



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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

Fecha:	Noviembre 28 de 2018
Proceso Auditado:	Ejecución de Alternativas para el Cuidado de la Salud - Laboratorio Clínico
Responsable del Proceso:	Gloria Inés Gallo Tibaduiza Dirección de Servicios Complementarios
Audidores:	Constanza Díaz Peña

OBJETIVO:	Verificar el cumplimiento de las actividades y registros, para garantizar el servicio del laboratorio Clínico, con calidad y oportunidad a los usuarios de: Consulta externa, hospitalización y urgencias
ALCANCE:	Desde el alistamiento de las plataformas hasta la emisión del resultado, mediante la Auditoría concurrente y retrospectiva del primer semestre de 2018, al servicio de laboratorio de las sedes USS Meissen, El Tunal y Nazareth
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	MECI: 2016 MIGP: 2017 Resolución 2003 de 2014. POA del Proceso. Mapa de Riesgos Manual de Bioseguridad EA-MA-01-V1 Programa de Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud MI-PPP-03 V1 Código de Ética y Buen Gobierno Resolución 0427 del 18/04/2017 Garantía de la Calidad EA-ADI-PR-05-V1 El Procedimiento de Toma de muestras COM-ADI-LAB-PR-01-V2 Transporte de muestras EA-ADI-MA-02-V1

EJECUCIÓN

El desarrollo de la auditoría se realiza mediante la aplicación de listas de chequeo, donde se verifica la realización de las actividades para la toma de muestras, garantía de la calidad y transporte de muestras, respetando la oportunidad en la prestación del servicio:

1. Visitas presenciales al laboratorio clínico de los unidades de atención acorde a cronograma

Tabla 1. Cronograma de Visitas.

AUDITORIA SERVICIO URGENCIAS		
SEDE	FECHA	TURNO
TUNAL	17/10/18/18	MAÑANA/TARDE
	Hasta 7/11/18/18	MAÑANATARDE
USS MEISSEN	25/10/18	MAÑANA/TARDE
NAZARETH	19/10/18	MAÑANA

Fuente OCI

2. Aplicación Listas de Chequeo verificando adherencia al Procedimiento de Garantía de Calidad EA- ADI-PR-05-V1, Toma de muestras COM-ADI-LAB-PR-01-V2, Manual de transporte de muestras EA-ADI-MA-02-V1
3. Módulo Control de Planeación y Gestión, Módulo Control de Evaluación y Seguimiento, Eje Transversal de Información y Comunicación enmarcado en el Modelo MECI
4. Revisión, inspección y análisis físico de documentación relacionada con la caracterización del proceso, bases de datos de muestras remitidas en el período auditado, seguimiento a indicadores.
5. Consolidación y Análisis de la información
6. Elaboración del Informe de Auditoría

HALLAZGOS

En desarrollo de la Auditoría al subproceso de Laboratorio Clínico de las USS ya mencionadas, se aplicó un total de 24 encuestas a colaboradores auxiliares de enfermería y bacteriólogos, adicionalmente estudiantes del Colegio Mayor, con el fin de verificar aspectos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno 2016. MECI.

MODULO DE PLANEACIÓN Y GESTION (AMBIENTE DE CONTROL)

El Modelo de Atención y Prestación de Servicios Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E define como objetivo de la Sub Red Sur lo siguiente: *"lograr un sistema de prestación de servicios basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin descuidar la atención y rehabilitación, que pueda intervenir los determinantes sociales y que logre la articulación de acciones, la integralidad de la respuesta, y la presencia de recursos necesarios para su abordaje"*; verificado en el servicio de laboratorio.

Hallazgo 1: Conocimiento de los componentes básicos de la Plataforma Estratégica por el Servicio de Laboratorio Clínico son: USS El Tunal 53%, Meissen 45% y Nazareth es del 53%. *"Desconocimiento de la plataforma estratégica Institucional"*

Hallazgo 2: La apropiación del Código de Ética y Buen Gobierno y del Modelo de Operación por Procesos corresponde al 30% de conocimiento del personal del laboratorio *"Desconocimiento, baja adherencia y apropiación del Código"*.

