



Fecha:	Octubre 28 de 2019
Proceso Auditado:	Atención Integral en Salud, Proceso Ejecución de Alternativas Para el Cuidado de la Salud Paciente Trazador
Responsable del Proceso:	Dr. Martin Guillermo Jaimes Madariaga
Auditor:	Jefe María de la Cruz Terán Álvarez – Dr. Andrés Doncel Castellanos

OBJETIVO:	Evaluar la calidad y seguridad del ciclo de atención en todas sus fases desde el ingreso del paciente hasta el egreso del paciente con enfoque en el sistema único de acreditación, identificando oportunidades de mejora y posibles riesgos para la mejor atención del usuario, mediante la aplicación de la herramienta de rastro de desempeño de los procesos "Paciente Trazador"
ALCANCE:	Seguimiento del Proceso enmarcado en los Estándares de Habilitación (Resolución 2003 de 2014) y Acreditación (Resolución 5095 de 2018) durante el primer semestre de 2019.
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	<ul style="list-style-type: none">• Ley 87 de 1993.• Resolución 2003 Sistema Único de Habilitación.• Acuerdo 002/18 POA Proceso Mejoramiento Institucional.• Mapa de Riesgos Proceso Mejoramiento Institucional.• La Guía de Buenas Prácticas de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social año 2018• Resolución 2082 de 2014 (<i>Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud</i>)• Decreto 903/14 SUA. (<i>Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud</i>).• Decreto 1083 de 2015• Decreto 684 de 2017

EJECUCION

El proceso de auditoria se realizó en tres etapas a saber:

1. Análisis de la Documentación entregada por el Subproceso, base de usuarios atendidos y selección de pacientes a trazar.
2. Revisión de las historias clínica en sistema Dinámica de los usuarios seleccionados.
3. Aplicación de lista de chequeo (trabajo de campo).
 - a) Aplicación lista de chequeo a colaboradores, relacionadas con atención al usuario, guías de práctica clínica específica del alcance de la auditoria: (maternas, pediatría y crónicos).
 - b) Aplicación lista de chequeo a usuarios y familiares presentes en el momento del recorrido, relacionada con la atención recibida.
 - c) Recorrido instalaciones de los servicios en los que recibió atención el usuario trabajo de campo.

REVISION DE HISTORIAS CLINICAS

A partir de una base datos de pacientes atendidos en la USS La estrella, Tunal, Tunjuelito y Meissen durante los meses de marzo, abril y mayo del presente año se seleccionaron los pacientes atendidos en la USS Meissen, Tunal y Tunjuelito, con diagnósticos de patologías crónicas, de pediatría y de gestantes. Se descartaron los pacientes atendidos en la USS La Estrella dada su atención especializada en salud mental. De un total de **3891** registros, se filtró por meses y se eligieron los pacientes atendidos en el mes de mayo de 2019 con diagnósticos objeto de la auditoria. Con un universo de **1586** pacientes, se emplea una calculadora estadística y se determina el tamaño de la muestra: **137** pacientes con un nivel de confianza de 95%, intervalo de confianza (margen de error) de 8.

Para la selección aleatoria de la muestra se hizo el siguiente procedimiento: A la base del universo de 1586 pacientes se aplica el método de *Escogencia de Muestra Aleatoria*, para ello se creó en Excel una columna adicional y en ella se generó la formula aleatoria para los 1586 registros, obteniéndose un numero decimal con 9 dígitos a la derecha de la coma, en esta columna se utilizó la función "*ordenar de menor a mayor*" en la columna de aleatorio y se seleccionaron los primeros 137 registros que se utilizaron para la auditoria.

La revisión se dividió en 7 momentos:

- Registro evaluación inicial de las necesidades
- Planeación de la atención
- Ejecución del tratamiento y evaluación de la atención
- Salida y seguimiento
- Referencia y contrarreferencia
- Información al usuario y su familia
- Gestión del riesgo clínico

A continuación, se presentan los resultados discriminados por momentos y detallando cada uno de los criterios evaluados:

1. REGISTRO Y EVALUACION INICIAL DE LAS NECESIDADES		% DE CUMPLIMIENTO
1	Tiempo en minutos de espera al ingreso	NA
2	Tiempos en minutos de espera para la atención en consulta	NA
3	Cumple con el estándar de espera para el ingreso	NA
4	En caso de algún requerimiento en los trámites administrativos, se informa la forma de solucionarlo.	98%
5	Cumple con el estándar del tiempo para la atención.	NA
6	Cumple con la identificación del paciente.	99%
7	Se identifica la alergia a medicamentos desde el ingreso	62%
8	Identificación de Caídas	93%
9	Identificación de Ulceras por presión	84%
10	Identificación de necesidad Usuario Protegido	34%
11	Identificación de Enfermedad mental y riesgo de suicidio	50%
12	Identificación de riesgo de fuga.	77%
13	Promoción y Prevención	79%
14	Recordación en derechos y deberes	78%

Fuente: Evaluación base datos pacientes mayo 2019

No fue posible identificar los tiempos de triage, tiempo de espera para la atención en consulta ni determinar si cumple el criterio de espera para el ingreso a partir de las historias clínicas observadas en el aplicativo Dinámica Gerencial dado que los registros no contenían esta información por lo que se calificó con No Aplica.

