



MINDEFENSA



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00003-2018022820-HMC Id: 100399
Folios: 8 Anexos: 0 Fecha: 08-octubre-2018 11:54:51
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 Brigadier General Médico
Clara Esperanza Galvis Díaz
Directora General
Gn.

Asunto: Informe de Resultados Auditoría Integral a la Unidad de Cuidado Crítico.

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 evaluación independiente del Sistema de Control Interno al Proceso Atención Hospitalaria, específicamente el Servicio Unidad de Cuidado Crítico, así:

OPORTUNIDADES DE MEJORA PRESENTADAS POR OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. Direccionamiento Estratégico

1.1 Plan de Acción

El Servicio no cuenta con un Plan de Acción Operativo en donde se indiquen las actividades, tareas, responsables, cronograma e indicadores, que aporten a dar cumplimiento al primer objetivo institucional “Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización”.

Lo anterior incumple con lo establecido en el Modelo Integrado Planeación y Gestión en su dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación, así como con la política institucional de planeación integral que establece que todo proceso en el Hospital debe tener un planeamiento previo que organice, simplifique, optimice y racionalice la labor de la entidad.

Dando cumplimiento a los estándares de habilitación el Servicio genera informes por cada una de las unidades (coronaria, postquirúrgica, médica y neurocirugía) en donde se mide mensualmente los niveles de pacientes, giro cama, promedios de estancia e informa sobre las estancias prolongadas y el porcentaje ocupacional; sin embargo, estos reportes no se realizan de forma



comparativa de tal forma que se pueda evaluar el desempeño, establecer los resultados y medir la gestión, respecto a vigencias anteriores. Adicionalmente al no contar con esta planeación el Servicio no se provee de un direccionamiento propio y por tanto no impone políticas de operación que orienten y den guías de acción, definiendo los límites, controles, estableciendo los parámetros para ejecutar los procedimientos y actividades de cumplimiento en función a los servicios que presta.

2. Modelo de Operación por Procesos

En la intranet el Servicio de Cuidado Crítico cuenta con catorce guías de manejo de las cuales una se encuentra desactualizada, incumpliendo lo establecido en el numeral 4, ID “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:

Anticoagulación código CC-CCRI-GM-01 del 22 de agosto/12, la cual se encuentra en proceso de actualización, sin embargo, no ha sido trasladada al Área de Calidad debido a que por solicitud de la Subdirección Médica se debe hacer en conjunto con Hematología.

Como función de advertencia se informa que existen cinco guías que se debe iniciar el proceso de revisión por cuanto en el mes de marzo/19 cumplirán su tiempo de vigencia, así:

Código Guía	Nombre	Fecha de emisión
CC-CIPO-GM-01	Choque hemorrágico en pacientes adultos en las unidades de cuidado intensivo	17/03/2014
CC-CIME-GM-01	Diagnóstico del delirio en cuidado intensivo	17/03/2014
CC-CIME-GM-03	Pancreatitis aguda severa	17/03/2014
CC-CIME-GM-06	Sepsis severa y shock séptico	17/03/2014
CC-CICO-GM-02	Tromboembolismo pulmonar	17/03/2014

3. Políticas de Operación

Se está dando cumplimiento a la política de seguridad del paciente, el servicio realiza los reportes de eventos adversos y participa activamente en las reuniones, en los reportes se observa que la mayor incidencia corresponde a entubaciones fallidas, desentubaciones por parte del mismo paciente, desplazamiento de sondas, entrega y preparación de medicamentos, realización de exámenes diagnósticos, fallas de sedación, infecciones de piel, eventos de los cuales son responsables los servicios remitentes y enfermería, por tanto son ellos quienes establecen las acciones de mejoramiento; también presentan oportunamente informes epidemiológicos.



No dan cumplimiento a políticas de como: cero papel, por cuanto aunque el servicio hace uso de los medios tecnológicos suministrados, continua haciendo impresiones y tomando copias de los documentos que generan.

Se resalta dentro de la gestión del servicio que en los reportes realizados por el Área de Atención al Usuario no se observa que durante la vigencia se hayan recibido quejas por parte de los usuarios.

4. Administración de Personal

El Servicio de Cuidado Critico cuenta con cinco Servidores Misionales de Seguridad y Defensa, uno de ellos se encuentra en licencia; para atender las actividades de administración se asignó una secretaria la cual se encuentra en el Hospital vinculada por contrato de prestación de servicios.

