

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-01-FT-07
 Grupo Social y Empresarial de la Defensa Por nuestras Fuerzas Armadas, para Colombia entera	 HOSPITAL MILITAR CENTRAL BOGOTÁ	OFICINA: CONTROL INTERNO	FECHA DE EMISIÓN: 15-04-2020
		PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	VERSIÓN: 01
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	PÁGINA 1 de 14

1. INFORMACIÓN GENERAL

Proceso:	Atención Ambulatoria
Dependencia:	Servicio Enfermería
Tipo de auditoría:	Interna
Auditor líder:	Martha Yaned Blanco B.
Tipo de Informe	Informe Final

2. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento de la Ley 87/93, el rol de Evaluación y Seguimiento establecido en el artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 648/17 y el Plan de Acción de la Oficina de Control Interno/21, a continuación, me permito presentar el informe de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno (SCI) del Proceso Atención Ambulatoria, teniendo en cuenta lo establecido en la Resolución interna 588 de junio/18, específicamente Servicio Enfermería.

3. OBJETIVO DE LA AUDITORIA

Evaluar de forma independiente el Sistema de Control Interno, de igual forma la efectividad del autocontrol para la prestación del servicio, el conocimiento y adherencia a procedimientos transversales del Servicio evaluado en relación con el Área administrativa y asistencial; orientado en garantizar el cumplimiento del objetivo institucional de, "Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización."

4. ALCANCE

Se verifico la aplicación y efectividad de los procedimientos internos, la administración de los riesgos del Proceso (específicamente los del Servicio Enfermería); se verifico con base en las funciones del Servicio, la aplicación y efectividad de los procedimientos internos y documentos informativos, entre otros; establecidos en el Sistema Documental del HOMIL, así mismo la gestión encaminada al cumplimiento del objetivo institucional de "Fortalecer el modelo de gestión por procesos y la cultura de mejoramiento", específicamente el numeral 3.1, el cual trata de la Gestión por procesos.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS

- Identificación y consulta de las fuentes de información correspondientes al Servicio Enfermería.
- Verificación de procedimientos de Enfermería trasversales a los Servicios de Urgencias, Hospitalización y UCI.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		2 de 14	

- Verificación documental y de auditoria concurrente en los Servicios de Urgencias, Hospitalización y UCI contrastando lo registrado en los procedimientos transversales seleccionados del Servicio de Enfermería, esta verificación se realiza con personal designado para acompañamiento durante la auditoria de la Oficina de Control Interno.
- Verificación documental en los registros de las acciones relacionadas a la adherencia a los procedimientos institucionales del Servicio de Enfermería seleccionados para esta auditoría.
- Reuniones de apertura, intermedias y cierre de Auditoria, donde se indican las directrices y los hallazgos evidenciados a los auditados.
- Análisis de Riesgos tanto los del Proceso (específicamente Servicio Auditado), como los de corrupción.

6. CRITERIOS

- Ley 911 de 2004: *"Por la cual se dictan disposiciones en, materia de responsabilidad deontológica, para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones"*.
- Resolución 3100 de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) *"Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"*
- Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS): *"Por la cual se establece normas para elaborar registros de la historia clínica"*.
- Resolución interna 588 de junio/18, *"Por la cual se adopta el Modelo de Operación por Procesos "Mapa de Procesos" en el Hospital Militar Central y se dictan otras disposiciones"*
- Aplicación de las técnicas de auditoría teniendo como base la Guía de Auditoria del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) V4.
- Procedimientos y Protocolos del Servicio Enfermería
- Mapa de Riesgos del Proceso evaluado específicamente el Servicio auditado.

7. METODOLOGÍA

Verificación documental, análisis de información, indagaciones, observación y auditoria concurrente en los Servicios de Urgencias, Hospitalización y UCI.

8. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

8.1 PLAN OPERATIVO:

El Servicio cuenta con este Plan para la presente anualidad el cual se encuentra en desarrollo, con porcentajes de avance a la fecha, donde se indican las actividades, tareas y metas, que se deben realizar en un tiempo

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		3 de 14	

determinado, permitiendo evaluar su gestión y desempeño, de acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación (Decreto 1499 del 11 de septiembre/17), adicional dando cumplimiento con la Resolución Interna 084 del 07 de febrero/18, derogada por la Resolución interna 829 del 30 de julio/21; Artículo 3°. Numeral 1, el cual trata de *“Diseñar el Plan de Acción del Servicio y/o Área y efectuar la respectiva medición, evaluación, análisis y reporte de resultados de acuerdo a las metas e indicadores establecidos en el mismo”*.

Teniendo en cuenta los documentos publicados en el Sistema Documental de la Entidad del Servicio de Enfermería, para esta auditoria se toman una muestra del 66%, los cuales se relacionan a continuación:

PLANES:

- Plan Matriz – Plan de Atención de Enfermería (PAE)- AM-ENF-PL-01-07.
- Kardex Enfermería. AM-ENF-PL-FT-01.
- Plan de Atención Enfermería - AM -ENFE-PL-01.

