

Bogotá D.C.

 HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Al contestar cite Radicado I-00003-2017033420-HMC Id: 10383
Folios: 17 Anexos: 0 Fecha: 27-diciembre-2017 04:38:31
Dependencia: OFICINA DE CONTROL INTERNO - OCIN
Origen: Gladys Cespedes
Destino: RAUL ARMANDO MEDINA VALENZUELA, CARLOS ALBERTO RINCON
ARANGO, JUAN FERNANDO MALDONADO GUALDRON, HECTOR MANUEL
ORJUELA PEREZ, CLARA ESPERANZA GALVIS DIAZ
Serie: 101-3 SubSerie: 101-3.3

Señora Coronel
Raul Armando Medina Valenzuela
Director General (E)
Gn.

Asunto: Informe de Resultados Auditoria Integral Área de Amputados y Prótesis.

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 2017 a continuación, me permito presentar el informe de la evaluación independiente del sistema de control interno del Proceso cirugía, específicamente el Área de Amputados y Prótesis, así:

Información General:

PROCESO:	CIRUGIA	FECHA INICIAL: 01/11/2017	FECHA FINAL: 05/12/17
OBJETIVO:	Evaluar en forma independiente la eficiencia y eficacia del sistema integrado del Proceso Cirugía, específicamente el Área de Amputados y Prótesis, para que su gestión este encaminada a garantizar el cumplimiento del objetivo institucional "Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización"		
ALCANCE:	Evaluar el estado del Sistema Integrado de Gestión del Área Amputados y Prótesis, que cubre el Sistema de Control Interno, el Sistema de Gestión de Calidad, el cumplimiento de políticas, directrices, funciones, procedimientos y normatividad.		

EQUIPO AUDITOR:	Líder: Gladys Consuelo Céspedes Martínez Equipo acompañante: Líder Grupo Calidad: Pilar Adriana Duarte; Líder Grupo Auditoría Médica: Co.(RA) Martha Rocío Pedraza Auditores: Adriana Magali Cuevas Muñoz, Amalfi García Fuentes, Diego Albarracín Cerquera, Maritza Corredor Vargas y Rosa Elena García Quiroga		
CRITERIOS A AUDITAR:	Administración de personal, ejecución contratos, inducción reintroducción y capacitación, administración de riesgos, control de insumos, verificación del estado de la documentación del grupo, adherencia a seguridad del paciente, evaluación de adherencia a procedimientos selectivos (entrega y recibo de turno, venopunción y cambio de líneas iv, normas básicas para la elaboración de registros clínicos de enfermería, preparación para paciente quirúrgico e ingreso y atención al paciente en el servicio de cirugía ambulatorio).		
TIPO DE AUDITORIA:	INTEGRAL		
TIEMPO DE REALIZACIÓN:	Preparación: 06 Horas	Ejecución: 538 Horas	Informe Final: 48 Horas

OPORTUNIDADES DE MEJORA

1. Direccionamiento Estratégico

1.1 Plan de Acción (Oficina de Control Interno)

1.1.1 El Área establece el Plan de Acción Operativo el cual se encuentra elaborado en el formato GM-SAPRO, establecido por el Área de Calidad, las actividades propuestas se encuentran encaminadas al cumplimiento del objetivo institucional 1. "Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización", y de las metas 1.1 Brindar un Servicio Oportuno, 1.2 Ofrecer un Servicio Oportuno y 1.3 Ser un Hospital más humano; y establece objetivos operativos dirigidos al cumplimiento de las metas, que le permite registrar las actividades que ejecutan y los responsables de las mismas; sin embargo no presenta cronograma e indicadores para la adecuada medición de la gestión, con la cual puedan mostrar la cobertura en la realización de trabajos e impacto de los mismos.

Así mismo se observa que dentro del Plan de Acción Institucional se encuentra la tarea específica para el Área correspondiente al Programa Atención Descentralizada para Pacientes Amputados (PADPA) que se trabaja coordinado con la Dirección General de Sanidad Militar, pero dentro de los informes estadísticos publicados en la Suite Visión no se encuentra la medición de oportunidad en la prestación del servicio y en las mismas solo se hace un resumen de cuantos pacientes se atendieron en cada una de las Jornadas realizadas, pero los informes no corresponden a la información resumen reportada.

1.1.2 Realizan informes mensuales en donde se indica la cantidad de actividades que realizan tales como consulta especializada, fisioterapias, elaboración de prótesis y ortesis, atención intrahospitalaria, interconsulta, cirugías, entre otras, las cuales hasta el mes de septiembre/17 generaron un ingreso de \$3.160,7 millones por encima de la vigencia 2016; sin embargo no se establecieron metas cuantitativas que establezcan las actividades que se proponen realizar o en su defecto los porcentajes de crecimiento que esperan obtener durante la vigencia, y de esta forma se establezcan indicadores que permitan mostrar que se está manteniendo de forma adecuada la oferta de consulta y los niveles de atención, en que permitan detectar situaciones como por ejemplo que hasta el mes de septiembre/17 las terapias físicas disminuyeron en 3.134 respecto a las atendidas en la vigencia anterior y poder justificar estas situaciones.

1.1.3 Se realizó un análisis comparativo mes a mes del periodo septiembre/16 frente a septiembre/17 en donde se evidencia que actividades como consulta por primera vez disminuyo en 14 y consulta de control en 34, aun cuando la elaboración de prótesis aumento en 149, sockets en 143 y entrega de elementos en 175, lo que se encuentra justificado en la atención de los pacientes del Programa de Atención Descentralizada del Paciente Amputado (PADPA), donde no se realiza el cobro de la consulta de médico especialista a la Dirección General de Sanidad.