En el 98% de las historias clínicas revisadas se encuentra registro de la explicación a usuarios de trámites administrativos o a sus familiares. La historia clínica permite identificar con diferentes datos a los usuarios, reflejándose en el 98% de los registros esta información correctamente diligenciada

El 62% de las historias revisadas evidencia registros de identificación de alergias a medicamentos, ya sea porque el paciente tiene alguna o porque no refiere o no sabe, esta información estaba explícita en este porcentaje de historias.

El 50%, de las historias clínicas se evidencia registros relacionados con identificar riesgo de salud mental – suicidio – igualmente cuando se busca registros en las historias frente al ítem usuario protegido.

Frente a los ítems riesgo de fuga, derechos y deberes y actividades de promoción y prevención se encuentra información en más del 77% de los registros revisados como se especifica en la tabla adjunta. Estos datos se obtuvieron al revisar notas de enfermería.

2. PLANEACION DE LA ATENCION		% DE CUMPLIMIENTO
1	Reconciliación Medicamentosa al Ingreso	39%
2	Ayuda emocional	48%
3	Guías de Práctica Clínica Medica	100%
4	Guías de práctica clínica en mujeres en periodo de gestación, parto o puerperio	NA
5	Oportunidad en la valoración anestésica y prequirúrgica	95%
6	Procedimiento, Paciente y Sitio Correcto	100%
7	Comunicación entre el Equipo de Salud	95%
8	Comunicación entre el Equipo de Salud	100%
9	Oportunidad en la toma y reporte de exámenes de laboratorio clínico	66%
10	Reporte y alertas sobre resultados críticos de exámenes de laboratorio clínico	97%
11	Oportunidad en la toma y reporte de exámenes de imagenología, diagnóstica y terapéutica	67%
12	Reporte y alertas sobre resultados críticos de exámenes de imagenología, diagnóstica y terapéutica	94%
13	Medicamentos de alto riesgo y electrolitos	97%
14	Consentimiento informado	92%
15	Explicación sobre el estado de salud.	96%
16	Información sobre el manual de paciente hospitalizado.	57%

Fuente: Evaluación base datos pacientes mayo 2019

Dentro de los criterios con porcentajes más bajos se encuentra la reconciliación medicamentosa al inicio la cual se observa en un 39% de las historias de crónicos y gestantes revisadas. Frente a la ayuda emocional el porcentaje de cumplimiento evaluado en los registros es del 48%.

Respecto al ítem oportunidad en la toma y reporte de exámenes de laboratorio clínico se observó un porcentaje de cumplimiento bajo, la forma como se evaluó este punto fue al revisar la hora del registro en la historia clínica de los exámenes solicitados y se comparó con el estándar, igual ocurre con los exámenes diagnósticos.

Los otros aspectos evaluados obtuvieron un porcentaje de calificación alto acorde con el estándar institucional.

3. EJECUCION DEL TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN		% DE CUMPLIMIENTO
1	Valoración y manejo del dolor	92%
2	Oportunidad y efectividad en la respuesta a interconsultas	92%
3	Valoración nutricional	93%
4	Oportunidad en la toma de signos vitales	99%
5	Administración de medicamentos	97%
6	Administración de hemo componentes	64%
7	Administración de nutriciones enterales y parenterales	100%
8	Aplicación de correctos en medicamentos, hemo componentes y nutriciones parenterales	99%
9	Oportunidad en los procedimientos médicos	94%
10	Oportunidad en las valoraciones médicas	97%
11	Registros en Historia clínica	96%

Fuente: Evaluación base datos pacientes mayo 2019

En esta parte correspondiente a la ejecución del tratamiento y evaluación de la atención, se observó un cumplimiento por encima del estándar institucional excepto en el ítem administración de hemo componentes, el cual muestra un porcentaje por debajo del estándar, al corroborar con este subproceso se determina que existen registros relacionados con este servicio que se llevan en formato manual.