PROCEDIMIENTO ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR DE ENFERMERIA. - AM-ENFE-PR-160

PROCESOS PRIORITARIOS:

- Administración de Medicamentos- PM-ENFE-PT-01
- Cuidados Enfermería Pre Toma de imágenes diagnosticas. - AM-ENFE-PR-10
- Cateterismo Vesical Intermitente y Permanente. - AM-ENFE-PR-04
- Preparación Pre Quirúrgica y Traslado del paciente a cirugía - AM-ENFE-PR-03
- Cuidado de la Piel en el Paciente Hospitalizado -CEPIEL- AM-ENFE-PR-161
- Punción Venosa Periférica y cambio de líneas I.V. - PM-ENFE-PT-02
- Control De Líquidos- PM-ENFE-PR-05
- Sujeción Mecánica. - AM-ENFE-PR-133
- Recibo y Entrega de Turno- AM-ENFE-PT-03
- Transfusión Sanguínea - AM-ENFE-PT-04
- Prevención de Caídas - AM-ENFE-PR-149
- Registros Clínicos - AM-ENF-PR-110

PROCEDIMIENTOS BASICOS DE ENFERMERIA:

- Identificación de Pacientes- PM-ENFE-PR-136
- Baño en ducha cama. - AM-ENFE-FT-01
- Control Inventarios. - PM-ENFE-PR-129
- Ingreso y Egreso. - AA-AH-ENFE-PR-06
- Transporte Intra y Extra Institucional de Pacientes. - AM-ENFE-PR-130

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		4 de 14	

En relación a la información suministrada y publicada de los Procedimientos y Protocolo del Servicio de Enfermería, se tomó una muestra del 66%, a la cual se realizó revisión documental y auditoria concurrente o de campo, presentando lo siguiente:

8.2 PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA AM -ENFE-PL 01 VERSION 1 JUNIO DEL 2019

Se evidencia que las fechas de elaboración y aprobación del documento publicado que refieren al Servicio auditado presenta fecha junio del 2019; lo que determina que el documento se encuentra vigente según lo establece el procedimiento interno "Control de Información Documentada PL-CLDD-PR-01 versión 07". Durante el desarrollo de la auditoria se evidencia que el Plan de Atención de Enfermería (PAE), vigente no se encuentra adoptado por el Servicio de Enfermería del HOMIL.

Oportunidad de mejora 1:

La Oficina de Control Interno recomienda dar cumplimiento a la Resolución 3100 del 2019 del MSPS, que establece en los requisitos de habilitación en Salud, la implementación de un Plan de Atención para el Servicio de Enfermería, durante la auditoria concurrente, se evidencia incumplimiento de la Resolución anteriormente mencionada, dado la no aplicación del PAE actual, el cual propone implementar los códigos NANDA, (North American Nursing Diagnosis Association) y NIC (Nursing Interventions Classification).

8.3 ANEXO: GESTION DE SITUACIONES ADMINISTRATIVAS. CODIGO: GH-ADPE-01-DI-01- FECHA DE EMISION: 30-09-2019 (PROGRAMACION DE TURNOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA).

En seguimiento realizado a la programación de turnos, del cual refiere el numeral 1.6.1.1. del procedimiento en mención, se evidencia que las responsables de administrar el talento humano del Servicio Enfermería, asignan, distribuyen y programan los turnos del personal, teniendo en cuenta los requisitos establecidos en el procedimiento evaluado, tales como: Capacidad Instalada de los Servicios, Complejidad de los tratamientos médicos y de enfermería, Jornada laboral y Notas aclaratorias, entre otros; dejando registros de las actividades en un base de datos en Excel denominada "Mes vigente"; reporte que es emitido por el Sistema de Enlace para la Administración del Talento Humano (THAIS) plataforma definida en el Hospital Militar Central (HOMIL), para tal fin; observando que la verificación y confirmación diaria del personal de enfermería programado en cada turno recae en la funcionaria encargada de la administración del recurso humano en cada turno (mañana, tarde, noche 1 y noche 2); lo que determina en debilidad de control debido a la falta de controles adicionales como: registro dactilar al ingreso y salida del turno, cruce de información, interfaz o verificación frente al Módulo de Nómina del Sistema de Información Dinámica Gerencial, el cual permita con las novedades presentadas determinar el pago del recurso humano asignado al Servicio Enfermería .

