



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME FINAL DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V1

<b>Fecha:</b>	Marzo 21 de 2019
<b>Proceso Auditado:</b>	Subproceso de Gestión Clínica excelente y Segura – Programa seguridad del Paciente
<b>Responsable del Proceso:</b>	Genny Ramírez – Yanire Castellanos
<b>Auditor:</b>	María de la Cruz Terán Álvarez – Betty González

<b>OBJETIVO:</b>	Verificar la gestión realizada por la primera y segunda línea de defensa en la implementación de la Política de Seguridad del Paciente de la Subred Sur, con base en la normatividad, sistema único de habilitación y de acreditación, para la vigencia 2018; cuyo fin impacte la mitigación del riesgo clínico identificado en operatividad diaria de los procesos de la entidad.
<b>ALCANCE:</b>	Desde los lineamientos normativos, revisión del enfoque publicado en la intranet, implementación de la Política, vigencia 2018, hasta el cierre de los ciclos de mejora formulados, enmarcados en las líneas de intervención, buenas prácticas y sistema de gestión de las fallas en la prestación de los servicios misionales.
<b>CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:</b>	Decreto 1499/17: Modelo Integrado de Planeación y Gestión articulado con MECI Resolución 0950/17 Adopción de Políticas Institucionales y Operativas Subred Sur Ley 87 de 1993 Resolución 2003 Sistema Único de Habilitación Resolución 1403 Modelo de Gestión Servicio Farmacéutico Resolución 2013038979 Programa Reactivovigilancia Resolución 4816 Programa de Tecnovigilancia Acuerdo 002/18 POA Proceso Mejoramiento Institucional Mapa de Riesgos Proceso Mejoramiento Institucional Resolución 3047 de 2008 Pago Prestación de Servicios Política de Seguridad del Paciente A. Política nacional de prestación de Servicios de Salud B. Política nacional de seguridad del paciente del 11 de Junio de 2008 C. La guía de Buenas prácticas de Seguridad del Paciente del ministerio de salud y protección social expedida en el año 2018 D. Resolución 2082 de 2014 E. Decreto 903/14 SUA



## 1. EJECUCIÓN

La auditoría se realiza mediante la ejecución de las actividades relacionadas a continuación, teniendo en cuenta los lineamientos definidos en los documentos publicados en la Intranet del Programa de Seguridad del Paciente y la información suministrada por los líderes del mismo:

1. Revisión del Programa de Seguridad del Paciente MI-GCE-SDP-PP-01 V3
2. Revisión del Programa de IAAS
3. Revisión de 12 Guías de Buenas Prácticas
4. Seguimiento a la Política de Seguridad del Paciente
5. Trazabilidad de los Indicadores de POA
6. Gestión de los Riesgo del Subproceso
7. Trazabilidad de Base de Datos de posibles fallas en la Atención en Salud
8. Verificación del cumplimiento al Plan de Capacitación definido en el Plan de Acción para la vigencia, por cada una de las líneas de intervención que componen el Programa.
9. Verificación del cumplimiento de las actividades definidas para la gestión de las fallas identificadas en la atención en salud.
10. Seguimiento al Plan de Acción del Comité de Seguridad del Paciente acatando lo definido en la resolución del mismo.

## 2. HALLAZGOS

**Hallazgo 1:** No se cuenta con un cronograma de Capacitaciones para la implementación de la política de Seguridad del Paciente, estructurado por meses y las dependencias a capacitar, teniendo en cuenta su complejidad y emitiendo una evaluación periódica de los logros alcanzados y con apoyo de **Equipos Primarios de Mejoramiento**, documento MI-GCE-SDP-PP-01 V3. Lo anterior se registra en el documento MI-FT-32 V1 con un 75% de cumplimiento para el año 2018.

**Hallazgo 2:** No cuentan las Líneas de Intervención que componen el Programa de Seguridad del Paciente, con una estructura que refleje para cada vigencia su Plan de Acción, el cual debe incluir, el Plan de Capacitaciones, con el debido seguimiento, monitoreo y proposición de acciones de mejora a las desviaciones identificadas, presentando resultados mensuales en el Comité de Seguridad del Paciente.

**Hallazgo 3:** No se realizan Las Rondas de Seguridad acorde a un cronograma establecido, con la participación de los líderes institucionales, personal administrativo y líderes de las Líneas de Intervención, tal como lo establece el documento MI-GCE-SDP-PP-01 V3, solicitud de información que no se entregó para la ejecución de la auditoría.

**Hallazgo 4:** Incumplimiento del estándar de Procesos Prioritarios, resolución 2003/14, que define en el criterio de Fortalecimiento de la Cultura Institucional, lo siguiente: *"El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El Programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma"*. La revisión de la Documentación evidencia la publicación de un total de 12 guías de Buenas Prácticas, que requieren su socialización y un seguimiento planeado por parte de los líderes del Programa de Seguridad del Paciente, Líderes de Procesos, profesionales de enlace, referentes de programas/servicios.