En la administración de personal la asignación de turnos se realiza de un mes para otro, en la verificación del cumplimiento de la Circular 55 del 21 diciembre/10 Agendas Médicas, se pudo establecer que los médicos de planta cumplen con 26 horas semanales de asistencia clínica, sin embargo, no se describe la cantidad de horas utilizadas en actividades de administración, investigación y docencia a pesar que actualmente el Servicio cuenta con cuatro residentes y un fellow.

Adicionalmente se observa que en las agendas médicas enviadas por la asociación contratista se relacionan los profesionales de planta en turnos de mañana, tarde y noche, sin tener en cuenta las horas laborales que deben cumplir; en los documentos entregados se realizan horas asistenciales semanales así:

	JUNIO	JULIO	AGOSTO
70.903.501	56	88	64
79.396.695	96	76	76
80.092.629	76	80	40

No se cumple con aspectos de control sobre las novedades de personal, por cuanto no se hace el reporte en el formato "Registro de Ingreso y Salida a la Jornada Laboral" establecidas en la Circular 010 del 31 de marzo de 2017, ni se hace reporte oportuno y envío de documentación soporte a la Unidad de Talento Humano sobre incapacidades, cambios de vacaciones, permisos, entre otros.

5. Ejecución Contrato

Se suscribió el contrato 071 de 2017 con la firma Asociación Gremial de Médicos Especialistas en Cuidado Crítico por valor de \$ 2.876´5287.874 del cual se han cancelado \$ 1.892´414.849, incluyendo el valor retenido por concepto de glosas, sin que el Hospital haya definido con la Dirección de Sanidad el valor definitivo de las mismas y la responsabilidad del contratista, incumpliendo la cláusula trigésima segunda del contrato.



MINDEFENSA



No se realiza una adecuada comprobación de títulos, impidiendo que se garantice el cumplimiento de los requisitos, experiencia e idoneidad de los profesionales contratados por la firma, así como la formación y experiencia de los profesionales contratados neurointensivistas con habilidades certificadas en Doppler – tras craneal multimodal (PiC, P+, 02, EEG, saturación golfo y yugular) y monitoria neurológica para el manejo de pacientes Neurocritico, incumpléndose la cláusula novena, literal 4 y 22 del contrato. Por cuando en la revisión de las 23 hojas se observa que: en las hojas de vida de los especialistas identificados con las cédulas 91.285.076 y 91.391.033 la Unidad de Talento Humano hizo la solicitud de verificación pero no se recibió respuesta y no se evidencia seguimiento para que se obtenga la misma y en las hojas de vida de los especialistas identificados con cédulas de ciudadanía 10.294.355, 1.110.459.571, 79.347.328 y 1.085.903.094 nunca se realizó la solicitud.

Se observa que se incumple con lo establecido en la cláusula novena, literal nueve al no realizar adecuadamente la entrega de los turnos y no registrar correctamente en los libros de novedades.

6. Administración Documental

Se cuenta con un archivo de gestión, ordenado en carpetas clasificadas e identificadas de acuerdo al contenido de las mismas, tales como correspondencia enviada y recibida, contratos, estadísticas, prestación de servicios, sin embargo nos se da cumplimiento a la política de gestión documental que exige la custodia de la información y por tanto de la memoria institucional, por cuanto se observa que no se ha coordinado con Archivo Central la tabla de retención de documentos, ni se realizado los trasladados al Archivo Central; así mismo el control del archivo de gestión es deficiente, por cuanto aun cuando poseen una lista en donde se relacionen cada una de las carpetas, no se especifica cuáles se encuentran en uso, la ubicación y el responsable de su custodia.

7. Inventario de Bienes

En el sistema de información la custodia de los bienes se encuentra a nombre del responsable del Servicio, se evidencia falta de gestión en el cumplimiento del oficio 27720 DIGE del 15 de septiembre/11, debido a que aun cuando en junio/17 se realizó la subrogación de inventarios al personal de enfermería, no se ha realizado al personal administrativo, al personal de terapia respiratoria, entre otros.