Oportunidad de mejora 1:

De conformidad con la situación identificada frente a los criterios establecidos en el numeral 1.6.1.1, del procedimiento analizado, la Oficina de Control Interno recomienda al Servicio Enfermería, realizar controles adicionales en coordinación con el Área de Nomina, relacionados con cruce de información en el Modulo de Nomina.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		5 de 14	

8.4 PROCEDIMIENTO: INGRESO Y EGRESO DEL USUARIO CÓDIGO: AA-AH-ENFE-PR-06- FECHA DE EMISIÓN: 01-07-2014

Se evidencia que las fechas de elaboración y aprobación del documento publicado que refieren al Servicio auditado presenta fecha de 01 de julio/14; lo que determina que la vigencia del documento es superior a 5 años, situación que representa en desactualización del documento, en relación con el numeral 4.4.1 del procedimiento interno “Control de Información Documentada PL-CLDD-PR-01 versión 07”; en cuanto a que *“Las vigencias de los documentos están dadas por cinco (5) años a partir de su fecha de emisión excepto, aquellos casos que se requiera modificar revisar y/o actualizar por exigencias normativas, cambios en las actividades o tecnologías en periodos inferiores al previamente establecido”*. Así mismo presenta debilidad en cuanto al numeral 4.3 en relación a que *“El líder del Área y/o Servicio debe revisar mínimo una vez al año la información documentada del Área y/o Servicio con el fin de verificar su pertinencia y realizar las actualizaciones necesarias”*; se evidencia que el procedimiento no está actualizado a la emergencia sanitaria COVID-19.

Oportunidad de mejora 2:

La Oficina de Control Interno recomienda al Servicio diseñar acciones efectivas en la actualización del procedimiento, teniendo en cuenta la situación mundial de la pandemia SARS COVID 19 y normatividad vigente del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

8.5 PROCEDIMIENTO: SISTEMA DE IDENTIFICACION DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS ASISTENCIALES PM-ENFE-PR-136 FECHA DE EMISIÓN: 31-10-2017.

En verificación realizada a los identificadores inequívocos de los cuales trata el procedimiento evaluado tales como: manilla de identificación e identificador de cabecera, el cual es impreso desde el ingreso del paciente en el Área de Admisiones; presenta la identificación rápida del paciente, como nombres completos, número de cama y número de historia clínica que corresponde al número de identificación, observando que el Área utiliza el formato institucional para identificación de cabecera de paciente del cual trata la actividad ID 1 *“Realizar el ingreso administrativo del paciente”*; no evidenciando en la identificación de cabecera información adicional y de fácil visualización para los profesionales de la salud que reciben el cambio de turno, tales como: sexo, edad, fecha de nacimiento, fecha de ingreso y Entidad Prestadora de Salud (EPS) cuando sea del caso; Aunque la resolución 3100 del 2019 MSPS, establece como mínimo 3 parámetros de identificación, la institución puede establecer en su procedimiento los ítems que considere necesarios, para minimizar errores en la atención en salud, buscar atención humanizada y personalizada, enfocado en los estándares de Calidad del HOMIL.

Oportunidad de mejora 3

De acuerdo con la situación identificada frente a los criterios establecidos la Oficina de Control Interno recomienda tener siempre presente el objetivo del procedimiento evaluado de: *“Estandarizar el procedimiento de identificación inequívoca de pacientes en el Área Hospitalaria, con el fin de evitar errores en la atención y disminuir la posibilidad de ocurrencia de eventos adversos relacionados”*.

8.6 PROTOCOLO: RECIBO Y ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERÍA E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AM-ENFE-PT-03 FECHA DE EMISIÓN: 18-02-2021.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		6 de 14	

En el desarrollo de la Auditoria Concurrente, se evidencia que no se da cumplimiento al numeral 2 Consideraciones Importantes del protocolo anteriormente mencionado, en el acápite “*Recibo y Entrega de Turno*”, evidenciando ausencia de notas como pendientes de: Interconsultas y Exámenes de Laboratorios, Cuantificación de Drenajes y Actividades adicionales que se generan durante el turno.

Oportunidad de mejora 4

La Oficina de Control Interno recomienda incluir en las notas de Entrega y Recibo de Turno, la prevención de caídas de los pacientes que requieren acompañante permanente; según las registradas para el Servicio Enfermería así:

- “Paciente de alto riesgo de caída (adulto mayor de 65 años, con agitación, delirium, entre otros) con patología diferente a COVID-19.
- Pacientes pediátricos (hasta los 18 años) será papá, mamá o un adulto familiarizado con el menor, en áreas COVID 19 de pediatría, educar al familiar sobre el uso correcto de los elementos de protección personal y la restricción de movimientos.”

8.7 PROTOCOLO: ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS PM-ENFE-PT-01 FECHA DE EMISIÓN: 18-01-2018. (INCLUYE DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS).

En verificación realizada en los Servicios de Urgencias, Hospitalización y UCI, se identificó, que las notas registradas del Servicio de Enfermería, relacionadas con la aplicación de medicamentos no son diligenciadas en su totalidad, no se evidencia la aplicación de la lista de chequeo de administración segura de medicamento; no cumplen con algunas de las “*Consideraciones Importantes*” registradas en el protocolo de administración segura de medicamentos numeral 2, tales como: vía de aplicación, dosis, observaciones de la aplicación en donde pueda evidenciar si fue única dosis, si fue dosis de urgencia o dosis correspondiente a la orden médica.