1. Modelo de Operación por Procesos

(Oficina de Control Interno)

2.1.1 En la intranet del Hospital se encuentran publicados 12 procedimientos y 18 guías de manejo observando que 3 procedimientos y 8 guías se encuentran desactualizadas y todas en su primera versión, así:

CODIGO	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	FECHA DE EMISIÓN
QX-AMPR-GM-06	Guía de Manejo	Exostosis en muñon amputación	Febrero 2009
QX-AMPR-GM-07		Fracturas abiertas grado IIIB y C	

QX-AMPR-GM-1 1	Procedimiento	Fisioterapia miembro inferior	Febrero 2012
QX-AMPR-GM-1 2		Fisioterapia miembro superior	
QX-AMPR-GM-1 3		Técnica quirúrgica amputación arriba de rodilla	
QX-AMPR-GM-1 4		Técnica quirúrgica amputación abajo de rodilla	
QX-AMPR-GM-1 5		Técnica quirúrgica desarticulación de rodilla	
QX-AMPR-GM-1 6		Técnica quirúrgica amputación transradial	
QX-AMPR-PR-0 1		Cambio de socket	
QX-AMPR-PR-0 7		Reparación de prótesis	
QX-AMPR-PR-0 8		Gestión administrativa y de almacenes	

2.1.2 En la información entregada por el Área de Calidad se observa falta de control documental sobre los procedimientos, por cuanto aseguran que el procedimiento Control de Calidad Proceso de Elaboración de Ortesis y Prótesis se encuentra en construcción, pero en la Intranet se encuentra publicado con el código CI-AMPR-PR-09, además durante la auditoría se realizaron cambios documentales el cual se encontraba publicado sin firma, en consulta se evidencio que fue corregido.

2.1.3 De acuerdo con los registros de elaboración de órtesis, no se está dando cumplimiento a los procedimientos CI-AMPR-PR-01, CI-AMPR-PR-02, CI-AMPR-PR-03, por cuanto no se están elaborando dentro de los tiempos establecidos y se evidencia que el técnico responsable, no está cumpliendo los protocolos como diligenciar el formato de toma de medidas en el momento en que se realiza esta actividad y en presencia de adultos cuando se trata de menores de edad. El no diligenciar oportunamente los formatos, no dar cumplimiento a los tiempos de entrega genera que no se tenga control sobre el cobro de los mismos, ni de las órtesis que por diferentes circunstancias no son fabricadas o entregadas.

Como valor agregado del servicio que se presta, se observa que las prótesis terminadas que entregan a los usuarios cuenta con una garantía de tres años y se les entrega acta de la misma.

(Auditoria Médica)

2.1.4 No se están desarrollando los procedimientos como están descritos, debido a que se encuentran desactualizados, como es el caso de Reparación de Prótesis QX-AMPR-PR-07 y Cambio de Socket QX-AMPR-PR-01, es de aclarar que los mismos se dejaron inmersos en el Procedimiento Atención Integral

para la Elaboración de Dispositivos Médicos de Tecnología Ortopédica Código CI-AMPR-PR-01.

2.1.5 Se cuenta con carpetas de los pacientes atendidos en el Servicio sin estadística y los de atención descentralizada, sin embargo se debe dar total cumplimiento a Resolución 2968/2015 Artículo 3 Numeral 3.11, en lo relacionado a contar con carpeta del usuario que tenga el registro completo de las actividades realizadas desde el ingreso hasta la adaptación y entrenamiento con el dispositivo, registros de controles realizados pos adaptación, mantenimiento preventivo y correctivo, reposición total del dispositivo o de sus partes, repuestos y componentes utilizados.

2.1.6 El Área ya elaboro el procedimiento del Programa de Atención Descentralizado en Paciente Amputado, el cual ya se desarrolla a manera de brigadas en las ciudades, previa solicitud de la Dirección de Sanidad de Ejército a la Dirección General, pero no se tiene legalizada esta gestión de atención externa, el cual se encuentra en el Área de Calidad, se anota que al momento de la auditoria no refiriere documentos que den trazabilidad y registro del quehacer en las brigadas de salud.

2.1.7 No se tiene documentado el procedimiento de atención a pacientes que requieren atención inmediata por daño o deterioro de la prótesis que llegan de otras ciudades sin remisión. Lo cual no genera glosa, pero no se tiene establecido el manejo con este tipo de pacientes.

2.1.8 Los pacientes no se llevan las prótesis de prueba como lo indica el procedimiento Atención Integral para la elaboración de dispositivos Médicos de Tecnología Ortopédica numeral 7 y 9, por lo cual debe ser actualizado y corregir aspectos como “Junta de Intervención” por Junta de Seguimiento.

2.1.9 En la revisión de 31 historias y sus registros en el Sistema de Información Dinámica Gerencial se evidencia que 10 pacientes tienen registros realizados por un especialista; sin embargo, la consulta fue realizada por otro. Respecto a los documentos se evidencia que al momento de hacer los registros no se realizan de forma completa, quedando pendientes espacios como firmas.

2.1.10 Frente a temas de gestión documental el Área cuenta con documentos que permiten describir su operatividad; sin embargo, es importante no desconocer el lineamiento que desde el Sistema de Gestión de Calidad se contempla en el procedimiento mandatorio Control de Documentos Cód. PL-CLDD-PR-01, en el que se estipula “Las vigencias de los documentos están dadas por cinco años a partir de su fecha de emisión excepto aquellos casos que se requiera modificar, revisar y/o actualizar por exigencias normativas o cambios en las actividades o tecnologías en periodos inferiores al previamente establecido”; siendo importante realizar autogestión y empoderamiento para lograr este componente. Se evidencia que solo el 48% de los documentos se

encuentran actualizados, se debe fortalecer el componente documental (Guías de Manejo, Manual y Procedimientos) del Área, es importante que se establezca y describa la operación administrativa gestión con otros procesos y su quehacer asistencial y de control con las demás áreas o procesos y fortalecer los procesos de educación que permitan afianzar la cultura de aprendizaje y adherencia a las funciones, guías, procedimientos y protocolos propios del Área.

2.1.11 Se evidencia que la guía de manejo de prescripción protésica CI-AMPR-GM-17, contiene todos los componentes que se requieren dando cumplimiento a la Resolución 1319 de 2010.

2.1.12 En la adherencia a los procedimientos se evidencio que al momento de la elaboración de prótesis en las diferentes secciones, el proceso se realizó sin tener en cuenta lo descrito en la Guía Técnica Ortopédica Área Amputados y Prótesis, ya que los técnicos no revisaron requerimientos descritos para la elaboración de los diferentes elementos.