Estos resultados se alejan de los observados en la visita de campo donde se evidencia el día 15 de octubre faltante de antibióticos en el cuarto y quinto piso afectando la administración de los mismos a los usuarios hospitalizados, se evidenció falta de Vancomicina y Piperacilina Tazobactam, Haloperidol, Metoclopramida, Trimetropim Sulfa. Igualmente en el recorrido se observa demora en la respuesta a interconsultas las cuales no se relacionan con los hallazgos en la historia clínica.

Respecto a los registros en historia clínica se evidencia que los profesionales contratados en la USS Tunal prestan su usuario a los estudiantes quienes tienen acceso y realizan registros en las historias, en algunas oportunidades aclarando quien hace la nota en otros casos no. En el servicio de medicina interna se aclara por parte de uno de los estudiantes entrevistados que las notas son revisadas por el docente previo a su cierre definitivo en el aplicativo. Esto no se pudo verificar en otros casos de atenciones con estudiantes.

4. SALIDA Y SEGUIMIENTO		% DE CUMPLIMIENTO
1	Reconciliación Medicamentosa al Egreso	59%
5. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		
1	Referencia y Contra referencia	75%
6. INFORMACIÓN AL USUARIO Y FAMILIA		
1	Suministro y entendimiento de información al paciente y la familia	89%
7. GESTIÓN DEL RIESGO CLÍNICO		
1	Identificación, intervención e inclusión de riesgos en el plan de tratamiento.	94%
2	Desarrollo y gestión de listas de chequeo	98%

Fuente: Evaluación base datos pacientes mayo 2019

En el 59% de las historias clínicas se observa reconciliación medicamentosa, especialmente se cumple en las historias de crónicos en donde se registra medicamentos de egreso, dosis, frecuencia y se registra que se realizó este procedimiento.

Frente al tema de referencia y contrarreferencia se evidencia cumplimiento en el 75% de los registros analizados.

Frente a los dos últimos ítems, se observa que el diseño de la historia clínica digital del sistema permite hacer gestión del riesgo clínico dado que existen formatos dentro de la historia clínica diseñados para identificar riesgos por grupos etareos, por tipos de diagnóstico, por motivo de consulta por lo cual el cumplimiento es mayor al 94% en los registros verificados.

TRABAJO DE CAMPO

Se realizó visita de 3 días a la USS Tunal en los servicios de Urgencias y hospitalización cuarto y quinto piso durante la cual se aplicó una encuesta a los colaboradores, a los pacientes y sus familiares, igualmente se aplicó una lista de chequeo al observar los diferentes servicios (urgencias, hospitalización, uci, pasillo salas de cirugía). Este trabajo de campo fue realizado por 4 auditores de la oficina de Control Interno de la Subred Sur.

ENTREVISTA CON EL COLABORADOR:

Se aplicó una encuesta de 8 preguntas a los colaboradores de la subred en la USS Tunal durante los días 8, 9 y 15 de octubre en el turno de la mañana, la tarde y la noche, se entrevistó a cincuenta (50) personas entre médicos generales y especialistas, enfermeros, terapeutas respiratorios y auxiliares de enfermería, estudiantes de pregrado de medicina y de terapia respiratoria con la modalidad de pregunta y tres opciones de respuesta: CUMPLE, NO CUMPLE, NO APLICA, encontrando los siguientes resultados:

	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO
1	Demuestra conocimiento claro sobre la segregación de diferentes tipos de residuos.	100%
2	Ha recibido al menos una capacitación sobre temas relacionados con los procesos asistenciales, incluida la seguridad del paciente, durante el último año.	94%
3	Describe correctamente la definición de evento adverso, complicación e incidente.	50%
4	Describe correctamente los mecanismos de identificación del usuario, de sus muestras y de otros elementos involucrados en su atención.	70%
5	Describe claramente las principales medidas para evitar las infecciones asociadas al cuidado de la salud.	67%
6	Conoce la guía de la patología del paciente y/o los procedimientos de enfermería y sabe cómo acceder a ellos.	50%
7	Conoce los 5 momentos de higiene de manos y los describe.	69%
8	Realiza correctamente la higienización de manos.	75%

Fuente: bases de datos entrevista con el colaborado

El 100% de las personas entrevistadas conoce correctamente como segregar los diferentes tipos de residuos identificando correctamente los colores de las canecas y el material a depositar en cada una de ellas.

El 94% de los colaboradores entrevistados manifestó haber recibido al menos una capacitación sobre temas relacionados con procesos asistenciales incluida seguridad del paciente, específicamente los cursos montados en la plataforma virtual MAO. Refirieron que durante el proceso de inducción recibieron capacitación en temas relacionados con sus actividades asistenciales, así como en las reuniones por servicios. Ninguno de los entrevistados ha tenido procesos de reinducción.