Oportunidad de mejora 5

La Oficina de Control Interno recomienda adherencia y seguimiento del protocolo de Administración Segura de Medicamentos y la aplicación de la lista de chequeo de administración segura de medicamentos.

Durante el desarrollo de la auditoria se identificaron factores externos al Servicio de Enfermería que tienen impacto en el Protocolo Administración Segura de Medicamentos, por lo cual se realizan las siguientes recomendaciones:

Dar instrucciones nuevas en cuanto a experiencias vividas del día a día relacionadas con la solicitud de medicamentos multidosis, tales como: insulinas inhaladoras, sesto y gotas jarabes; debido a lo manifestado por las enfermeras jefes quienes refieren; que estos medicamentos generan múltiples despachos, y devoluciones, que tienen impacto en la facturación y la glosa generada en la institución.

Coordinar con las Unidades de Farmacia e Informatica, en la implementación de las devoluciones en línea con oportunidad, para evitar pendientes de devolución de medicamentos en el cambio de entrega de turno;

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		7 de 14	

buscando realizar un reporte oportuno de devolución de medicamento en el Sistema de Información Dinámica Gerencial y a la vez una recepción oportuna del mismo.

En coordinación con la Unidad de Informática, capacitar a los usuarios del Sistema de Información Dinámica Gerencial, con relación al módulo de formulación de medicamentos en cuanto a la existencia e indicación de múltiples centros de dispensación o áreas de servicio con diferentes codificaciones tanto para la formulación como para la devolución, tales como: MB Salas de Maternidad 4 piso; KB Salas de Cirugía 2 piso; LB Farmacia Insumos segundo sótano urgencias y pisos 12 al 5; EB-QB Operador Logístico Medmfen y las demás no codificadas que no están cargadas en Dinámica Gerencial y se deben realizar manualmente; esto debido a que se presenta dispensación a Servicios en donde no se encuentra el paciente, doble formulación, devolución no oportuna, facturación doble y posible glosa.

8.8 INSTRUCTIVO: DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS, CÓDIGO: PM-ENFE-PT-01-IN-01- FECHA DE EMISIÓN: 02-01-2018.

Durante el desarrollo de la auditoria concurrente realizada por parte de la Oficina de Control Interno al Servicio de Enfermería, se evidencian actividades adicionales que se vienen realizando en el Servicio, pero que no se encuentran documentadas; adicional no se contempla la devolución y recepción de medicamentos y dispositivos médicos en línea; con el fin de no superar las 24 horas de las cuales tratan los numerales 1 y 3 del Instructivo PM-ENFE-PT-01-IN-01.

Oportunidad de mejora 6:

En tal sentido, la Oficina de Control Interno (OCIN) recomienda al Servicio auditado, diseñar acciones que permitan realizar oportunamente la devolución y recepción de medicamentos y dispositivos médicos en línea e implementar controles que minimicen la perdida de la cadena de custodia, en la devolución de los medicamentos multidosis como son insulinas inhaladoras y gotas jarabes.

8.9 PROCEDIMIENTO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS. CÓDIGO: AM-ENFE-PR-149 / FECHA DE EMISIÓN: 08-04-2021.

En seguimiento aleatorio a la aplicación del procedimiento en mención se evidencia adherencia; sin embargo, se hace necesario realizar revisión y ajuste en el Numeral 4 “*Disposiciones Generales, Acompañamiento Permanente*”, en cuanto a incluir desde la admisión del paciente el acompañamiento permanente, estableciendo puntos de control tales como: “El equipo de seguridad sólo permitirá el ingreso del acompañante autorizado (los registrados en el formato de autorización para acompañantes) se podrán relevar según sus necesidades, en todo caso el cambio se realiza en el primer piso y el acompañante que sale entrega el formato al acompañante que ingresa.”; lo anterior se sugiere para minimizar procesos judiciales que afecten al HOMIL.

Oportunidad de mejora 7:

La OCIN recomienda a la Responsable del Servicio auditado diseñar acciones efectivas y eficaces, estableciendo controles efectivos para minimizar procesos judiciales, debido a caídas de los pacientes durante la prestación del servicio.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		8 de 14	

8.10 PROCEDIMIENTO: CONTROL DE LIQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS, CÓDIGO: PM-ENFE-PR-05 / FECHA DE EMISIÓN:06-02-2018.

Procedimiento que requiere revisión y de ser necesario ajuste en su anexo tarjeta de líquidos, el cual no corresponde al procedimiento descrito.