2.1.13 En la adherencia a Seguridad del Paciente, se observa la utilización de los identificadores inequívocos (nombres, apellidos y documento de identidad). Se concluye que el 100% de las carpetas se encuentran con datos incompletos en algunos registros que se realizan al paciente, evidenciando hallazgos importantes tales como Junta médica incluida en carpeta de paciente que no corresponde, se detalla que existen dos pacientes con el mismo apellido. Hoja de toma de medidas en carpeta sin datos del paciente, que ante una auditoría da a pensar que puede no pertenecer a dicho paciente; los datos escritos por el médico tratante, no corresponden a dato que consigna el paciente en su firma; número de documento consignado en la solicitud de material, no corresponde al paciente.

2.1.14 Nunca han reportado eventos adversos en el Área, en la indagación los funcionarios aseguran que nunca se ha presentado y se observa que el coordinador del Área y los funcionarios de fisioterapia conocen los pasos para hacer un reporte, pero al interrogar al referente de control de calidad de talleres, no tiene claridad sobre el reporte de tecno vigilancia.

Se exponen casos como lesiones de piel del paciente dados por diagnósticos como foliculitis asociada a mala higiene o por alergia a los materiales que se utilizan en el proceso, estos casos no están documentados, ni generan un indicador, los médicos realizan remisión a dermatología y hacen seguimiento de los casos.

2.2. Políticas de Operación (Oficina de Control Interno)

2.2.1 En el direccionamiento estratégico del Área se cuenta con políticas de operación que orientan y dan guías de acción, definiendo los limites, controles,

estableciendo los parámetros para ejecutar los procedimientos y actividades de cumplimiento de la función del Área, realizando reuniones mensuales con el grupo de trabajo, en donde se socializan las mismas las cuales están encaminadas a la atención integral desde el ingreso del paciente hasta su rehabilitación protésica asegurando una atención integral y oportuna, lo cual se logra realizando seguimiento permanente al paciente durante la prestación del servicio, previniendo los eventos adversos que no se han presentado durante la presente vigencia

2.2.2 No se da un adecuado destino final al material reciclable, por cuanto no se entrega al Área de Gestión Ambiental, Seguridad y Salud en el Trabajo, sino que es recogido por la firma contratista de Aseo, perdiendo la posibilidad de recolectar fondos por este concepto.

3. Administración de Personal

(Oficina de Control Interno)

3.1 Las evaluaciones de los funcionarios del Área superan los 95 puntos, poniéndolos en un lugar de excelencia, sin tener en cuenta aspectos como: No se tiene control sobre las novedades de personal al no diligenciar el formato “Registro de Ingreso y Salida a la Jornada Laboral”, tales como incapacidades, cambios de vacaciones, permisos, no se encuentran archivados de forma cronológica y exclusiva en una carpeta que permita tener esta información a la mano, motivo por el cual es dispendioso buscar la información correspondiente a la administración de personal.

3.2 Hojas de vida de los funcionarios

- Se cuenta con carpetas de hojas de vida de los funcionarios, pero no se archivan todos los formatos como solicitud de permisos, vacaciones, incapacidades, comunicaciones, entre otros, situación que se repite en las carpetas maestras de la Unidad de Talento Humano. De igual manera no se actualiza correctamente la hoja de vida en el Sistema de Información de Gestión del Empleo Público “SIGEP”.

- Aun cuando los técnicos de planta cuentan con la experiencia en elaboración de prótesis y órtesis, se evidencia que ninguno cuenta con títulos validados para el ejercicio de esta actividad, ni que hayan adelantado actividades de homologación con entidades educativas autorizadas en el País.

- Cada uno de los técnicos cuenta con auxiliar, en su mayoría personal militar en comisión que realizaron el curso de Tecnólogo en Desarrollo y Adaptación de Prótesis y Órtesis y que están en periodo de práctica, para garantizar el cumplimiento de tiempos en la elaboración de las prótesis y órtesis, situación que no ha sido del todo favorable, en los siguientes casos:

El técnico de planta Germán Orlando Yazo, solicita constantes permisos para atender asuntos personales y para asistencia a controles médicos, en donde se incluye medicina laboral; sin embargo, no se cuenta con el diagnóstico de una enfermedad laboral, por parte de la EPS. Adicionalmente solicita permisos de forma permanente para asistencia a citaciones de juzgados y congresos de cooperativismo, cuando estos permisos son por lapsos cortos de tiempo, el funcionario no regresa a continuar con su jornada laboral, situación que afecta la productividad de este funcionario y sobre el cual no se tiene un reporte sobre la cantidad de permisos solicitados; esta situación no se ha informado a la Unidad de Talento Humano para tomar medidas correctivas, como solicitar concepto al Área de Seguridad y Salud en el Trabajo, así como la cantidad de permisos que puede solicitar un trabajador en un determinado tiempo.

El técnico de planta Jesús María Izquierdo se encuentra adelantando estudios de Tecnólogo en desarrollo y adaptación de prótesis y órtesis en el SENA, observando lo siguiente: En el oficio 24505 DIGE-SUMD-UCLA-AMPR del 23 de agosto/16 el funcionario solicita permiso de estudio con el aval del Coordinador del Área, la Jefe de la Unidad Clínico Quirúrgica y la Subdirectora Médica, en donde informa que su jornada académica será de las 6:00 a 12:00 horas y que cumplirá su jornada laboral de las 13:00 a las 19:00 horas de lunes a viernes y complementa los sábados de las 8:00 a las 12:00, situación que no se está cumpliendo, en los documentos de la entidad educativa las jornadas académicas son de lunes a viernes entre las 7:00 y las 18:00 horas, adicionalmente al no llevar los registros de ingresos y salidas no se evidencia que el funcionario labore los días sábados, a pesar de contar con un auxiliar de apoyo es el único funcionario de talleres del que sus pacientes han solicitado cambio de técnico.

En la trazabilidad del oficio mencionado se observó que la Dirección del Hospital lo envió para su estudio y respuesta a la Unidad de Talento Humano y esta lo remitió el 25 de agosto al Área de Régimen Interno en donde se pierde la gestión que se realizó a este documento, por lo que a la fecha la Dirección no le ha dado respuesta, siendo este el único Funcionario que puede otorgar este tipo de permisos; sin embargo se evidencia el Oficio 30585 SDIC-UNFD del 14 de octubre/16, en donde el Subdirector de Docencia e Investigación Científica, le informa al Señor Izquierdo que el Comité Docente aprobó la solicitud y que debe dar cumplimiento al reglamento de capacitación, este funcionario es el de más baja productividad en el servicio.