Adicionalmente se evidencia que el listado generado por el Sistema de Información no se encuentra actualizado, situación que se ha puesto en conocimiento del Área de Activos fijos existiendo observaciones tales como:

Existen bienes sin placa por lo cual no se puede identificar, bienes que están físicamente pero no se encuentran en el listado generado por el sistema de información como el atril con soporte para bomba, mesas de estaciones de



MINDEFENSA



enfermería, mesas puentes, mesas de noche, rodillos para inmovilizar pacientes, teléfonos, monitores, soportes para monitores, patos, glucómetros, máquinas de rasurar, persianas colchones y colchonetas antiescaras, sofacamas, así mismo existen elementos que el Servicio ha solicitado concepto para dar de baja sin que se haya recibido respuesta o no se hayan descargado del Sistema, alguno de ellos deben ser retirados del servicio por exigencias de habilitación como es el caso de los elementos de madera.

Algunos bienes existentes no coinciden las placas con el listado como es el caso del carro de medicamentos que posee la placa V164402 y en el listado V164404, cilindro de oxígeno que en el listado tienen V154278 y V154279 y las físicas son V101986 y V102027. Elementos que no se encuentran físicamente como el caso de los monitores de signos vitales V165565 y V166468.

8. 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.

9. Mapa de Riesgos

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 hospitalaria se identifican tres 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 os riesgos de fallecimiento de pacientes por eventos adversos y sanciones por ausencia de pertinencia.
- El monitoreo y seguimiento periódico a los riesgos se realizó hasta el mes de abril/18, por lo que no se está dando cumplimiento al artículo 4 Alcance y Responsabilidades Específicas Nivel Táctico de la Resolución interna 512 del 21 de junio/16, por lo cual 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

10. Verificación de Documentación de la Unidad de Cuidado Crítico

Se realizaron las actividades de auditoria de aplicación de listas de verificación de cada procedimiento y protocolos del servicio, entrevista a personal



MINDEFENSA



Enfermería (Jefes, Auxiliares), Jefe de Servicios, Especialistas de turno, verificación (observación directa) a los servicios y verificación de historia clínica manual y en el Sistema de información sobre casos puntuales, observando que en muchos falta actualización, adherencia a los procedimientos, así:

Trasversales Guía de Manejo:

- Reanimación cardiovascular avanzada (código azul) anexo: revisión, actualización y mantenimiento del carro de paro código: CI-ANES-GM-19-DI-01, fecha de emisión: 06-02-2018 versión: 04: La guía plantea una serie de actividades, las cuales deben quedar plasmadas en los soportes documentales, aspecto en el cual se debe mejorar, los registros deben ser diligenciados en su totalidad y según lo establecido en el procedimiento, adicional no se debe hacer uso de corrector en cualquier registro de la historia clínica.

No se está aplicando la lista de verificación del funcionamiento de equipos biomédicos de carro de paro, ya que se encuentra sin diligenciamiento el 1 y 4 de julio /18 en el día, y el 7 de julio en la noche; no se registra el nombre de la persona que realiza la verificación o no es legible; no cuenta con el visto bueno de la supervisora y con tachones en el libro de registro; se identifican medicamentos sin la debida semaforización; en el listado de revisión de carro de paro del 26 de julio/18 el medicamento dopamina no tiene registro del número de lote y fecha de vencimiento; al registrar y reportar novedades del carro de paro, diligenciamiento incompleto del formato de control de apertura de carro de paro, ya que no se registra nombre de la persona que hace el cierre. El último sábado del mes se debe realizar el proceso de limpieza y desinfección terminal del carro de paro en su parte interna y externa, en los registros de desinfección no se observa el registro del auxiliar de enfermería o la persona de la empresa de aseo que realiza la misma el 26 de julio/18.

- Recibo y Entrega de Turno de Médico, código: HP-UNMH-PR-03, fecha de emisión: 19-01-2016, versión 01: El procedimiento indica soporte escrito de la actividad de entrega de turno, el cual no se diligencia adecuadamente en las unidades coronaria, posquirúrgica y neurológica, y en la unidad médica no se diligencia el libro control.

En el libro de entrega de turno de los médicos se encuentra sin diligenciamiento continuo en cada turno y no se realiza el registro del nombre completo del especialista que lo recibe, la especialidad tratante, con su respectivo sello y firma.

- Piel Sana, código: AA-AH-ENFE-PR-144, fecha de emisión: 01-07-2014, versión: 02: Se identificaron falencias en el registro y diligenciamiento del formato de la escala de Braden, y los registros de enfermería no cumplen con lo estipulado en el procedimiento siendo insuficientes.