EVALUACIÓN DE RIESGOS

Hallazgo 3: Los riesgos definidos para el Servicio de laboratorio son identificados por el 50% de los colaboradores de las Unidades auditadas, evidenciándose que desconocen la gestión que se realiza para su administración con enfoque transversal a la entidad *"Desconocimiento mapa de riesgos del proceso, dificultando la aplicación de controles"*

GESTION DEL TALENTO HUMANO

Acorde con la Resolución 2003 de 28 de Mayo de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud, estándar de Procesos Prioritarios: *"Los criterios definidos deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación..."*

Hallazgo 4: Se observa en el servicio de laboratorio de la USS Meissen, que la programación de



profesionales mensual, se encuentra una bacterióloga de planta, que estando programada para turnos de fin de semana, no asiste y aduce tener incapacidades recurrentes, evidenciando que no hay personal de reemplazo, afectando el normal funcionamiento del área." *No cumplimiento requisito estándar Talento Humano Res. 2003/14* "Incumplimiento Política MIPG, Gestión del Riesgo, conllevando a su posible materialización".

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Hallazgo 5: El 90% de los colaboradores afirman tener con alta frecuencia dificultades en el Sistema de Información en las encuestas aplicadas en el servicio, con especificidad en: no disponibilidad a correo institucional y/o personal, el cual es indispensable para el envío y recepción de información de resultados de pruebas especiales externas y fallas en la migración de exámenes al sistema computarizado. "Información no oportuna, que retrasa la atención del usuario, trasgrediendo la norma y la satisfacción de usuario". Se observó la no disponibilidad de correo g-mail en el servicio.

ACTIVIDADES DE MONITOREO

OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN

Hallazgo 6: En el indicador de Oportunidad de la toma de muestras de urgencias, está establecida con línea base de 2017 menor a 120 minutos, se evidencia que se incumple en los meses de abril, julio, agosto y septiembre de 2018, por el desabastecimiento de reactivos. "Información no oportuna, que retrasa la atención del usuario, trasgrediendo la norma Res 2003/14 y la satisfacción de usuario" Se observan muestras conservadas de 3 y 4 días en las neveras.

Hallazgo 7: La oportunidad de resultados al servicio de Hospitalización, está establecido menor a 180 minutos, observándose incremento en el mes de abril/18 por desabastecimiento de reactivos y en los meses de agosto y septiembre por la remisión de pruebas y falta de reactivos. Igualmente en la visita realizada al servicio se observa el paciente con Cc.1125879643 de la USS Tunal UCI Pediátrica, con fecha de recepción del LCR el 17/10/18 a las 15:32 y fecha de entrega el 18/10/18 a las 10:04, entre otros. Adicionalmente en el área de microbiología, acumulación de muestras desde el fin de semana anterior en espera de los paneles para los cultivos. "Información no oportuna, que retrasa la atención del usuario, trasgrediendo la norma y la satisfacción de usuario. Carencia insumos para prestar el servicio; Alteración de la calidad de la muestra, inexactitud en los resultados."

Hallazgo 8: Tiempo transcurrido entre la toma de muestra y disponibilidad del resultado para el usuario se encuentra en línea base menor a 48 horas, en los meses de enero a marzo de 2018 no se realizó medición, observándose incremento del indicador en el mes de julio de 2018, por el desabastecimiento de reactivos y las remisiones realizadas a los laboratorios externos. "Información no oportuna, que retrasa la atención del usuario, trasgrediendo la norma y la satisfacción de usuario. Se evidencia en el paciente con c.c. 1030669253 con fecha de recepción: 2018-06-15 y reporte del resultado 2018-07-21.

Hallazgo 9: Se observa en la USS el Tunal, demora en la atención de facturación para la toma de los laboratorios, presentando espera hasta de hora y media, sin tener en cuenta la atención prioritaria de adultos mayores y niños, quienes se encuentran en ayuno prolongado, alterando la calidad de los resultados. "Información no oportuna, que retrasa la atención del usuario, trasgrediendo la norma y la

satisfacción de usuario”

Hallazgo10: Se observa que el subproceso objeto de auditoría no se encuentra incluido en el POA 2018, siendo este procedimiento vital para la misionalidad de la Entidad, lo cual dificulta verificar el avance en cada una de las metas y objetivos estratégicos institucionales conforme a lo establecido en la normatividad vigente.

ACTIVIDADES DE CONTROL

CALIDAD EN EL SERVICIO

El Procedimiento de Garantía de la Calidad en el Laboratorio Clínico EA-ADI-PR-05-V1, define en su objetivo: *“Dar a conocer al personal de los laboratorios de la subred sur, los registros que deben llevar y las actividades que se deben realizar para garantizar resultados, confiables y oportunos que sean de apoyo al médico”* y acorde a la Resolución 2003/14, que define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, estándar de Procesos Prioritarios: *“Los criterios definidos deben ser cumplidos por los prestadores para cualquier servicio objeto de habilitación...”* se presenta a continuación aspectos analizados:

Hallazgo 11: Falta de adherencia al Procedimiento de Garantía de Calidad en las unidades auditadas, mediante la aplicación de listas de chequeo respondidas por los colaboradores del área, bacteriólogos y auxiliares de enfermería con los siguientes porcentajes de apropiación: Tunal 87%, Meissen 79% y Nazareth 86%. *“Baja adherencia a Protocolos y Procedimientos”*. Si bien, los porcentajes no se encuentran tan bajos, se observa la baja adherencia del Procedimiento en la labor diaria.

