



MINDEFENSA



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00003-2019000323-HMC Id: 116431
Folios: 7 Anexos: 0 Fecha: 11-enero-2019 01:41:01
Dependencia: OFICINA DE CONTROL INTERNO - OCIN
Origen: Gladys Cespedes
Destino: CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ
Serie: 101-3 SubSerie: 101-3.3

Bogotá, D.C.,

Señora Mayor General Médico
Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General
Gn.

Asunto: Informe de Auditoría

En cumplimiento de la Ley 87/93, el rol de Evaluación y Seguimiento establecido en el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto Único Reglamentario 1083/15 y el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno 2018, a continuación, me permito presentar el informe de la auditoría integral realizada al Proceso Gestión Atención Hospitalaria, específicamente el Servicio de Ginecología, con el siguiente resultado:

OPORTUNIDADES DE MEJORA PRESENTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Plan de Acción

Cuenta con un Plan de Acción Operativo en donde se establecen cuatro actividades: Implementación de un consultorio y/o triage obstétrico; implementación de la Ruta Materna; contratación de personal de especialistas y supraespecialistas y por último aumento de procedimientos menores y mayores en cirugía, dirigidas a dar cumplimiento al objetivo estratégico institucional N° 1 “Asegurar la prestación de los servicios de salud con oportunidad, seguridad y humanización”; sin embargo, no está cumpliendo lo ordenado en numeral 1 del artículo 3° de la Resolución 084/18 creación de Grupos Internos de Trabajo, que indica que se debe efectuar la respectiva medición, evaluación, análisis y reporte de resultados de acuerdo a las metas e indicadores establecidos en el mismo en el Plan de Acción Operativo, por cuanto el servicio no ha realizado seguimiento trimestral al cumplimiento de las actividades establecidas, lo que impide detectar las desviaciones y establecer acciones de mejora.

No se cuenta con informes que reporten los avances realizados y en el aplicativo Suite Visión, no se registran las actividades desarrolladas; incumpliendo lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión en su dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación.



MINDEFENSA



Analizadas las actividades que presenta el servicio son:

Estadísticas del número de infecciones, mortalidad después de las 48 horas, guías socializadas, adherencia a las mismas y eventos adversos, lo que les permite realizar mediciones y dar cumplimiento al Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que exige analizar la situación de salud en todas sus fases metodológicas, estos indicadores se encuentran contruidos con base en las estadísticas básicas y su resultado no brinda un espacio amplio con el fin de acceder o mantener estándares para toma de decisiones o mejoras en el servicio.

Se ha adelantado el montaje del consultorio y/o triage obstétrico en el solarío del piso cuatro central, pero no se concluyó esta actividad, lo que genera que toda paciente materna ingrese desde el primer sótano dificultando la atención fisiológica en el momento del parto, ya que estas usuarias deben hacer el triage en el servicio de urgencias, ser subidas por el ascensor, entre otras situaciones que pueden afectar el cumplimiento de la política de seguridad del paciente ya que generan acciones inseguras que pueden terminar en eventos adversos durante la prestación del servicio.

En el comparativo de la gestión realizada durante las vigencias 2017 y 2018, se pudo establecer que el servicio aumento su capacidad de atención a pacientes hospitalizados en un 5% representados en la atención de 204 pacientes más que durante el 2017; sin embargo, se incrementó en un 13% el promedio de estancias prolongadas en hospitalizaciones. En la atención de consulta externa se observa una mejora en la oportunidad de citas de un 7%, pero debido a que la consulta incumplida ha aumentado en un 29% afectando los índices de atención que disminuyeron en un 25%, un promedio de 89 pacientes, la misma situación se presenta con las citas de control que disminuyeron un 37% que corresponden a un promedio de 335 pacientes. En cuanto al aumento de procedimientos en cirugía, se puede establecer que se ha dado cumplimiento parcial a esta meta por cuanto cirugías mayores se ha aumentado en un 23% pasando de 550 a 680, mientras que en cirugías menores se ha disminuido en un 20%, pasando de 283 a 224.

El análisis de quejas y reclamos presentados por los usuarios sobre el servicio, en el período enero-octubre/18, se registraron veintiséis quejas de las cuales cinco corresponden a demoras en la atención y la prestación del servicio, dos por falta de oportunidad en la asignación de citas, cuatro por falta de oportunidad de la realización de procedimientos, tres por maltrato de los funcionarios a los usuarios, uno por demoras en los trámites administrativos y diez por mala información, de las cuales se les dio respuesta a los quejosos dentro de los tiempos reglamentados, pero no se evidencian acciones mejora continua, incumpliendo la política de humanización en donde se establecen los parámetros respecto la prestación del servicio con calidez, amabilidad e integridad.