En el desarrollo de la auditoría, se seleccionaron aleatoriamente notas de control de líquidos, y se asistió a las entregas de turno del Servicio de Enfermería, donde se evidencio la no adherencia al procedimiento de control de líquidos y la necesidad de realizar capacitaciones y seguimientos a estos procedimientos, conociendo la importancia que tienen estos registros en el momento de definir plan de manejo médico.

Oportunidad de mejora 8:

Se recomienda la adherencia del protocolo de entrega de turno y registros de enfermería, toda vez que durante la auditoria concurrente no se evidencio registro ni físico ni en el Sistema de Información Dinámica Gerencial, relacionados con el control de líquidos administrados y eliminados a pacientes con indicación de este, como lo establece en el punto 4 Otras disposiciones generales en el ítem 11 para los pacientes que se encuentren hospitalizados en HOMIL *“El control de líquidos está indicado y es de obligatoriedad en el paciente adulto mayor de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad coronaria, edema pulmonar, Diabetes mellitus, pos operatorio mediano e inmediato hasta las 48 horas, etc., paciente adulto, pediátrico y neonatal en estado crítico, en post operatorio de cirugía mayor, con enfermedades crónicas (Falla cardiaca, diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar crónica), pacientes con drenajes como ileostomías, fistulas entero cutáneas y/o con pérdidas excesivas de líquidos (Quemaduras, sepsis, diarrea o síndrome febril).* esto soportado en la ausencia de registros durante la auditoria concurrente en los Servicios de Urgencias y Hospitalización (10 norte y 10 central) en donde se evidencio; ausencia de registro de control de líquidos en físico y en el sistema de Dinámica Gerencial, en historias clínicas de pacientes con indicación de este.

8.11 PROCEDIMIENTO: TRANSPORTE INTRA Y EXTRA INSTITUCIONAL DE PACIENTES, CÓDIGO: AM-ENFE-PR-130 / FECHA DE EMISIÓN: 15-10-2020.

En seguimiento realizado se observa que el procedimiento mencionado con anterioridad, se encuentra documentado y en cumplimiento con relación a la situación de pandemia por la cual se cursa actualmente frente a SARS COV 19.

8.12 PROTOCOLO: PUNCION VENOSA Y CAMBIO DE LINEAS IV. CODIGO:PM-ENFE-PT-02- FECHA DE EMISION: 29-08-2017.

En verificación del protocolo de punción venosa y cambio de líneas arteriales, se tomaron notas aleatorias de los registros de venopunción, encontrando notas incompletas relacionadas al Numeral 4 del protocolo de Punción Periférica y cambio de líneas I.V. a su vez se encuentran inconsistencias como las que se registra a continuación: Paciente hospitalizado con solicitud de 4 catéter radiopacos intravenosos 2 (22) y 2(20), en las notas de enfermería se encuentra registro de utilización de un catéter 18 y uno 24, en la pestaña control de

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		9 de 14	

venopunción se encuentran 2 registros uno del 12 de septiembre con jelco 22, y el del 22 de septiembre se retira y se canaliza con jelco 20 dejando tapón con apósito (insumos no solicitados), como se puede observar lo solicitado no corresponde con lo registrado en las notas de enfermería y venopunción.

Oportunidad de mejora 8:

La Oficina de Control Interno, recomienda revisar el protocolo de punción desde la solicitud de los insumos, de igual forma que estos sean el reflejo de las notas de enfermería, estableciendo controles preventivos que minimicen los efectos negativos que se ven reflejados en la facturación y glosa.

8.13 PROCEDIMIENTO: NORMAS BASICAS PARA LA ELABORACION DE REGISTROS CLINICOS DE ENFERMERIA. CODIGO: AM-ENF-PR-110/ FECHA DE EMISION: 10-12-2018

En seguimiento realizado al procedimiento AM-ENF-PR-110, se evidencio que no está actualizado con las normas de bioseguridad establecidas durante la pandemia por SARS COVID 19, y estas deben formar parte de las notas de enfermería; se realiza selección aleatoria de notas de enfermería, encontrando diferencias relacionadas con el numeral 4. Disposiciones Generales, evidenciando ausencia de información relevante como: laboratorios, procedimientos, interconsultas pendientes, riesgo de caída, acompañante, y notas repetidas.

Oportunidad de mejora 9:

La OCIN recomienda en el procedimiento incluir la Resolución 777 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social, y sus anexos y normas que definan los criterios y condiciones para el desarrollo de las actividades económicas sociales y del estado y se adopta el protocolo de bioseguridad para ejecución de estas para prevenir el contagio COVID 19.

Por lo anterior se recomienda realizar ajuste en notas de enfermería que permita conocer que el paciente está siendo valorado con todas las medidas de bioseguridad independiente que este sea positivo o negativo para COVID 19. Y posterior continuar con la nota según el procedimiento establecido.

La OCIN recomienda la adherencia y capacitación del Procedimiento anteriormente mencionado.