Al preguntar sobre los términos *evento adverso, complicación e incidente*, solo el 50% de los encuestados contestó correctamente de acuerdo con las definiciones de estos sucesos de seguridad plasmados en el programa de seguridad del paciente “*CUIDANDOME TE CUIDO*” colgado en la intranet link de gestión documental. Se evidencia en este punto que no hay claridad en la definición de cada uno de estos conceptos.

El 70 % de los colaboradores respondió afirmativamente cuando se preguntó acerca de los mecanismos de identificación de usuarios y muestras de laboratorio, en este punto cabe resaltar que en algunos servicios se diligencia por turnos el formato que permite llevar un control de muestras, sin embargo no es un formato que se diligencia adecuadamente y en su totalidad, durante la visita en el área de hospitalización se pudo observar que a uno de los pacientes hospitalizados se le habían tomado muestras de laboratorio en la mañana con pérdida de la muestra en el trayecto hacia el laboratorio clínico lo cual demoró la obtención de este resultado de laboratorio y derivó en una nueva toma de laboratorio lo cual implica reprocesos, mayor riesgo de eventos adversos por la venopunción, demora en la interpretación de resultados y uso inadecuado de recursos.

Al preguntar a los colaboradores acerca de las medidas para la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud, solo el 67% de ellos enumeró al menos una de las recomendadas por la OMS. La principal fue el lavado de manos.

Al preguntar al colaborador acerca de la guía de manejo de las patologías o procedimientos a su cargo y la ruta para llegar a ellas en la intranet solo el 50% de los colaboradores contestó correctamente. Dentro de las fallas más frecuentes encontradas está la dificultad para acceder a la intranet, desconocimiento del modelo por procesos y subprocesos, no identificar su proceso o subproceso en el mapa de procesos de la subred, falta de tiempo para revisar las guías, falta de equipos de cómputo para acceder a la información. Muchos de los colaboradores asistenciales manifestaron que conocen la guía o que utilizan otras guías o protocolos de manejo para las diferentes patologías.

El 69% de los colaboradores describió correctamente los 5 momentos para la higiene de las manos. Reconocieron asociado a una pregunta anterior la importancia de este procedimiento recomendado por la OMS y el cual hace parte fundamental de las medidas para la prevención de infecciones en la subred. Respecto a higienización de manos, el 75% de los entrevistados hizo correctamente los pasos de este proceso.

Durante el recorrido que se realizó en el turno de la noche se observó que tres (3) de los ocho (8) médicos de urgencias programados según cronograma de actividades se presentaron al servicio pasadas las 8 de la noche. Igualmente, durante el recorrido por hospitalización en el quinto sur se observa ausencia del médico hospitalario pudiendo notar que el servicio estuvo descubierto entre las 7 y las 9 de la noche.

ENTREVISTA CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA:

Durante los días 8, 9 y 15 de octubre se aplicó en los servicios de urgencias y hospitalización cuarto y quinto piso de la USS Tunal una lista de chequeo de 7 preguntas a cuarenta y cinco 45 pacientes y familiares encontrando los siguientes hallazgos:

CRITERIO		% CUMPLIMIENTO
1	El personal asistencial revisa la manilla antes de aplicar los medicamentos.	70%
2	¿Acostumbra el personal asistencial a realizar lavado de manos antes de aplicar medicamentos o de realizar un procedimiento?	61%
3	Considera que la institución le ayuda a preservar - cuidar sus elementos de valor	86%
4	Le han enseñado como prevenir las caídas u otros accidentes durante su permanencia en la institución	57%
5	Antes de realizarle su procedimiento (...aquel que requirió la firma de un consentimiento informado...) ¿le explicaron los riesgos del procedimiento y le pidieron su autorización firmada	59%
6	¿Le enseñaron en cual caneca depositar la basura? Caneca roja, caneca verde y caneca gris.	40%
7	¿Siente que se encuentra en una institución segura?	84%

Fuente: bases de datos entrevista con el paciente o familiar

El 70% de los familiares o pacientes entrevistados manifestó que cuando se va a administrar un medicamento el profesional de enfermería revisa la manilla y pregunta si hay alergias a medicamentos.

Dentro de los hallazgos más comunes referidos por los pacientes o sus familias es que deben recordar a las personas que administran los medicamentos cuando son alérgicos a algún medicamento específico.

Cuando se pregunta a familiares o pacientes si observan que el lavado de manos es realizado antes de la valoración o la atención por parte del personal asistencial solo el 61% de los pacientes o familiares reconoce que se realiza el lavado de manos. Es en el servicio de urgencias donde se presenta con menor frecuencia esta práctica. En algunas de las habitaciones del cuarto piso se observó que los elementos para realizar el lavado de manos pueden estar fuera de la vista de algunos pacientes o sus familiares por lo que es posible que se realice la práctica, pero no sea observada por los usuarios, en estos casos cuando la persona no tenía conciencia de si hubo o no lavado de manos la pregunta se contestó con no aplica.