2. Modelo de Operación por Procesos



MINDEFENSA



Se está incumpliendo con la política de Planeación Integral la cual orienta a que los procesos en el Hospital organicen, simplifiquen, optimicen y racionalicen la labor, por cuanto de los cuatro procedimientos, que se encuentran incluidos en el sistema documental del Hospital y están publicados en la intranet, tres se encuentran desactualizados e incumplen con lo establecido en el numeral 4, literal: "Documentos Internos" del procedimiento PL-CLDD-PR-01 Control de Documentos en donde se establece que las vigencias de los documentos están dadas por cinco (5) años a partir de su fecha de emisión, así:

- Ingreso y Atención de la paciente en salas de maternidad. Código: QX-GIOB-PR-02, fecha de emisión: 09-02-2012. V.2

- Programación Salas de Maternidad. Código: QX-GIOB-PR-01. Fecha de emisión: 09-02-2012. V.2

- Salas TPR (Trabajo de parto, parto y recuperación). Código: QX-GIOB-PR-03. Fecha de emisión: 09-02-2012 V. 2.

3. Contratos

Durante la vigencia 2018, se suscribieron los contratos:

- 266/18 de compraventa suscrito con Hospimedica el 18 de octubre para la adquisición e instalación de repuestos, accesorios e insumos consumibles nuevos no remanufacturados, para la puesta en funcionamiento del ecógrafo ALOKA PROSOUND ALPHA 7 S/N: 203ZZ186, por valor de \$ 22'499.330; el 20 de noviembre/18 se obligaron \$22'499.330 con el documento 22815; en la carpeta maestra existen documentos soportes sobre la ejecución de este contrato como informes de supervisión, acta de finalización, sin embargo no se encuentra el ingreso de bienes a almacén y soportes de pago.

- 267/18 suscrito con G Barco S.A. el 17 de octubre/18, para la adquisición de balones hidrostáticas BAKRI \$2.973.725, por valor de \$2'73.725; el 16 de noviembre/18 se obligaron \$2'973.725 con el documento 21012; en la carpeta maestra no existen documentos soportes sobre la ejecución de este contrato como informes de supervisión, ingreso de bienes a almacén, soportes de pago, entre otros.

Se evidencia que no se está dando aplicación en su totalidad a la Circular Única expedida por Colombia Compra Eficiente, respecto de la contratación y ejecución a través del SECOP II, por cuanto no se observa el registro del nombre del Ordenador del Gasto, ni del Supervisor, no se registra el porcentaje de avance de ejecución presupuestal, no se ingresan las facturas, no se registran los bienes y servicios (artículos) recibidos.

Así mismo no se cumple con la Ley de Transparencia, desarrollada por el Decreto 1081 de 2015 que establece la obligación de publicar la información



MINDEFENSA



relativa a la ejecución de los contratos que se realicen con cargo a recursos públicos, en cuanto a las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor que aprueben la ejecución del contrato.

4. Inventario de Bienes

De acuerdo con la información obtenida del aplicativo Dinámica Gerencial, los inventarios están valorizados por \$ 482'981.186,20 al 05 de diciembre/18, se encuentra compuesto por 191 ítems y está asignado a la Responsable del Servicio, exceptuando los bienes que se encuentran ubicados en el área de Salas de Maternidad, los demás bienes están subrogados a los funcionarios dando cumplimiento al oficio 27720 DIGE del 15 de septiembre/11.

No se evidencia gestión en el trámite de dar de baja los elementos identificados como inservibles y/o dañados como es el caso del ecógrafo identificado con la placa V172825 marca Aloka.

Se ha coordinado el mantenimiento del equipo biomédico a cargo del servicio, diligenciado el formato IM-EQUI-PR-01-FT-03, en donde hacen la identificación del bien y el motivo de la solicitud, sin embargo, no se hace seguimiento a la solución dada por parte del Área de Equipo Biomédico.

5. Manejo Documental

Se cuenta con un archivo de gestión, ordenado en carpetas legajadoras clasificadas e identificadas de acuerdo al contenido de las mismas, tales como correspondencia enviada y recibida, inventarios, estadísticas, informes.

No se han actualizado los lineamientos para la custodia de la información, ni se ha establecido la trazabilidad de la memoria institucional, lo que impide que se dé cumplimiento a la política de gestión documental, por cuanto no se ha realizado la revisión de la tabla de retención documental, tampoco se ha realizado traslados de la documentación al Archivo Central, aun poseen carpetas de vigencias: 2002 (1). 2012 (1) 2014. (1) 2015 (3) 2016 (22), evidenciando que algunas de ellas no se encuentran organizadas en sus documentos por orden cronológico, no están foliadas, incumplimiento con el procedimiento transversal: Parámetros para la organización y entrega del archivo de gestión. Código: SL-ARCE-IN-02 V-3. Actividad 6. "Diligenciar el formato que contiene la información: Entidad Productora, Unidad Administrativa, Oficina Productora, Objeto, Numero de Hoja, Foliación, entre otros aspectos contemplados en el mismo procedimiento.