8.14 PROCEDIMIENTO: ACTIVIDADES DEL SUPERVISOR DE ENFERMERÍA HOSPITALARIA - CÓDIGO: AM-ENFE-PR-160 / FECHA DE EMISIÓN: 01-09-2021.

Se realiza seguimiento al procedimiento AM-ENFE-PR-160 y presenta que el software THAIS utilizado para administrar el Talento Humano del Servicio por prestación de servicio, no se encuentra en interfaz con el Sistema de Información Dinámica Gerencial, con relación al Módulo Nomina-Talento Humano.

Teniendo en cuenta el Personal por Prestación de Servicios (OPS) y el Personal del Planta del Servicio de Enfermería, presenta lo siguiente:

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		10 de 14	

GRADO	PERSONAL POR PRESTACION DE SERVICIO	PLANTA	Total
Enfermeras	126	112	•238
Enfermeras especialistas	5	0	5
Auxiliares asistenciales	370	339	709

Fuente: Servicio de Enfermería HOMIL

De acuerdo con la tabla anterior el 52% del personal del Servicio, corresponde a personal contratado por Orden de Prestación de Servicios, lo que determina que la rotación de los mismos es el alta e incide en desgaste administrativo en cuanto a inducción, reinducción, capacitación y formación del personal que reemplaza.

NOTA: Se evidencia que las fechas de elaboración y aprobación de los documentos publicados en el Sistema Documental Institucional, que refieren al Servicio auditado presenta fecha inferior a 5 años para su vencimiento (Fecha de elaboración y aprobación), del cual trata el procedimiento interno "Control de Información Documentada PL-CLDD-PR-01 versión 07, pero presentan oportunidad de ajustar en cuanto al numeral 4.3 del procedimiento PL-CLDD-PR-01 en relación a que "El líder del Área y/o Servicio debe revisar mínimo una vez al año la información documentada del Área y/o Servicio con el fin de verificar su pertinencia y realizar las actualizaciones necesarias".

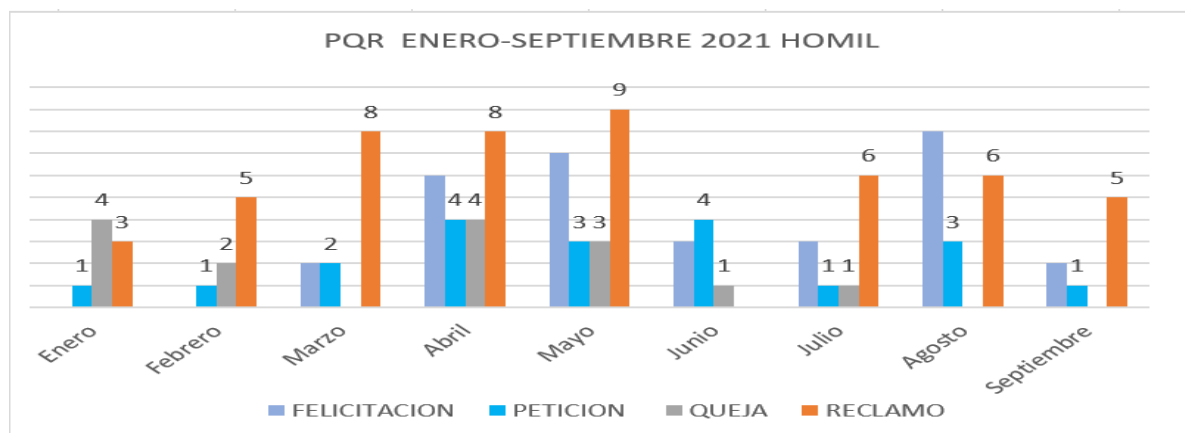
8.15 PQRSDF SERVICIO DE ENFERMERIA.

En consulta realizada al Área Atención al Usuario, en relación a las PQRSDF interpuestas por los Usuarios al Servicio auditado, de enero a septiembre/21, presenta lo siguiente:

MES	FELICITACION	PETICION	QUEJA	RECLAMO
Enero		1	4	3
Febrero		1	2	5
Marzo	2	2		8
Abril	6	4	4	8
Mayo	7	3	3	9
Junio	3	4	1	
Julio	3	1	1	6
Agosto	8	3		6
Septiembre	2	1		5
TOTAL	31	20	15	50

Fuente: Área Atención al Usuario de HOMIL.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		11 de 14	



Fuente: Análisis OCIN HOMIL.