El 86% de las personas entrevistadas manifestó que la institución le ayuda a preservar sus elementos de valor, se observó que, en todas las habitaciones, así como en el servicio de urgencias los pacientes que se encuentran hospitalizados y con una cama asignada cuentan también con una mesa donde pueden guardar sus elementos personales. En otras áreas del servicio de urgencias como en la zona de toma de muestras o en las habitaciones donde existen poltronas no todos los pacientes cuentan con un espacio para guardar sus efectos personales.

Frente a la pregunta medidas para prevenir caídas y accidentes el 57 % de los pacientes o familiares manifestaron que le enseñaron medidas para evitar accidentes como por ejemplo tener la baranda de la cama subida, no levantarse de la cama sin pedir ayuda de personal de la institución, utilizar los pasamanos para ir al baño, seguir las instrucciones y señalización, reconocer la señalización cuando los pisos se encuentran mojados.

El 59% de los pacientes o familiares informaron que les enseñaron y explicaron el consentimiento informado previo al procedimiento. Especialmente los pacientes hospitalizados en los pisos quinto y cuarto posoperatorio de cirugía manifestaron estar conformes con la forma como les explicaron los riesgos de cada procedimiento.

El 40% de los usuarios o familiares no conocen ni les explicaron al ingresar a la institución la disposición de los diferentes tipos de residuos, reconocen que en la caneca roja se depositan los elementos con material

biológico, sin embargo, durante la ronda de observación por los diferentes servicios se encuentra restos de alimentos en canecas grises y rojas especialmente en servicios congestionados como urgencias. Se observó a varios acompañantes de los pacientes haciendo mal uso de estas.

Ante la pregunta: se siente en una institución segura el 84% de los usuarios contestó afirmativamente, en este punto se recibieron argumentos referentes a la seguridad de elementos personales y relacionados con la atención de los diferentes motivos de consulta.

Dentro de los hallazgos más relevantes manifestados por usuarios y familiares, se encuentra falta de información por parte del personal asistencial en los post operatorios, demoras en los procesos intrahospitalarios como toma de exámenes especializados, imágenes diagnosticas, hacinamiento en el servicio de urgencias. El primer día de recorrido el equipo de tomografía estaba fuera de servicio y la toma de exámenes especializados se derivó a la sede USS Meissen lo cual aumentó el tiempo de estancia y congestión del servicio debiendo priorizar a los usuarios más críticos.

RECORRIDO POR LOS SERVICIOS:

Se realizó un recorrido durante los días 8, 9 y 15 de octubre en las horas de la mañana, tarde y noche en el servicio de urgencias, hospitalización quinto y cuarto piso, UCI, pasillo de salas de cirugía encontrando los siguientes resultados:

CRITERIO		% DE CUMPLIMIENTO
1	El área se encuentra en óptimas condiciones de aseo y limpieza	44%
2	La señalización para la evacuación en caso de emergencia es clara y consistente con las rutas correspondientes	100%
3	Se cuenta con los recipientes e insumos necesarios y suficientes para la gestión de los residuos	100%
4	Los recipientes para la gestión de los residuos cuentan con las características reglamentarias.	92%
5	Se observa una correcta segregación de los residuos en los diferentes recipientes.	44%
6	Los recipientes para corto-punzantes (guardianes) están debidamente fijados, rotulados y las agujas no re enfundadas.	84%
7	Se aplican las medidas tendientes a impedir el cruce entre los residuos, la ropa contaminada y la alimentación destinada a los pacientes	76%
8	Se observan buenas prácticas de almacenamiento de medicamentos e insumos	100%
9	El carro de paros cumple con los lineamientos necesarios para realizar atenciones seguras?	100%
10	Las neveras para el almacenamiento de insumos asistenciales están correctamente utilizadas y se lleva el control permanente de temperatura y humedad.	20%
11	Durante la atención a los pacientes y en el manejo de las muestras de laboratorio y los medicamentos, según aplique, se observa una clara disciplina de chequeo de la identificación y verificación de los 11 correctos.	86%
12	El manejo de medicamentos en el servicio cumple con las debidas precauciones de seguridad: almacenamiento, distribución y administración segura.	94%
13	Están disponibles los elementos necesarios para cumplir con el procedimiento de higiene de manos.	89%
14	Los medicamentos, dispositivos y paquetes de materiales estériles que se encuentran en el servicio presentan fechas de vencimiento vigentes.	100%
15	En caso de re envasado de material de asepsia o similares se observa buenas prácticas de re envasado.	100%
16	Se cuenta con facilidades estructurales para salvaguardar las pertenencias de los clientes internos.	65%
17	El personal utiliza debidamente los elementos de protección personal.	81%
18	Se observa el compromiso del personal para acatar las medidas y procedimientos tendientes a evitar las caídas de pacientes.	89%