6. Administración de personal

El servicio cuenta con diez funcionarios de planta, de los cuales siete son especialistas en ginecología, dos auxiliares administrativos y un auxiliar en laboratorio, siete de estos funcionarios identificados con cédula de ciudadanía N° 51'588.910, 19'351.821, 11'339.349, 7'166.459, 79'687.239, 1'018.462.579 y 19'490.985 no tienen la hoja de vida actualizada en el



MINDEFENSA



Sistema SIGEP.

Se observa que no está diligenciando el formato de control de horarios establecido por la Unidad de Talento Humano y que las novedades de personal son reportadas de acuerdo a que se van presentando, pero no diligencian el formato de novedades.

7. Sistema de Información

Se está utilizando el sistema de información adecuadamente, por cuanto están realizando el diligenciamiento de las evoluciones de los pacientes en la Historia Clínica.

8. Gestión del Riesgo

Mediante la Resolución 512 del 21 de junio de 2016, se adopta la política de administración de riesgo y se aprueban los mapas de riesgo por procesos, actualizados el pasado 5 de julio/18, en el proceso de atención ambulatoria se identifican cinco riesgos con impacto mayor en caso de ocurrencia, en donde se observa que los controles definidos no están siendo aplicados tales como:

- Realizar listas de verificación de los protocolos, procedimientos y guías, ni las listas de verificación del mantenimiento de los equipos biomédico, lo que genera riesgo de cierre de áreas por infecciones.
- Falta inducción y reinducción de personal y no se realiza la inducción específica al cargo, lo que puede generar los riesgos de fallecimiento de pacientes por eventos adversos y sanciones por ausencia de pertinencia.

No se ha realizado monitoreo y seguimiento periódico a los riesgos por lo que no se puede garantizar la mitigación de posibles situaciones negativas que afecten el cumplimiento de la gestión y se establezcan niveles de responsabilidad y planes de actuación.

OPORTUNIDADES DE MEJORA PRESENTADAS POR AUDITORIA MÉDICA SERVICIO GINECOLOGÍA

Se realizaron las actividades de auditoria de aplicación de listas de verificación de cada procedimiento y protocolos del servicio, entrevista a personal Enfermería (Jefes, Auxiliares), Jefe del Servicio, (observación directa) a los servicios de Urgencias y 4 piso, verificación de historia clínica manual y en el Sistema de información sobre casos puntuales, así:

9. Servicio de Urgencias

Paciente CC. 1103106400 clasificación Triage II a las 08:00 horas, siendo trasladada a 4º. piso de Ginecología para valoración requiriendo atención prioritaria, el traslado lo realiza funcionario del Área de Atención al Usuario



MINDEFENSA



dejando la paciente en sala de espera sin comentar y/o avisar a ningún funcionario de este Servicio, motivo por el cual la paciente presento lipotimia vulnerándose la oportunidad, continuidad en el tratamiento y la seguridad del paciente.

La Responsable del Servicio refirió que en algunos casos las pacientes ingresan al 4º. piso Ginecología, sin pasar por la clasificación de Triage en Urgencias sótano 2, demorando la atención.

Se identifica que el personal de enfermería desconoce la ubicación del equipo de parto en el Servicio de Urgencias.

En entrevista directa a funcionario de Atención al Usuario se observa debilidad en el proceso de código rojo o atención de parto en Urgencias.

La lonchera de violencia sexual no tiene diligenciamiento de lote, registró INVIMA, ni fecha de vencimiento de medicamentos.

10. Servicio Cuarto Piso.

La ruta integral de atención en salud materno perinatal se encuentra diseñada de acuerdo a los lineamientos técnicos y operativos establecidos por el Ministerio de Salud, pero aún no se ha legalizado, socializado, e implementado.

En la verificación de carro de paro Anexo: Revisión, Actualización y Mantenimiento del Carro de Paro código: CI-ANES-GM-19-DI-01, fecha de emisión: 06-02-2018 versión: 04. Se evidencia:

Formato de verificación de prueba de funcionamiento de desfibrilador NIHON KODEN Código: AH-SACI-GM-01-DI-01-FT-1 sin diligenciar el 1 y 3 de diciembre en la noche, sin firma de verificación del jefe de enfermería tarde y noche 1.

Se evidencia carro de paro con medicamento en semaforización en amarillo (adenosina feb /19), los cuales debe ser rojo por su fecha de vencimiento.