De lo anterior se determina que del total de las PQRSDF interpuestas al Servicio en el periodo evaluado el 43% corresponde a Reclamos; el 26% a Felicitaciones, 17% a Peticiones y el 14% a Quejas, observando que el Servicio dio respuesta al 99.9 % dentro de los términos de la Ley 1755 del 2015. Artículo 14, así:

DIAS TRASCURRIDOS	FELICITACIONES	PETICION	QUEJA	RECLAMO
1	1			1
2	3			
3	2	1		
4	10			1
5	5	1	1	1
6	4		1	4
7				4
8		2		2
9		1	2	3
10		1		1
11	1	1	1	4
12	2	1	1	4
13			1	3
14	1	2	4	8
15	2	10	3	12
27			1	
En tramite				2
TOTAL	31	20	15	50

Fuente: Área de atención al Usuario de HOMIL.

8.16 PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS VIGENCIAS ANTERIORES

Teniendo en cuenta el último Plan de Mejoramiento suscrito por el Servicio, se presenta el Plan radicado el 01 de septiembre/17, donde se destacan los hallazgos relacionados con Mapa de Riesgos, Riesgos de corrupción, Documentación de procesos prioritarios, No conformidades de Adherencia a procesos prioritarios, Adherencia a Seguridad del Paciente, entre otros; relacionados con la auditoría interna al Servicio Enfermería, llevada a cabo en agosto/17, los cuales se relacionan a continuación:

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		12 de 14	

Hallazgo	Acción	Meta	Responsable	Fecha inicio	Fecha terminación	Observaciones OCIN
1. Se determina que no se está haciendo una adecuada administración del riesgo, por cuanto no se tienen identificados, valorados, controlados y mitigados los riesgos de gestión y de corrupción; es de anotar que en la Resolución 512 del 21 de junio/16 que adopta la política de administración de riesgo y aprueba el mapa de riesgo por procesos, el Grupo de Enfermería no se encuentra incluido en la matriz de riesgo institucional y en la de riesgo de corrupción	Documentar las posibles causas y efectos generadores de riesgos que puedan afectar la gestión del grupo de enfermería vigencias 2017 - 2018, enviados por la Oficina de Planeación en la Matriz Institucional, teniendo como antecedente que el Grupo de Enfermería es transversal a los procesos misionales del hospital.	Identificar y documentar los riesgos inherentes a la prestación del servicio a través de la elaboración de la matriz de riesgo de procesos Instituciones.	Responsable del Servicio Enfermería	01/09/17	31/12/2018	Pese a que la meta se reporta como cumplida, no presenta efectividad, ya que el hallazgo persiste.
2. El Servicio no contemplo riesgos de corrupción de acuerdo con los establecido en la Resolución 1130 del 10 de diciembre/13	Reestructurar el Mapa de Riesgos incluyendo los riesgos de corrupción	Reestructurar el mapa de riesgos del Área donde se incluyan los riesgos de corrupción; llevando un estricto monitoreo del plan de mitigación	Responsable del Servicio	20/09/16	31/12/16	Pese a que la meta se reporta como cumplida, no presenta efectividad, ya que el hallazgo persiste.
3.	Con respecto a los procedimientos de Enfermería se debe hacer una revisión y actualización de los mismos basados en la evidencia.	Actualizar, socializar, evaluar y verificar adherencia de los documentos existentes para Área de Enfermería	Responsable Jefe Grupo de Enfermería	01/09/17	30/08/18	Pese a que la meta se reporta como cumplida, no presenta efectividad, ya que el hallazgo persiste.
4.13 Documentación de procesos prioritarios 4.27 Formatos No codificados	Durante la auditoria se evidencia formatos no codificados ni estandarizados en procedimientos documentados. Encontrando formatos diferentes en las		Coordinadoras de Educación de Enfermería			
5. No conformidades de Adherencia a procesos prioritarios						
6.2 Adherencia a Seguridad del Paciente	Aunque el Hospital cuenta con un grupo de enfermeras capacitadas como líderes en seguridad del paciente en el 2014, no se evidencia adherencia a los protocolos de seguridad del paciente generando fallas latentes en las diferentes áreas	Promocionar una Cultura de Seguridad del Paciente a través de seguridad del fortalecimiento de paciente y comportamientos y habilidades en el personal de enfermería	Coordinadoras de Enfermería - Líderes de seguridad del paciente y Profesionales de los todos los servicios y los cuatro turnos	1/02/2018	30/03/2018	Pese a que la meta se reporta como cumplida, no presenta efectividad, ya que el hallazgo persiste.

Fuente análisis de información OCIN

Como resultado de la verificación, la OCIN evidencia que el Servicio en su momento, aplicó acciones de mejora para los hallazgos encontrados, sin embargo, en la evaluación realizada se encontraron oportunidades de mejora a las cuales se les debe aplicar el Procedimiento Elaboración y Seguimiento Plan de Mejoramiento CÓDIGO: EM-OCIN-PR-03.