No se hace el diligenciamiento completo de escala de Braden, el nombre es



MINDEFENSA



ilegible o no se registra, no se hace el diligenciamiento de barreras de seguridad en la escala; en la actividad de confirmación de la valoración no se evidencia en historia clínica registros de los profesionales del turno de la noche sobre cambios de posición y cuidado; en la actividad de ejecutar el plan de cuidados de enfermería de acuerdo a las condiciones clínicas del paciente, no se está registrando en la historia clínica cuando se dan las instrucciones de cuidado de piel a los familiares; en la actividad de comprobar que los pacientes con restricción de movimiento se le realicen cambios de posición cada 2 horas, no se evidencia registro en historia clínica de esta actividad con los pacientes; en la actividad ordenar los cuidados de piel en pacientes en los cuales se identifique el riesgo de lesión el médico no realiza el registro en historia clínica, dando indicaciones sobre los cuidados de piel.

- Prevención de Caídas, código: PM-ENFE-PR-149, fecha de emisión: 30-01-2018, versión: 03: En el diligenciamiento del formato de la escala de caídas, se identificaron falencias en los registros, tales como los registros de enfermería que no cumplen con lo estipulado en el procedimiento siendo insuficientes.

- Protocolo Normas Básicas para la Elaboración de Registros Clínicos de Enfermería, código: AA-AH-ENFE-PR-110, fecha de emisión: 23/07/2014, versión: 02: Incumplimiento en las indicaciones de lavado de manos o en los 5 momentos de higienización y en el uso de elementos de protección personal (mono gafas).

- En la Unidad de cuidados posquirúrgica no se están siguiendo los protocolos de visita por cuanto al verificar el ingreso de visitantes el formato se encuentra en la estación de enfermería sin control por el servicio de vigilancia.

- Protocolo Precauciones de Aislamiento, código: HP-EPID-PT-05, fecha de emisión: 19-10-2017, versión 03: Se identifican falencias en el cumplimiento de aislamiento de contacto, dado por la ausencia de lavado de manos antes y después de tener contacto con el entorno del paciente.

En cuanto a las precauciones de aislamientos se evidencio que el personal de enfermería, terapia respiratoria y los médicos no realizan lavado de manos al ingreso a la unidad y al contacto con el paciente. De igual forma se observa que el ingreso al cubículo de aislamiento y en la manipulación de equipos médicos sin utilización de guantes, sin lavado de manos al salir del mismo, también se observó que los estudiantes ingresan al cubículo sin uso de bata protectora.

- Protocolo Punción Venosa Periférica y Cambio de Líneas I.V. código PM-ENFE-PT-02, fecha de emisión: 29-08-2017, versión 05: Se identificaron registros incompletos en historia clínica, ya que no se registran datos específicos de la canalización.

En las historias clínicas 5846884, 1006549731, 2920281, 9047709 no se describe en registros de enfermería del 8 de agosto a las 9:10 am el total de



MINDEFENSA



punciones, tamaño del introcan o sitio anatómico donde ese ubico el acceso venoso, sin registro de solución y/o mezcla instalada.

- Protocolo Limpieza Desinfección de Áreas y Equipos, código HP-EPID-PT-24, fecha de emisión: 12-12-2017, versión: 06: Falencias en la utilización de los elementos de protección personal para las actividades de desinfección.

En la limpieza y desinfección de áreas y equipos médicos no se evidencia que el personal haga uso de protectores oculares, guantes de caucho, peto y gorro; los formatos de control de desinfección no se llevan el registro correspondiente, contiene espacios en blanco de asignación de actividades y firma de realización de la actividad.

- Manual: General de Bioseguridad Hospital Militar Central, código: GH-MEPT-MN-01, fecha de emisión: 17-11-2017, versión: 05: Se evidencia la falta de adherencia en la utilización permanentemente del equipo de protección personal como el caso de las gafas de protección personal.

11. Adherencia Guías de Práctica Médica para Ingreso a la UCI

Se tomaron las siguientes patologías para determinar la adherencia a ingreso a UCI: Falla Respiratoria Aguda, Sepsis Severa Y Shock Séptico y Trombo Embolismo Pulmonar, efectuando la verificación a 50 Historias Clínicas, para cada una de las patologías, dando como resultado el cumplimiento del 100% de adherencia para el ingreso del paciente a la UCI.

12. Auditoria de Evaluación de Adherencia a Guías

Se revisan las evaluaciones realizadas por el Responsable del Servicio a la adherencia a las Guías, donde evaluaron 25 médicos, se encontró que un Especialista obtuvo una calificación de 2.75/5.0, siendo la calificación más baja de todos los exámenes.