Estos dos funcionarios y Rodolfo González presentan la más baja productividad durante el año, por cuanto el Técnico Yazo ha realizado 43 prótesis y tiene pendiente por entregar 4, el Técnico Izquierdo 52 con 5 pendientes y el Técnico González 48 con 4 pendientes, mientras que sus homólogos: Johanna Moreno ha realizado 89 con 4 pendientes superándolos en un 47% y 42% y el Señor Pedro Yazo 72 con 5 pendientes por entregar, superándolos en un 44% y

52%.

3.3 Capacitación (Oficina Control Interno)

El Área no cuenta con un plan anual de capacitación para el personal, en donde se garantice el fortalecimiento de las competencias laborales, ni se encuentran incluidos en el plan anual de capacitación institucional. Aun cuando se evidencian permisos para capacitación e invitaciones por parte del contratista Otto Bock, no se encuentran los certificados de asistencia a los mismos y en el 100% de los funcionarios que han solicitado permisos para capacitación, no allegan los certificados de asistencia, lo que impide verificar y controlar que se haya utilizado ese tiempo en esta actividad, ni actualizar sus hojas de vida con capacitaciones cortas en competencias laborales.

De acuerdo a los registros de las actas de reunión del Área se observa que los funcionarios han recibido permanente reinducción sobre competencias, funciones y direccionamiento estratégico por parte del coordinador del Área; sin embargo, no se registra la inducción y reinducción en la plataforma estratégica institucional por parte de la Unidad de Talento Humano incumpliendo con las fechas programadas en el Plan de Capacitación (PCI) establecidas para los meses de febrero y junio/17.

(Área Calidad)

3.4 En la verificación de las Condiciones Mínimas de Habilitación Resolución 2003/2014, se evidenció la carencia de documentos de soporte en hojas de vida de funcionarios del servicio, por cuanto se solicitaron 16 Hojas, de las cuales fueron entregadas 13 para un total del 81%, se observa un incumplimiento de 5 hojas de vida para un total de 38%, así: 15% sin título de tecnólogo (2 funcionarios), 15% sin título de bachiller (2 funcionarios) y 8% (1 funcionario) sin verificación de título de tecnólogo.

4. Contratos de Prestación de Servicios: (Oficina de Control Interno)

El Área cuenta con cuatro contratos de prestación de servicios, tres corresponden a profesionales fisioterapeutas y un Técnico Protésista, observando que se les asignan pacientes por medio de cita, en el caso de las fisioterapeutas por Sistema de Información Institucional y el Técnico en la base de datos que tiene el Área, contratos que se encuentran suscritos hasta el 31 de julio/18. Las fisioterapeutas atienden la consulta que se les programa durante el mes, es de anotar que las mismas son programadas para un máximo de 40 minutos por paciente; sin embargo, en muchos casos estas terapias son más extensas, situación que es informada en los registros de historia clínica y el técnico ha fabricado 44 prótesis y tiene pendiente 3 por elaborar, es decir que se encuentra en el mismo nivel de productividad de Orlando Yazo y Jesús Izquierdo, considerándola baja.

Los informes de supervisión establecen el comportamiento financiero del mismo, pero no relacionan las actividades que estos contratistas realizan, tales como pacientes atendidos, prótesis elaboradas, terminadas y entregadas, actividades investigativas y docentes si las realizan, seguimiento a las normas de bioseguridad, entre otras.

5. Administración Documental (Oficina Control Interno)

El archivo se encuentra distribuido en diferentes áreas, el de gestión se encuentra ubicado en la zona de la oficina de la secretaria, el cual presenta carpetas clasificadas e identificadas de acuerdo al contenido de las mismas, tales como correspondencia enviada y recibida, contratos, estadísticas, prestación de servicios, documentos que han sido trasladados al Archivo Central de acuerdo a la programación establecida; en el área de almacenes se encuentra los documentos generados en la solicitud y entrega de elementos protésicos y en el área de fisioterapia se encuentran archivadas las historias clínicas, estos dos últimos casos no son remitidos como archivo histórico y permanecen en el Área; pero no se cuenta con un control sobre el archivo de gestión que genera toda el Área, por cuanto no poseen una lista en donde se relacionen cada una de las carpetas que se encuentran en uso, su ubicación y el responsable de su custodia.

6. Inventario de Insumos (Oficina Control Interno)

Para la custodia y suministro de insumos médicos son requeridos a la firma contratista y se entregan a través de las formulas médicas para la elaboración del elemento protésico, es de anotar que el procedimiento QX-AMPR-PR-08 “Gestión Administrativa de Almacenes”, se encuentra obsoleto por cuanto no incluyen todas las actividades que se realizan para la entrega de los mismos.

Actualmente el Área cuenta con un Suboficial del Ejército que cumple con la función de custodia de estos bienes, quien lleva el control de las entregas de los bienes protésicos en una base de datos de Excel y en la cual establece puntos de control tales como referencia, serie y código INVIMA que identifica de forma exclusiva el bien, descripción detallada del mismo, valor, código interno, numero de documentos con los cuales se entrega la misma como número de Historia Clínica, formula médica, entre otras. Durante la presente vigencia han ingresado estos bienes por valor de \$ 5.535'783.678, se realizó un conteo de las existencias sin que se observaran diferencias con respecto al listado entregado por el responsable de la custodia y el valor era de \$90'157.452.

Las entregas las hace el contratista al Área de Amputados y Prótesis, momento en el cual se hace la recepción técnica, esta información es registrada en el Sistema de Información institucional por el Almacén de Insumos Hospitalarios,

quienes inmediatamente realizan una salida, lo que genera que contablemente todo este material se vaya al gasto o al costo y no tenga control, el procedimiento correcto es que estos bienes ingresen a una bodega virtual en donde la información financiera permanezca sin afectar el gasto o costo para generar este registro cuando los bienes sean enviados al proceso de fabricación.

