores			x	Panel de Indicadores

	Es de aclarar que solo se cuenta con 1 especialista del dolor en el HUEM.					
20	El seguimiento por teleapoyo y teleorientación a pacientes covid-19 durante el 2021 obtuvo una calificación regular de 44.58 % siendo la meta un seguimiento de los pacientes que cursaron con COVID-19 en un porcentaje mayor al 80%. Durante el mes de Agosto y Septiembre el 57% y el 47% de pacientes aceptaron la intervención de tele orientación y teleapoyo. Muchos de los pacientes contaban con conexión falsa y no respondían oportunamente al llamado del médico de turno.	Indicadores			x	Panel de Indicadores
21	<u>Plan de acción 2021</u> : de acuerdo Informe del Comité de Historias Clínicas se evidencio la evaluación de la aplicación de la Guía de manejo específico de hemorragia del III trimestre y trastornos hipertensivos en las gestantes, donde establece la muestra utilizada y el cumplimiento del respectivo indicador.	Plan de Acción	x			Plan de acción
22	<u>Plan de acción 2021</u> : se continua con el fortalecimiento de la estrategia IAMII	Plan de Acción	x			Plan de Acción
23	Se evidencio en los pisos: 7, 8, 9, 10,11 y 12 camas sin respectivos colchones, lo que genera no conformidad en razón que impide el traslado de paciente de Urgencias a los diferentes pisos y descongestión del área de urgencia.	Hospitalización		x		Riesgos Hospitalización

	EVALUACION DE CONTROL INTERNO DE GESTION		CODIGO: CI-FO-005	
	INFORME DE AUDITORIA		VERSION: 3	
			FECHA: MAR 2021	
			PAGINA 7 de 8	

24	Se evidencio que el interruptor de llamada de emergencia de la cama en algunas habitaciones, no se encuentra en funcionamiento.	Hospitalización		x		Riesgos Hospitalización
25	Se evidencio en los diferentes pisos que los carros de paro se encuentran incompletos.	Hospitalización		x		Riesgos Hospitalización
26	Mediante información suministrada del líder de gestión documental se evidencia el no cumplimiento del cargue de inventario único Documental.	Gestión Documental		x		Gestión Documental

Descripción de Hallazgo: Conforme (C); No Conformidad (NC); Observación (OB), Marque con una X según corresponda


RECOMENDACIONES:

- Revisar Junto con el Comité de Gestión de Desempeño la actualización de los protocolos que hacen parte de los procesos de hospitalización.
- Revisar y ajustar la ficha, y los rangos de calificación de los Indicadores de Ortopedia.
- Revisar y diligenciar junto con los coordinadores el indicador de ingreso al servicio de hospitalización - cirugía general y especialidades quirúrgicas 2021, el cual es revisado por parte de calidad de Historia clínica, para mejorar la calidad de atención de paciente
- Se debe socializar al usuario el correcto uso del interruptor y garantizar que el llamado de emergencia del lado de la cama sea funcional.
- Continuar con el adecuado cumplimiento a la adherencia de práctica segura, con el fin de una mejora continua.
- Revisar Junto con el Comité de Gestión de Desempeño las escalas al igual que la pertinencia de los Indicadores.
- Revisar los carros de paro

- Realizar la actualización y cargue de Inventario único documental.
- La Oficina de Control Interno de Gestión, realizara el respectivo seguimiento a las acciones de mejoramiento que el Líder del Proceso suba al aplicativo Institucional, en un plazo de ocho (8) días hábiles.

ELABORADO POR:

Aprobado



MARLENE COTAMO SALAZAR
Auditor



MARTIN EDUARDO HERRERA LEON
Asesor de Control Interno de Gestión