Conclusión

De acuerdo con la evaluación efectuada se hace la calificación del grado de madurez del Modelo Estándar de Control Interno, tomando como base la Guía de Auditoría para entidades públicas emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, presentando un avance del 66%, encontrándose en el rango de 60% a 89%, por lo que se establece que el Modelo cumple, con los requisitos mínimos y tiene leves deficiencias tales como elaboración de plan operativo de cada uno de los servicios, actualización de procedimientos, administración del talento humano, actualización de indicadores de gestión; en cuanto a la adherencia a guías se concluye que la no adherencia a las guías es del 5%, en general los médicos tienen un conocimiento y adherencia al guías del 93%, en las falencias de aplicación de procedimientos y manuales se observa que se tienen falencias como registros físicos, no se hacen adecuadamente las notas de enfermería en historia clínica, falencia en lavado de manos y utilización elementos de protección personal, y



MINDEFENSA



se encuentran procedimientos fuera de vigencia y desactualizados, entre otros, las cuales deben solucionarse para que el Sistema de Control Interno sea eficaz.

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. Elaborar el plan de acción operativo incluyendo en el mismo cronograma e indicadores para la medición periódica de las actividades que realizan, con el cual se muestre la adecuada gestión.
2. Coordinar con el Área de Archivo Central con el fin de determinar los procedimientos necesarios para la adecuada custodia o eliminación de los archivos de vigencias anteriores al 2016, de tal forma que se dé cumplimiento a los criterios de organización establecidos en la Ley 594 de 2000.
3. Dar cumplimiento a lo establecido en la Resolución 512/16, realizando el monitoreo a los riesgos identificados y presentando el informe en donde se establezcan los hechos que pueden afectar la gestión del Área. Así como identificar los riesgos de corrupción que aún no se encuentran incluidos en el mapa de riesgos.
4. Mejorar la administración de personal en cuanto a registrar adecuadamente cada una de las novedades de los funcionarios y de acuerdo a esto realizar la calificación individual, así mismo en los informes de supervisión de los contratos de prestación de servicios relacionar las actividades realizadas en cumplimiento del objeto del contrato.
5. Organizar las agendas de tal forma que se dé cumplimiento a lo ordenado por la Circular 055/10, garantizando el cumplimiento de la jornada laboral por parte de los médicos especialistas de planta.
6. Terminar la actualización de los procedimientos que se encuentran desactualizados e iniciar con que se encuentran próximos a vencer.
7. Retroalimentar y evaluar el cumplimiento a los Procedimientos tales como: Guía de Manejo; Reanimación Cardiovascular avanzada (código azul), Anexo: Revisión, Actualización y mantenimiento del carro de paro, código: CI-ANES-GM-19-DI-01 en cuanto al diligenciamiento completo de los formatos; así como al Manual de Bioseguridad código GH-MEPT-MN-01 en cuanto a la adherencia en lavado de manos y elementos de protección personal; Prevención de Caídas Código PM-ENFE-PR-149; Normas Básicas para la Elaboración de Registros Clínicos de Enfermería, Código: AA-AH-ENFE-PR-110 en cuanto a los registros físicos, documentales en físico y notas de enfermería en historia clínica.



MINDEFENSA



8. Actualizar Protocolo : Normas generales en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Pediátricos, código AA-AH-ENFE-PT-01 ; Retroalimentar y evaluar el cumplimiento al protocolo Precauciones de aislamiento, Código: HP-EPID-PT-05 falencias en lavado de manos y elementos de protección personal; Punción Venosa Periférica y Cambio de Líneas I.V. Código PM_ENFE-PT02 en cuanto a registros incompletos de Enfermería; Limpieza y Desinfección de Áreas y Equipos, Código HP-EPID-PT-24 en cuanto al uso de los elementos de protección por parte del personal de enfermería.

9. Promover el cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999 en referencia al cumplimiento a registros de información en historia clínica.

Para la Unidad de Talento Humano

10. Realizar una adecuada comprobación de títulos lo que les permita garantizar el cumplimiento de los requisitos, experiencia e idoneidad de los profesionales contratados por las firmas contratista, dando cumplimiento a lo establecido en acreditación y evitando sanciones por lo entes de control.

Atentamente,

Gladys Consuelo Céspedes Martínez
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Adriana Magali Cuevas Muñoz
Técnico Operativo para Seguridad y Defensa

Revisó: Co. Martha Rocio Pedraza
Auditoría Médica

Copia: Subdirección Médica, Unidad de Clínico Quirúrgica