En el caso del material de consumo como las láminas termoformables, vendas enyesadas, lápices indelebles, cinta, pegante, entre otras, el almacenista no tiene registro de las existencias que se encuentran en el Área, de acuerdo a las entregas del Almacén de Insumos Hospitalarios estos tiene un valor aproximado de \$473'663.519 en la vigencia, el almacenista responsable realiza la entrega de este material a los técnicos de acuerdo al formato "Acta de entrega material al tecnólogo" en donde de acuerdo a la formula medica del especialista y aprobada por la Dirección de Sanidad respectiva, se relaciona el material que requieren para la elaboración, sin embargo no se tiene un registro o base de datos sobre las existencias actuales en la bodega y el valor de las mismas.

7. Inventario de Bienes

(Oficina de Control Interno)

Se resalta la labor realizada por el Área en la custodia de los inventarios evidenciando un adecuado manejo de los bienes, los cuales se encuentran registrados en el Sistema de Información a nombre del responsable del Área, firmados, identificados con el nombre y placa; dando cumplimiento al oficio 27720 DIGE del 15 de septiembre/11, están subrogados a los funcionarios que los están utilizando y son responsables de los mismos.

En este listado del sistema de información se encuentran los bienes que han sido prestados por el contratista en cumplimiento de la cláusula de apoyo tecnológico y que posteriormente son entregados como donación, observando que han sido ingresados a la contabilidad institucional.

8. Cumplimiento condiciones mínimas de habilitación Resolución 2003/2014 (Área Calidad)

8.1 Dotación

- En la verificación de las condiciones técnicas de los equipos, dentro de la auditoria se tiene como limitante la revisión de las hojas de vida de los equipos de acondicionamiento, debido a que no fueron entregadas por el Área.
- Sobre las hojas de vida del equipo industrial fueron solicitadas en el Área de Equipo Industrial generándose los siguientes hallazgos:

El 100% de las máquinas industriales no registra en su hoja de vida fecha de adquisición, ni tiempo de garantía, las hojas de vida de las máquinas se encuentran en carpetas con soportes en fotocopia y se encontró una carpeta matriz con toda la información original condensada.

Se verificaron 15 hojas de vida y en el 100% se evidencia que no tiene incluido el cronograma de mantenimiento, no registra mantenimiento desde septiembre de 2016, para la fecha deberían haber tenido dos, una en el mes de marzo y otra en septiembre del año en curso; adicionalmente se observa que, en el cronograma de mantenimiento, se tiene en general una carpeta con datos de todos los equipos con los que cuenta el Área de Talleres.

8.2 Infraestructura

- Existen deficiencias en limpieza y desinfección en toda el Área, espejos, máquinas de acondicionamiento físico, interior de los dispensadores de supragel y no se evidencio marcación de apertura de gel antibacterial en cubículo 2.
- En el área de talleres faltan protectores de toma corriente y las instalaciones provisionales en mal estado.
- El piso antideslizante de la rampa al inicio en primer piso presenta levantamiento.
- En la unidad sanitaria para discapacitados no cuenta con servilletas para secado de manos.
- Las paredes en área de pasillo frente a consultorios se observan esquineros deteriorados, pared del cubículo 2 con exposición de cemento y cristal de ventana roto.

9. Incumpliendo con la Resolución 4447 de 1996 (Área Calidad)

9.1 Riesgo eléctrico en el ambiente de talleres donde se encuentran almacenados los insumos inflamables (cable con conexión insegura) y los pasamanos se encuentra a 1.3 m en toda el área de rampa y no a 0,90 m de altura.

9.2 Condiciones Mínimas de Historias Clínicas: Se verifico los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos, al respeto se evidencia que:

- No se tiene carpeta única en el servicio por paciente, se encuentra una carpeta A-Z que contiene valoraciones de pacientes de fuera de Bogotá.

- Se tomó aproximadamente el 10% de números de historia clínica del listado de pacientes de programación para valoraciones tanto médicas como de Terapia física para mes de octubre (90 pacientes) de esta verificación se obtuvo el siguiente resultado:

El 60% de los pacientes revisados por sistemas no se evidencia valoración del estado general del paciente, sólo se hace alusión al detalle del motivo de consulta, el 100% de las valoraciones del examen físico (signos vitales) no se realizan adecuadamente, sino que se aplica el dígito 1 para llenar estos datos; en el 100% las historias revisadas no se evidencian que queden consignadas las indicaciones médicas que se da a los pacientes, los especialistas únicamente escriben “observación”.

En lo que concierne a terapia física: se valoró en las mismas historias la intervención de fisioterapia encontrándose en el 100% de las intervenciones en la indicación médica, también se coloca como nota “observación” y el 30% tienen datos incompletos en número de sesiones y no se realiza la marcación de la causa del ingreso.

- En cuanto a los hallazgos en auditoria de campo en Valledupar se encuentra que no se documenta en la historia clínica del Hospital la formulación y entrega de prótesis o en su defecto no se adjunta a la historia clínica física estos soportes, que son necesarios mientras se logra hacer esta historia en el Sistema de Información, con el fin de cumplir con la Resolución 1995/99, para este análisis fueron revisadas una muestra de 19 historias clínicas de un total de 42, lo que equivale a un 45% en la Fase 1 Formulación y toma de muestras.

10. Cumplimiento Resolución 2968 de 2015 Artículo 8 Requisitos Higiénico Sanitarios Locativos y de Personal

10.1 Personal

- Actualmente existe personal que se encuentra en seguimiento de medicina laboral y a los cuales se les está realizando exámenes médicos anuales; se observa personal no está haciendo uso de los elementos de bioprotección y por tanto no acatan recomendaciones dadas por el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo (SGSST), a pesar que reciben estos elementos en forma periódica y oportuna.

- Existe un documento en formato de acta, en donde se consigna todos los seguimientos realizados en el proceso de rehabilitación al paciente, este documento contiene ocho espacios donde el equipo interdisciplinario firma como constancia de que avalan que la actividad de seguimiento o control se realizó conforme a lo estipulado. En algunos casos este documento aparece firmado con aval de solo técnicos o sólo fisioterapeutas o en otros por cuatro

de los ocho integrantes del equipo interdisciplinario. Esto hace que al realizar la auditoria se presenten dudas sobre la validez del documento.