**Hallazgo 5:** incumplimiento en las metas propuestas, documento MI-FT-32 V1 Plan de Acción del Comité, con evidencia de un cumplimiento del 74%, obedeciendo este porcentaje a que 9 de las 17 funciones formuladas para el logro de los objetivos planteados en la política, no se realizaron y otras fueron realizadas de forma parcial.

**Hallazgo 6:** Incumplimiento a la acción "**Realizar socialización de los eventos adversos con las acciones de mejora generadas, en las unidades de atención y servicios, con una frecuencia trimestral**", registra en el documento MI-FT-32 V1 un cumplimiento del 25%, por consiguiente el planteamiento de las acciones de mejora, deben dar alcance a cumplir con el porcentaje de 100 propuesto en la política.

**Hallazgo 7:** Incumplimiento por parte del programa de infecciones a función descrita como "**Realizar seguimiento al reuso de los dispositivos médicos y odontológicos**", sin avance en sus acciones, según documento MI-FT-32 V1, requerido para adelantar la presente auditoria, lo que debe ser objeto de evaluación por parte del equipo de Seguridad y plantear las acciones de mejora que favorezcan dar a esta función el cumplimiento planteado, sumado este a la vigencia 2019.

**Hallazgo 8:** Incumplimiento institucional del 25% (12 Guías), a la documentación e implementación de las de las Buenas Prácticas, frente a lo estipulado por el Ministerio de Salud "**16 Guías de Buenas Prácticas para los procesos misionales, con oportunidades de mejora para el enfoque, implementación y evaluación de resultados, como fases básicas para la administración permanente de los riesgos en la prestación de los servicios de salud**".

**Hallazgo 9:** No se cuenta con soportes que evidencien en cumplimiento a la meta sobre los 2 indicadores formulados en el Plan Operativo Anual para el año 2018, relacionados con gestión del 100% de los eventos adverso y mantener el índice de IAAS por debajo de 2,4, no cuentan con soportes que evidencien el cumplimiento de la meta, (**verificación con información suministrada para elaboración del Informe por Dependencias**).

**Hallazgo 10:** En el **Sistema de Gestión de los Eventos Adversos**, la responsabilidad de la investigación de los casos objeto de gestión, es del equipo de Seguridad del Paciente sin dar cumplimiento a las cinco fases que la componen. La auditoria evidencia baja adherencia por parte del equipo al documento GCE-SDP-PP-01 V3, toda vez que la información suministrada para verificar la completitud del ciclo de gestión, no tiene el alcance para las fases documentadas ni cobertura a los casos notificados.

**Hallazgo 11:** Incumplimiento en **Ciclos de Mejora**, resultantes de la gestión del evento adverso, en su formulación, ejecución de las acciones de mejora formuladas y el cierre de brechas identificadas. Afectándose así la efectividad del impacto en los procesos involucrados en la prestación del servicio de salud.

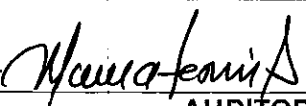

**Hallazgo 12:** La capacidad de respuesta de los profesionales asignados para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente insuficiente y desarticulada, entendiéndose que su objetivo es la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias, enmarcadas en la normatividad y responsabilidad de todos los



clientes internos y externo de la entidad.

### 3. RECOMENDACIONES

1. Replantear la planeación y operatividad del Programa de Seguridad del Paciente involucrando y articulando a todos los directores, líderes de los procesos administrativos/misionales, profesionales de enlace, referentes de programas y líderes de servicios, tomando como línea operativa los lineamientos normativos, las seis líneas de intervención y el seguimiento a la implementación de las Buenas Prácticas.
2. Fortalecer el Sistema de reporte y análisis de los casos objeto de gestión, asignando la responsabilidad en los actores del mismo, que lo investigan y formulan el correspondiente ciclo de mejora; participando así en el comité con la presentación de los respectivos indicadores.
3. Incluir en el Sistema de reporte y análisis de las fallas en la prestación del servicio, a los líderes, docentes y estudiantes de los Convenios Docencia Servicio, en el entendido de que participan en actividades misionales de la entidad, formulando respectivo indicador.
4. Articular el Plan de acción de las mesas de acreditación, con la gestión de la Política de Seguridad del Paciente, catalogada como transversal a todos los procesos administrativos y misionales de la entidad.
5. Implementar cumpliendo las fases de ciclo PHVA, la Guía de Reacción Inmediata en los procesos misionales, como parte del plan de capacitación del Programa.
6. Fortalecer la cultura de seguridad de la entidad socializando la trazabilidad de los resultados de la Encuesta de Percepción de Seguridad del Paciente, a los grupos de interés (priorizar misionales), cerrando los ciclos de mejora a que haya lugar.
7. Asegurar el cumplimiento de las etapas de Valoración de los riesgos, que define la Guía para la Administración del riesgo y diseño de controles, participando en la formulación del Mapa de Riesgos Institucional priorizando los casos de eventos adversos por proceso.

Firma: 	Firma: 
AUDITOR	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO
Nombre: Maria de la Cruz Terán Álvarez	Nombre: Gloria Esperanza Acevedo