Oportunidad de mejora 10:

La Oficina de Control Interno recomienda diseñar acciones efectivas, que permitan subsanar lo observado en la Evaluación del Sistema de Control Interno del Servicio, atacando la causa raíz que les dieron origen, identificando causas y efectos, que llevan a que se sigan presentando deficiencias anteriormente relacionadas

9. MONITOREO DE RIESGOS

De acuerdo con el Mapa de Riesgos por Procesos publicado en la intranet de la Entidad, presenta 6 Riesgos,

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		13 de 14	

Para el Proceso Atención Ambulatoria, de los cuales no se identifican Riesgos para el Servicio evaluado, en Verificación realizada a la Caracterización de Procesos M-SSAA-CP-01, en relación con el Proceso Atención Ambulatoria, presenta en el objetivo del Proceso *“Garantizar la atención integral (oportuna, segura y Humanizada) en los servicios ambulatorios al paciente y su familia cumpliendo los estándares y contribuyendo al cumplimiento de la misión institucional”*; observando que, en el objetivo, de manera implícita está incluido el Servicio Enfermería, determinando con lo anterior que este Servicio por la razón expuesta o por omisión quedo Excluido en el documento Mapa de Riesgos de la Institución, lo que representa debilidad en el Mapa de riesgos Publicado, controles y monitoreo de los riesgos propios del Servicio auditado, lo que incumple con la Guía para la Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) V5 de Diciembre/20, en lo que refiere al Paso 2 Identificación de Riesgos *“Esta etapa tiene como objetivo identificar Los riesgos que estén o no bajo el control de la organización, para ello se deben tener en cuenta el contexto Estratégico en el que opera la entidad, la caracterización de cada proceso que contempla su objetivo y alcance y, también, el análisis frente a los factores internos y externos que pueden generar riesgos que afecten el Cumplimiento de los objetivos”*; lo que representa debilidad en el mapa de riesgos publicado, controles y Monitoreo de los riesgos propios del Servicio auditado, presentando debilidades de control frente a la Guía para La Administración de Riesgos del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) V5 de Diciembre/20.

9.1 Riesgos no identificados

Se identificaron en desarrollo de la Auditoria posibles riesgos que requieren ser administrados tales como:

- Probabilidad de complicaciones y riesgo médico legal por ausencia de registros de aplicación de medicamentos.
- Probabilidad de complicaciones y riesgo médico legal por incumplimiento en el procedimiento de normas básicas para la elaboración de registros clínicos de enfermería.
- No aplicación de listas de chequeo en los procesos y procedimientos de enfermería.
- Probabilidad de pérdida de cadena de custodia, por ausencia de adecuado control en medicamentos multidosis (inhaladores, insulinas, jarabes), generando impacto en facturación y glosas.
- Personal contratado por prestación de servicios, con probabilidad de alta rotación del personal, interfiere en el cumplimiento de los procesos.

El Servicio no contemplo riesgos de corrupción de acuerdo con lo establecido en la Ley 1474 del 12 de julio/11 según el Artículo 73. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias Antitramites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano; en el desarrollo de la evaluación al Sistema de Control Interno, se observó el posible riesgo de pérdida de cadena de custodia de la devolución de medicamentos debido a que no existe devolución y recepción de medicamentos e línea por lo que el riesgo que se materialicen es alto.

FORMATO	INFORME DE AUDITORÍA	CODIGO	EM-OCIN-PR-01-FT-07	VERSION	01
		Página:		14 de 14	

Oportunidad de mejora 11:

La OCIN recomienda a la Responsable del Servicio auditado diseñar acciones y efectuar análisis a los riesgos del proceso que tienen relación con el Servicio evaluado, ajustar el mapa de riesgos del Proceso incluyendo lo observado; determinar los responsables directos de administrar el Riesgo, establecer controles que sean eficaces, eficientes y efectivos para evitar la materialización de los mismos, dejar registros como soportes de las acciones desarrolladas, así mismo realizar los ajustes necesarios al Mapa para que cuente con toda la información necesaria para su mitigación.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo con la evaluación efectuada, el Servicio de Enfermería debe actualizar y fortalecer los Protocolos y Procedimientos de acuerdo a lo observado en el cuerpo del presente informe, teniendo en cuenta el procedimiento interno "Control de Información Documentada PL-CLDD-PR-01 versión 07.", así mismo implementar controles eficientes y efectivos que mitiguen los riesgos identificados en el desarrollo de la evaluación; situaciones que pueden impactar en el cumplimiento de los objetivos institucionales y generar riesgos en la gestión del Servicio de Enfermería.

11. RECOMENDACIONES

La Oficina de Control Interno recomienda a la Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnostico y Terapéutico conjuntamente con el Servicio Enfermería, suscribir un Plan de Mejoramiento con las oportunidades de mejora consignados en el presente informe y remitirlo dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes al recibo de éste, diseñando acciones que subsanen las causas que dieron origen a las desviaciones identificadas, aplicando el procedimiento "Elaboración y Seguimiento Plan de Mejoramiento CÓDIGO: EM-OCIN-PR-03".



Elaboro: Martha Yaned Blanco B.
Auditor Medico OPS-OCIN