La bala de oxígeno se verifica como si se encontrara vacía, se verifica con mantenimiento y se encontraba cerrada llave de paso.

No se encuentra diligenciado el formato de apertura de carro de paro y del formato de verificación novedades de carro de paro para el mes de noviembre.

Memorando de cambio de medicamentos a Farmacia sin fecha.

Se identifica formato de revisión y control de carro de paro sin firma del jefe de enfermería que realiza la revisión y sin fecha de revisión.

Lonchera de código rojo:

Inadecuada semaforización en sustituto del plasma (en amarillo y debía ser roja) con fecha de vencimiento febrero/19.

Sin diligenciar formato de informe mensual de kit de urgencias obstétricas, ultimo diligenciamiento agosto/18.



MINDEFENSA



Sin diligenciamiento en formato de revisión de carro de paro el balón de BAKCRI en revisión del mes de noviembre.

Habitación 401 y 403 se encontraban listas en aseo y desinfección para ingreso de pacientes, pero los baños se encontraban en malas condiciones de aseo.

Se evidencia medicamentos (2 lidocaína jalea por 30 g) sin fecha de apertura y sin rotulación del paciente al que se le aplicó el medicamento.

En carro de curación se encontró insumo como la Idopovidona frasco sin fecha de apertura.

En cuarto limpio se evidencia paquete estéril de raquídea, sin fecha clara de esterilización y fecha de vencimiento.

Conclusiones

El Sistema de Control Interno del Servicio de Ginecología debe mejorar características fundamentales, atendiendo aspectos críticos de la gestión para cumplir con los objetivos institucionales, ya que durante la auditoria se evidenciaron falencias como falta de seguimiento al plan operativo, procedimientos desactualizados, en la administración de personal, gestión de inventarios, gestión documental, escasa administración de riesgos, quejas por parte de los usuarios, no adherencia a los diferentes instructivos y procedimientos, incumpliendo el Decreto 1011 de 2006 Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, así como a la Resolución 1995 de 1999 Diligenciamiento Historias Clínicas

Sensibilización

En cumplimiento al rol Enfoque hacia la Prevención establecido en el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto Único Reglamentario 1083/15 y al Plan Acción de la Oficina de Control Interno 2018, se realizó la charla de sensibilización, en temas como: Control, Control Interno, Sistema de Control Interno, Modelo Integrado de Planeación y Gestión, Plan de Mejoramiento, fue realizada el día 27 de diciembre, con la asistencia de la Responsable y doce especialistas del servicio.

Recomendaciones

Elaborar un Plan de Mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados en la presente evaluación, indicando las acciones correctivas, el tiempo de ejecución y los responsables, en donde se incluya entre otros puntos los siguientes:

1. Diseñar Indicadores de Gestión que expresen cuantitativamente el



MINDEFENSA



comportamiento y desempeño del Servicio, cuyo resultado al compararse con algún nivel de referencia o estándar obtenido de anteriores vigencias o periodos, pueda estar señalando una desviación u oportunidad de mejora, sobre la cual se tomen acciones correctivas o preventivas según el caso.

2. Realizar la actualización de los procedimientos y las guías de manejo adoptadas por el Servicio.
3. Dar cumplimiento a la Orden Semanal No. 008 del 23 de febrero/18 que ordena la entrega al Archivo Central del inventario documental de la gestión/16 y fija como plazo el 27 de abril/18 y a las actividades del procedimiento parámetros para la organización y entrega del archivo de gestión Código: SL-ARCE-IN-02 V-3.
4. Solicitar al Área de Activos Fijos la verificación y depuración de los inventarios de los elementos asignados al Servicio de Ginecología y realizar las debidas subrogaciones de los mismos.
5. Implementar acciones que permitan un adecuado seguimiento y envío de la documentación que se genera en la ejecución contractual, y adelantar acciones tendientes para que la información se evidencie en la plataforma electrónica en tiempo real.
6. Efectuar monitoreo y seguimiento periódico a los riesgos para garantizar la mitigación de posibles situaciones negativas que afecten el cumplimiento de la gestión.
7. Completar, socializar e implementar la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal.
8. Dar cumplimiento a los Procedimiento institucionales establecido para la atención integral de los pacientes del Servicio.

Atentamente,

Gladys Consuelo Céspedes Martínez
Jefe de Oficina del Sector Defensa – Oficina de Control Interno

Elaboró: P.D. Adriana Magali
Cuevas Muñoz
Julio Ernesto Cardenas Pulgarín

Revisó. Cr. (RA) Martha Rocio
Pedraza
Servidor Misional



MINDEFENSA



Alfredo A Jimenez A