10.2. Higiénicos

- Cuentan con un botiquín que se encuentra en el área de talleres; sin embargo, no presentan un documento o formato que contenga específicamente el stock del mismo, se evidencia que cuenta con elementos como soluciones antisépticas sin embargo se encuentran abiertas y no tienen rótulo de fecha de apertura.
- La cercanía con la planta de tratamiento de aguas residuales del Hospital, origina olores nauseabundos en determinados periodos de tiempo, que obligan al personal a dotar de tapabocas a los pacientes.
- El sistema de extracción de las partículas que se originan en el taller, no se encuentran en funcionamiento; por lo tanto, toda el área permanece con contaminación por presencia de material particulado; es de aclarar que cuando se pone en funcionamiento produce contaminación auditiva.
- No hay un procedimiento que indique cómo debe realizarse la limpieza del área del taller. Frente a Habilitación: En el protocolo de Limpieza y Desinfección de áreas y equipos, no aparece especificada la tarea que debe realizarse en el área de Fisioterapia; actualmente la limpieza y desinfección de equipos como máquinas de realizar acondicionamiento físico la realiza un técnico protesista, no se cuenta con cuadro control de limpieza y desinfección y el funcionario que realiza la limpieza no ha recibido capacitación donde se le haya explicado los principios de limpieza y desinfección de este tipo de áreas y de los equipos, ni la importancia de limpiar al interior de los dispensadores de gel antibacterial.

El operador de aseo está violando los protocolos por cuanto no los cumple al mezclar trapero rojo (áreas contaminadas) con los traperos de limpieza de zonas no contaminadas o consideradas áreas no críticas. La mezcla de guantes rojos (área crítica) con guantes usados en áreas no críticas. Los traperos no pueden colgarse porque los ganchos están insertados muy abajo, esto hace que los coloquen en forma contraria o peor que los acumulen sucios sobre el muro y la poceta se encuentra en malas condiciones de orden y aseo, no dando cumplimiento al contrato suscrito con el operador de servicios de aseo Servilimpieza,

10.3 Locativos

- Se cuenta con equipo para prevención de incendios (extintor), pero no se tienen con anclaje en la pared que es la forma más segura en la que deben encontrarse dispuestos.

- Existen distintas áreas de atención al usuario las cuales se encuentran en zonas como la de toma de medidas y moldes, la de adaptación de dispositivos médicos y la de entrenamiento. En este aspecto se presenta la evidencia de que la zona de toma de medidas y moldes se encuentra en el área de producción, en este caso se observa al paciente ingresar sin protección al área para que le realicen el procedimiento.
- Los baños de pacientes no cuentan con sistema de secado de las manos.
- No se encuentra delimitada la zona de ejercicios de adaptación en superficies irregulares, se encuentra al exterior del área de entrenamiento y ofrecería mayor seguridad si contara con un sistema de encerramiento.

11. Contrato Insumos (Oficina de Control Interno)

Se tiene suscrito el contrato 189/14 suscrito con la firma Otto Bock Healthcare Andina Ltda., con el objeto de suministrar materiales y componentes para la elaboración y adaptación de dispositivos médicos sobre medida tipo prótesis externas y órtesis, en donde se incluye el soporte técnico para la adaptación y mantenimiento de estos elementos, el cual fue inicialmente suscrito por valor de \$18.395'955.600, cuatro adiciones por valor de \$ 2.700 millones, con fecha de ejecución 31 de junio/18

Se está realizando una adecuada ejecución del mismo, el cobro de los materiales y componentes se hace de acuerdo a los valores establecidos en la firma del contrato, se mantiene el stock de las fundas y liners requeridos para el banco de prueba, los elementos son entregados dentro de los tiempos estipulados en el contrato, los informes de supervisión se elaboran junto con una relación de cada uno de los bienes identificados de forma individual por paciente, cumplimiento de especificaciones técnicas y del apoyo tecnológico.

12. Sistema de Información

El Área únicamente utiliza el Sistema de Información Dinámica Gerencial para la asignación de citas de médicos especialistas y fisioterapeutas y el diligenciamiento de las evoluciones de los pacientes en la Historia Clínica.

No se realiza la asignación de citas con los técnicos que elaboran las prótesis, actividad que se hace en hoja de Excel, haciendo más dispendioso el control de la asistencia de los pacientes y de la atención a los mismos, así como facilitar el control del tiempo que se requiere entre la toma de medidas, hasta la entrega de la prótesis.

Para la elaboración de las prótesis no se está haciendo uso del módulo de producción de bienes lo que dificulta el control de materiales utilizados, tiempos de elaboración, entre otros.

13. Mapa de Riesgos

13.1 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, el Área de Amputados y Prótesis tiene identificados siete riesgos de gestión y se han establecido sus puntos de control, así: El primer riesgo corresponde a la no oportunidad en la atención de los servicios, riesgo que se encuentra en un nivel bajo de probabilidad por cuanto este servicio tiene atención personalizada de sus pacientes; el segundo riesgo que corresponde a la entrega de las prótesis con defectos de calidad se encuentra en un nivel bajo de ocurrencia, el punto de control es la entrega de garantía por tres años, mismo periodo que da la firma contratista Otto Bock por sus materiales, evidenciando que a la fecha únicamente el 3% de las prótesis fabricadas han tenido esta situación sin aumento de los costos de fabricación, ni se ha afectado la producción del Área; el tercero corresponde a la no disponibilidad de recursos presupuestales lo cual no ha ocurrido a la fecha, teniendo en cuenta que el contrato suscrito con el proveedor ha tenido las adiciones que ha requerido para la correcta y oportuna prestación del servicio; el cuarto riesgo corresponde a la no disponibilidad de personal para el funcionamiento adecuado del taller y su proceso logístico, riesgo que debe ser monitoreado ya que se presentan deficiencias en la administración del personal, del personal que labora en el Área únicamente el 38% pertenece a la planta de personal, el 42% son militares en comisión y el 19% corresponde a prestación de servicio, lo que implica que en el caso del retiro del personal militar en comisión y la no suscripción de contratos de prestación de servicio, este riesgo se estaría materializando afectando todos los indicadores de gestión y disminuyendo en un 60% la productividad del mismo; el sexto riesgo corresponde a la ejecución financiera del contrato de suministro de material protésico el cual se encuentra en un nivel bajo de probabilidad de ocurrencia y los controles establecidos han sido adecuados, el ultimo corresponde a riesgos ocupacionales en el taller, el cual de acuerdo a la información del Área de Calidad se está materializando por cuanto las instalaciones no cuentan con el mantenimiento adecuado, presentan riesgos de fugas eléctricas, caídas por mal estado de cintas antideslizantes y el no uso de los elementos de bioprotección.