19	Revisar manilla o brazaletes y verificar que se encuentra correcta y completamente diligenciado	100%
----	---	------

Fuente: bases de datos recorrido por los servicios

Se realizaron recorridos y observaciones en 27 áreas específicas y se aplicó una lista de chequeo encontrando que 12/19 ítems evaluados obtuvieron un cumplimiento mayor al 85%. Se tuvo en cuenta la información entregada por personal asistencial durante los recorridos. Dentro de los hallazgos más críticos se encuentran:

Al realizar las observaciones se pudo determinar que existen espacios en los cuales era fácil observar deficiencia en el aseo y la limpieza, esto ocurrió principalmente en el servicio de urgencias en la observación realizada por el equipo en el horario de la mañana, en este aspecto se encontraron canecas con mala disposición de los residuos, canecas desbordadas, restos de alimentos en las áreas de pacientes y especialmente en el área de los baños, así como deterioro de las instalaciones, paredes con la pintura en mal estado, marcos de las puertas dañadas, cabe resaltar que se observó sobreocupación durante los recorridos por el servicio de urgencias y congestión de personas entre pacientes, familiares y personal asistencial en áreas como habitaciones de observación y salas de toma de muestras. Durante los recorridos por los servicios de hospitalización, UCI, pasillo de salas de cirugía, se observó una adecuada gestión de los residuos y del aseo y limpieza.

En las áreas donde había neveras para almacenar medicamentos se encontró que contenían medicamentos sin marcar. No se lleva registros de la temperatura aduciendo que el problema es la falta de hojas para registrar esta información.

Otro punto crítico también mencionado previamente por los usuarios y sus acompañantes es la falta de espacio y lugares para disponer los efectos personales especialmente en urgencias donde se observó sobreocupación.

El carro de paros no fue objeto de una auditoria formal, la observación se limitó a revisar la presencia del carro de paros y los registros de entrega de turno, revisión del carro de paros y reposición de los elementos utilizados.

HALLAZGOS

En atención a las características de evaluación de los Estándares de Acreditación contemplados en el *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario*, específicamente a la *Característica D "Seguimiento a Pacientes Trazadores"*, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional, el estándar se evalúa a través de los subgrupos de estándares: Derecho de los Pacientes, Seguridad del Paciente, Acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, Ejecución del tratamiento, Evaluación de la Atención, Referencia, Salida y Seguimiento y Contrareferencia.

Hallazgo 1: Incumplimiento del Estándar: *Registro y Evaluación Inicial de Las Necesidades*, *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario* y a la Resolución 2003 de 2014, "*Procesos Prioritarios Asistenciales*", en relación con la baja adherencia evidenciadas en la evaluación de los criterios que contempla este estándar, en acciones específicas de: *Acceso, Registro e Ingreso*, los cuales arrojaron el porcentaje de cumplimiento descrito a continuación: porcentaje total de evaluación de hc: 80%

Hallazgo 2: Incumplimiento Estándar 5, 7 y 8: “*Seguridad del Paciente*”, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario y al documento *MI-GCE-SDP-PP-01-V4*” dado a que el porcentaje de cumplimiento en la evaluación de los criterios descritos muestra que la cobertura de capacitación, seguimiento y medición de la adherencia requiere fortalecimiento por parte del equipo de Seguridad del Paciente a partir de las observaciones encontradas en las historias clínicas y de las entrevistas con los colaboradores donde se evidencia adherencia por debajo del estándar: criterios 3,4,5,6,7,y 8 de la entrevista con el colaborador.

Hallazgo 3: Incumplimiento Estándar Asistencial 1: “*Derecho de los Pacientes*”, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, a la ley 20584/12, título II y III *Divulgación de los Deberes y Derechos de los Usuarios*, teniendo en cuenta que de las 137 historias objeto de auditoría solo en el 78% de ellas se encuentra divulgación al usuario sobre sus derechos y sobre deberes.

Hallazgo 4: Incumplimiento estándar 24: “*Planeación de la Atención*” del *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario*, el cual requiere: “*Existencia de un proceso de planeación de la atención, cuidado tratamiento y seguimiento*”. Con un cumplimiento menor al 80%.

Hallazgo 5: Incumplimiento Estándar 41: *Ejecución del Tratamiento y Evaluación de la Atención*, Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario: teniendo en cuenta que el porcentaje de cumplimiento sobre los criterios base de evaluación muestran la necesidad de diseño, implementación y evaluación de estrategias que contribuyan a mejorar la calidad en el servicio prestado de acuerdo con lo observado en la revisión de historias clínicas y en la visita de campo.

Hallazgo 6: Incumplimiento estándar 53, “*Referencia y Contrareferencia*” - *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario* al evidenciarse en la trazabilidad realizada a las 137 historias clínicas objeto de evaluación, que la ejecución de este estándar presenta fallas que reflejan insatisfacción en los usuarios, falta de retroalimentación del resultado de la atención e incorporación de esta en la historia clínica, así como retrasos en la continuidad del tratamiento del usuario. Durante la visita de campo se evidencio falla en el equipo de tomografía el cual genera un efecto de retraso en cascada pues debe ser el paciente trasladado a otra USS, dando prioridad y demorando la atención de otros usuarios. Las respuestas de interconsultas en el servicio de urgencias suele ser mayor al estándar asociado al volumen de pacientes y al número de profesionales

Hallazgo 7: Incumplimiento Estándar 51: “*Salida y Seguimiento*” *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario*: “*La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento*”. La trazabilidad de las historias clínicas objeto de esta auditoría muestra que el porcentaje de cumplimiento amerita el diseño e implementación de acciones correctivas. No se evidencian notas de cierre de la atención en las historias clínicas en el 65% de ellas.

Hallazgo 8: Incumplimiento “*Programa Seguridad del Paciente GA-PIG-PP-01 V3*” y *Protocolo Higiene de Manos MI-GCE-SDP-PT-05-V2*”, obtenido del desconocimiento y escaso manejo de colaboradores sobre el programa y del suministro insuficiente de información a usuarios, en técnicas de higienización de manos y demás temas relacionados con el autocuidado y prevención de infecciones, evaluados a través de la visita de campo y entrevista con usuarios y colaboradores arrojando porcentajes inferiores al estándar de la subred.

Hallazgo 9: Incumplimiento al documento: “*Gestión Integral De Residuos Hospitalarios GA-PIG-PP-01 V3*” , al evidenciarse: Uso inadecuado de canecas, guardianes sin fijar a la pared y falta de educación por parte de los colaboradores hacia los usuarios sobre el correcto uso de las canecas. evaluados a través de la visita de campo y entrevista con usuarios y colaboradores arrojando porcentajes inferiores al estándar de la subred.

Hallazgo 10: Incumplimiento al cronograma de actividades de los médicos del servicio de urgencias y piso 5 al evidenciar que el día 15 de octubre de 2019 en el servicio de urgencias a las 8 pm estaban 5 de los 8 médicos programados de acuerdo al cronograma, situación que se repitió en el servicio de hospitalización previamente descrito generando riesgos en la atención de los usuarios, servicios descubiertos, afectación en la calidad de la atención al no contar con el talento humano requerido.

FORTALEZAS

- Los estudiantes de las universidades que realizan sus prácticas en la Subred Sur tienen la oportunidad de realizar sus rotaciones en instituciones de diferente nivel de complejidad permitiendo una formación integral.
- Atención de alto nivel de complejidad con uso de tecnología de punta.
- Prestación de servicios de salud de alta complejidad con especialistas de las principales áreas.
- Modelo de atención por procesos y subprocesos que trabajan articuladamente.