13.2. El mapa de riesgos cuenta con la identificación de un riesgo de corrupción correspondiente a la pérdida o robo de material, el cual debe ser monitoreado debido a que el no contar con el Sistema de Información en el control de entrega de bienes, módulo de producción que garantice la utilización correcta de los elementos, se encuentra en un nivel alto de materialización. Adicionalmente se deben identificar otros riesgos de corrupción que son susceptibles de ocurrir en cualquier área del Hospital tales como: errores en la administración de personal, fuga de inventarios, tráfico de influencias para la asignación de citas, entre otros.

13.3 El Coordinador del Área no ha efectuado los monitoreo y seguimiento

periódico a los riesgos, 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.

14. Programa de Atención Descentralizada a Pacientes Amputados (PADPA)

(Oficina Control Interno)

El Programa se realiza en coordinación con la Dirección General de Sanidad Ejército, está dirigida a pacientes amputados que viven en ciudades alejadas a Bogotá, este programa ha sido reconocido como soluciones exitosas y asegura el cumplimiento de la política institucional Humanización del Servicio, por entidades como la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales; fue invitado para compartir experiencias en el II Congreso Iberoamericano de Telesalud y Telemedicina, y I Congreso Mundial Unadista en ciencia tecnología e innovación en salud; ha sido felicitado en varias ocasiones por el Ministerio de Defensa y permitió el reconocimiento en la noche de los héroes, entre otros.

El Área elaboró el procedimiento Programa de Atención Descentralizada del Paciente Amputado, en donde se determinan las fases del proceso del programa, desde la solicitud de apoyo por parte de la Dirección de Sanidad Militar de Ejército hasta la entrega a satisfacción del dispositivo médico al Usuario, documento que se encuentra en revisión por el Área de Calidad; observando que durante la primera fase se cumplieron cada una de las actividades establecidas tales como la suscripción de la solicitud por parte de la Dirección de Sanidad en donde se confirman las fechas de atención, se verifican los derechos de los usuarios a los servicios, se realiza la valoración por el especialista, se toma y registra medidas, se soporta con documentos clínicos como historia clínica diligenciada, fórmula médica, formatos de toma de medidas para fabricación de sockets, para solicitar la autorización por parte de la DGSM.

Los gastos de traslado y desplazamiento de los funcionarios que realizan la consulta, son asumidos por la DGSM y los de medición, carro taller y logística administrativa son asumidos por la firma contratista OttoBock, actividad que de acuerdo a la cláusula novena literal 10 del contrato reza que debe asumir los costos de transporte y movilización que se causen con motivo de la ejecución del mismo; la segunda fase inicia en la ciudad de Bogotá en donde se solicita el material, elementos y componente que han sido autorizados para la elaboración de las prótesis, procediendo a la fabricación de sockets por parte del contratista; finalizado este proceso se inicia la tercera fase, la cual corresponde al desplazamiento de los técnicos a la ciudad en donde se originó la jornada para hacer pruebas, correcciones y ensambles de las prótesis, la evaluación por parte del especialista se realiza por video conferencia.

La elaboración de estas prótesis inicia una vez se cuenta con la autorización por lo que no existen motivos para que estos elementos sean glosados, pero el Hospital realiza el cobro de este servicio cuatro o cinco meses después de haber cancelado los elementos y componente a la firma contratista, debido a que a la DGSM se le cobra la prótesis una vez terminada y recibida a satisfacción.

Se realizó entrevista personal con los pacientes citados a la Jornada en Valledupar, quienes manifestaron la satisfacción con el programa, pero aseguran que debido al deterioro de sus actuales prótesis, requieren que el procedimiento se realice en menor tiempo.

(Área de Calidad)

Durante el trabajo de campo se evidencio que se convocaron usuarios de las ciudades de Barranquilla, Riohacha y Valledupar, contando con un pre listado de 45 usuarios, esta auditoria realizo el acompañamiento durante la consulta, verificación de los formatos diligenciados, observando que:

Los asistentes a la Brigada son usuarios de prótesis de miembro inferior por amputación a diferente nivel de su extremidad ocasionado por minas, herida de arma de fuego (HAF), amputación por tumor o accidente de tránsito, las cuales requieren mantenimiento por uso o cambio de las mismas por el deterioro.

Por parte del Hospital asisten el Coordinador del Área, especialista que se encarga de evaluar los pacientes, el Responsable de la custodia de los insumos, quien cumple las funciones logísticas tales como la verificación de la documentación y diligenciamiento de formatos y los Técnicos (uno del Hospital y otro del Contratista) que apoyan la medición de los muñones de acuerdo a las especificaciones del especialista, por parte del establecimiento de Sanidad participa la Fisioterapeuta quien se encarga de diligenciar la historia clínica.

Los motivos de consulta lo documentan en Subjetivo: desajuste del socket, deterioro del LINER o deterioro completo de la prótesis, sonido al dar el paso, entre otros motivos, en la actividad de consulta se realiza la verificación de la fecha en que le fue entregada la prótesis, actividad a la que se dedica el paciente, las condiciones del muñon y las de prótesis actual, los técnicos toman las medidas de circunferencia y largo del muñon, lo cual queda documentado en la historia clínica, se toman signos vitales y peso del paciente, se verifica la fecha del evento en el que perdió la extremidad, nivel de amputación e indicaciones médicas con numero de formula y se actualizan datos personales como números telefónicos.

Se cuenta con kit de pruebas de LINER en silicona de diferentes tamaños y cubiertas, unas con pin, otras sin pin que sirve de apoyo para ir definiendo cual

es la más adecuada para la situación actual del paciente.

Cuando es pertinente por cambio de prótesis o de socket, el paciente pasa a donde los técnicos, quienes le colocan “media” donde se marca el nivel de amputación de hueso, zonas de apoyo, le colocan pieza especial sobre el muñón y se les toma fotografía con cámara especial, la cual conectaran posteriormente en computador de Otto Bock, para generar los moldes del socket.