RECOMENDACIONES

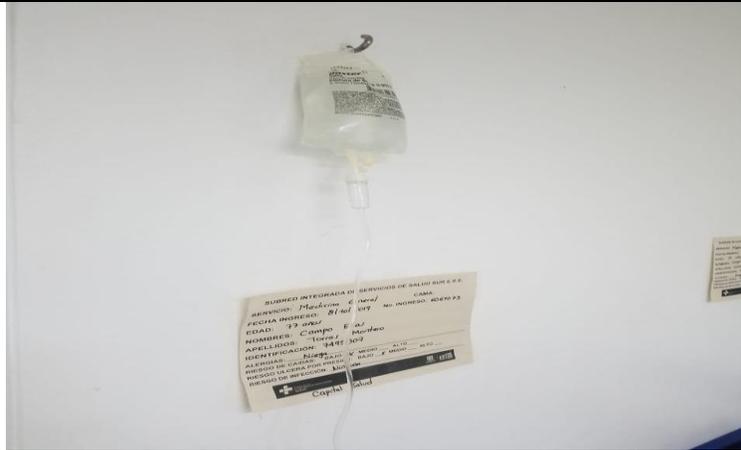
1. Resolución 0152: Artículo 2: *“Divulgación del Código De Integridad y Buen Gobierno”*, en los procesos de Inducción y Reinducción que adelante la entidad: Teniendo en cuenta que en los soportes entregados por el proceso para la evaluación de este aspecto, se evidenció que la inducción impartida por la subred se hace de manera general, (estudiantes y colaboradores que ingresan).
2. Reforzar el Programa de Seguridad del Paciente, a todo el personal asistencial tanto colaboradores como estudiantes que prestan servicios en la Subred. Teniendo en cuenta que participan en la ejecución de actividades en salud, situación que expone a la ocurrencia de un eventos adversos.
3. Aclarar desde el comité de historias clínicas, sistemas y jurídica los riesgos en que se incurre por parte de la institución y los profesionales de la salud al prestar el usuario para que los estudiantes que rotan en las USS realicen anotaciones en los registros en Dinámica Gerencial modulo historia clínica.
4. Concertar con los profesionales de la salud, directores de servicio, profesionales de enlace estrategias para no dejar los servicios descubiertos, dando cumplimiento al cronograma de actividades y al objeto del contrato de acuerdo a los diferentes tipos de contratación.
5. Mejorar la calidad de la información brindada en salas de cirugía a los familiares y pacientes.
6. Realizar mantenimiento a las áreas de mayor tráfico de la USS Tunal especialmente aquellas que se encuentran deterioradas.
7. Mejorar la calidad de los registros e información consignada de las Historias Clínicas

<i>Firma:</i> ORIGINAL FIRMADO POR :	<i>Firma:</i> ORIGINAL FIRMADO POR :
AUDITORES	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO
<i>Nombre:</i> Maria de la Cruz Terán Álvarez Andrés Doncel	<i>Nombre:</i> Gloria Esperanza Acevedo

REGISTRO FOTOGRAFICO



Medicamentos sin identificación de pacientes



Líquidos sin marcar con los datos del paciente o medicamentos.

SERVICIO INTEGRADO DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E										CORAL LAB 733 V1		
LABORATORIO CLÍNICO										LABORATORIO		
FECHA	NOMBRE	NÚMERO CÓDIGO DEL EXAMEN	IDENTIFICACIÓN	TIPO DE MUESTRA	FECHA DE ENVÍO	FECHA DE RECEPCIÓN	LABORATORIO					
7	?	Arreola Mª Lorea	308 05002	✓	✓					2003	?	Leidy
7	?	Ribeiro Virginia	4170439	✓	✓					2003	?	Leidy
7	?	Correa Priscilla	770366	✓	✓					2000	?	Leidy
7	?	Pérez A. Flavia	83027	✓	✓					2000	?	Leidy
7	?	Maria Alejandra	2091 2004	X						2000	?	?
7	?	Luis Salazar	2091 2004	X						2000	?	?
7	?	Maria Victoria	2091 2004	X						2000	?	?
7	?	Ronald Cruz	2000 2004	X	X					2000	?	?
10/08/18	14	Lizbeth Floren Hernandez	4030008	✓						15/08	15/08	Collison
14/08/18	14	Alexis Alejandra Lopez	2000 2004	✓						15/08	15/08	Collison
14/08/18	14	Aida Judith	2000 2004	X						15/08	15/08	Collison

Registro de toma de muestra y traslado a laboratorio para análisis – espacios incompletos sin diligenciar



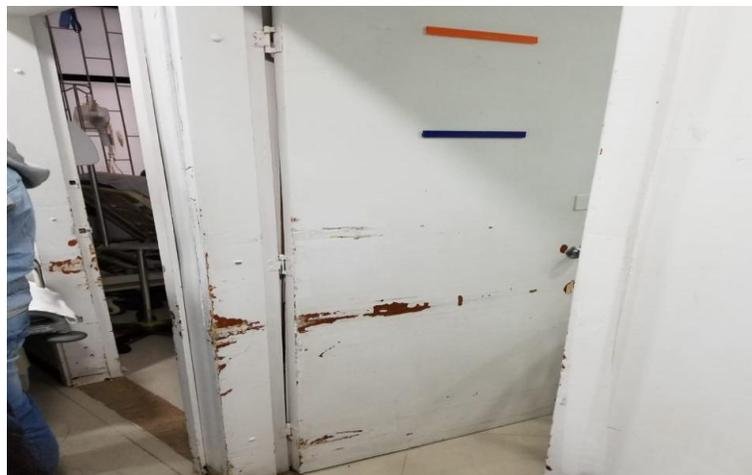
Área de urgencias con elementos deteriorados – restos de comida en el piso de la habitación.



Carro de paro área de urgencias.



Residuos de comida en caneca roja



Deterioro en la infraestructura.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Oficina Integrada de Servicios
de Salud S.A.S.

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

INFORME FINAL DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V1