En total en la Brigada se valoraron 42 pacientes, se imprimieron las historias clínicas las cuales son firmadas por el Especialista y la Fisioterapeuta y se levantó acta de inasistencia de tres usuarios.

La actividad se desarrolló en el área de fisioterapia del Establecimiento de Sanidad el cual es amplio, pero no se cuenta con barrera física entre el área de entrevista y de examen y de toma de medidas del paciente.

Las Historias clínicas que se elaboran en hojas de Excel y cumplen con los datos exigidos en la Resolución 1995/95, no es registrada en el Sistema de Información institucional debido a que no se pueden conectar por remoto y en el Área de Amputados y Prótesis no se cuenta con el personal que transcriba la información; se observa que se abren carpetas por paciente en donde se archiva la historias clínica y los soportes generados como los formatos de toma de medidas, solicitud de elementos y las formulas médicas, que se llevan a auditoria para la autorización correspondiente, cuando sean auditadas se continua el seguimiento de cada paciente, hasta la entrega total de las partes o de la prótesis total (cuando es prótesis nueva puede ser en 4 a 6 meses)

Conclusión

De acuerdo con la evaluación efectuada al Área de Amputados y Protesis 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 86%, 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 las cuales deben solucionarse para que el Sistema de Control Interno sea eficaz, tales como: realizar la actualización de las guías y procedimientos que los requieren, implementar los mecanismos de control en la administración de personal, realizar informe de mitigación de riesgos, realizar una mejor utilización del sistema de Información Institucional, entre otros.

Sensibilización

Con el fin de dar cumplimiento al rol de Enfoque hacia la Prevención el 5 de

diciembre se realiza charla de sensibilización del sistema de control interno a los funcionarios del Área.

De igual forma ese mismo día se realizó la reunión de cierre de la auditoria con la presencia del Coordinador del Área, dándose a conocer las oportunidades de mejora mencionadas en el informe, comprometiéndose a continuar efectuando las acciones correctivas.

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:

Oficina Control Interno:

1. Mejorar 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. Realizar la adecuada utilización del Sistema de Información Institucional, para mejorar los controles en las actividades del Área y en la custodia de los bienes, para lo cual se debe asignar cita para la toma de medidas; crear una bodega virtual para el control de los bienes y utilizar el módulo de producción para la elaboración de prótesis y órtesis.

Auditoría Médica:

6. Realizar la eliminación del sistema de gestión documental de los

procedimientos Reparación de Prótesis QX-AMPR-PR-07 y Cambio de Socket QX-AMPR-PR-01.

7. Dar cumplimiento a Resolución 2968/2015 Artículo 3 Numeral 3.11, en lo relacionado a Carpeta del Usuario que es el registro completo de las actividades realizadas desde el ingreso hasta la adaptación y entrenamiento con el dispositivo, registros de controles realizados pos adaptación, mantenimiento preventivo y correctivo, reposición total del dispositivo o de sus partes, repuestos y componentes utilizados e incluir las estadísticas de los pacientes atendidos.

8. Legalizar en el sistema de gestión documental el procedimiento Programa de Atención Descentralizado en Paciente Amputado.

9. Elaborar y documentar el procedimiento de atención a pacientes que requieren atención inmediata por daño o deterioro de la prótesis que llegan de otras ciudades sin remisión, con el fin de evitar glosas por parte de la DGSM.

10. Realizar ajustes en el procedimiento Atención Integral para la elaboración de dispositivos Médicos de Tecnología Ortopédica Numeral 7, en cuanto a que los pacientes ya no se llevan las prótesis de prueba como lo indica el procedimiento y el Numeral 9 corregir “Junta de Intervención” por Junta de Seguimiento.

11. Los registros en historia clínica deben ser realizados por el especialista que realiza la consulta, con el fin de evitar glosas por parte de la DGSM.

Área de Calidad:

12. Eliminar del sistema de gestión documental los procedimientos Reparación de Prótesis (QX-AMPR-PR-07) y Cambio de Socket (QX-AMPR-PR-01).

13. Mejorar el cumplimiento de la Resolución 2968 Artículo 3 Numeral 3.11, en lo relacionado a Carpeta del usuario.

14. Dar cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 en lo correspondiente a normas para el manejo de la historia clínica, Artículo 4 – Obligatoriedad del Registro, por cuanto la historia clínica debe cumplir con requisitos de norma, que en la actualidad en muchas ocasiones se pasan por alto al orientarse solo al motivo de consulta y no ver al paciente en forma integral.

15. Dar cumplimiento del Procedimiento Atención Integral para la elaboración de dispositivos Médicos de Tecnología Ortopédica (CI-AMPR-PR-01), así como a

la Guía de Manejo Prescripción Protésica (CI-AMPR-GM-17), la Guía Técnica Ortopédica Área Amputados y Prótesis CI-AMPR-PR-01-DI-01.

16. Implementar documentos que describan la gestión administrativa en cuanto a su interacción con otros procesos y sus flujos de información tanto interno como externo, en donde se establezcan controles para minimizar riesgos en este tipo de gestión y actividades de carácter administrativo.

17. Dar cumplimiento al componente de calidad – seguridad del paciente, se debe promover la adherencia a lo establecido en la Resolución 591 del 2014 (interna), *“por la cual se adopta la política de seguridad del paciente”*, que permite ejercer control y calidad en el servicio, así como el de garantizar una atención oportuna, humanizada, integral y continua.

18. Mejorar el control del uso correcto de estos elementos de seguridad por parte de los funcionarios, dando cumplimiento a las normas de bioseguridad.

19. Controlar la limpieza y desinfección que realiza la firma contratista de aseo, con el fin de dar cumplimiento a los requisitos mínimos de habilitación.

20. Adelantar seguimiento a los eventos que se presentan con los pacientes, como reacciones alérgicas, infecciones en piel entre otras; que, aunque no se encuentran catalogados como evento adverso o incidente, si puede aportar información importante para mejorar su atención y prevenir afectación en su salud.

Atentamente,



Gladys Consuelo Céspedes Martínez
Jefe Oficina de Control Interno

Copia: Subdirección Médica, Unidad de Clínico Quirúrgica (vía correo electrónico).



Elaboró: Adriana Magali Cuevas M
Jefe Oficina Control Interno



Revisó: Gladys Consuelo Céspedes Martínez