Hallazgo 12: La Guía de Buenas Prácticas para la Identificación del Paciente EA-ADI-PT-10-V1 cuyo objetivo es: *“Desarrollar y fortalecer destrezas y competencias para prevenir la ocurrencia de errores en el laboratorio clínico”*; la adherencia en las unidades auditadas y porcentajes de apropiación: Nazareth 87%, Tunal 70% y Meissen 69%. *“Se evidencia Baja adherencia a la Guía”*

Hallazgo 13: Baja adherencia al Manual de Transporte de muestras EA-ADI-MA-02-V1, falta de control en el registro adecuado de las temperaturas de las pilas de las neveras transportadoras de muestras de las unidades al laboratorio principal, falta firmas de entrega y recepción de las muestras por parte del auxiliar de enfermería y desconocimiento del Manual por los transportadores. *“Desconocimiento y falta de apropiación del Manual”*

Hallazgo 14: Se observa falta de diligenciamiento y enmendaduras en las planillas de registro, en las unidades auditadas como son: planilla de calibración de equipos, limpieza y desinfección, limpieza de microscopios, limpieza de incubadoras y falta de registro en el control de insumos. *“Baja adherencia a Procedimientos”* Se evidencia falta de autocontrol por parte de los funcionarios para el diligenciamiento adecuado de las planillas.

Hallazgo 15: Falta de claridad en la emisión de los resultados del laboratorio externo como se observa en los pacientes: cc 51820220, muestra analizada: sangre muestra reportada orina con fecha 01/08/18 y Nihbeth Preciado fecha 17/08/18 cepa remitida: coco gran positivo microorganismo reportado: E.coli., de igual manera los resultados de los urocultivos sin lectura de halo de inhibición



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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

por parte del laboratorio externo. *"Incumplimiento de obligaciones contractuales tercerizados"*

Hallazgo 16: Alta probabilidad de materialización del riesgo, en cuanto a la validación de resultados erróneos o equivocados, mediante el sistema de los equipos de química y pruebas especiales. *"Incumplimiento de obligaciones contractuales tercerizados"* Se socializa dicha situación en Comités, donde se expone la falta de credibilidad en el Laboratorio Clínico interno y externo.

Hallazgo 17: Se observa en el diligenciamiento del formato de fallas activas EA-ADI-FT-41-V2 el 4% de fallas son registradas como resueltas y el 67% son muestras coaguladas; el formato no cuenta con casilla para la fecha diaria, presenta tachones, falta registro de responsable de la corrección, número de cargo, ni servicio de procedencia. *"Baja adherencia a Protocolos y Procedimientos"*

Hallazgo 18: Los registros en la planilla EA ADI FT36V1 de los exámenes remitidos a SDS, se observa diligenciamiento incompleto de las casillas, tachones en los números de radicado, sin registro de temperatura de envío y de entrega, no se realiza seguimiento a la entrega de resultados ni consolidado de los mismos, evidenciando falta de control. *"Baja adherencia a Protocolos y Procedimientos"*

Hallazgo 19: De los resultados de TSH neonatal se revisaron 116 de los cuales el 75% de los usuarios no se encuentran en el sistema Dinámica Gerencial y 25% son atendidos por pediatría sin el resultado de TSH por esta razón se encuentra en el laboratorio gran cantidad de resultados en el archivo físico. *"Baja adherencia a Protocolos y Procedimientos"*

FORTALEZAS

1. Compromiso del personal asistencial ante el desabastecimiento de reactivos y la falta de personal para suplir las necesidades para cumplir con los tiempos estipulados en los indicadores de atención en los servicios
2. Cumplimiento en el diligenciamiento del Protocolo Institucional de Consentimiento Informado MI-PR-01 V1, como Buena Práctica de Seguridad del Paciente, define obligatoriedad de su diligenciamiento ante la realización de un procedimiento (Ley 23 de 1981 Art. 15 – 16).

OBSERVACIONES

ACTIVIDADES DE CONTROL

CALIDAD EN EL SERVICIO

En el análisis del indicador de oportunidad en la toma de muestras de consulta externa, la meta del 2018, se establece un tiempo menor a 20 minutos, observándose que cumple para el período auditado, sin embargo para los usuarios la percepción es prolongada por los tiempos de espera en el servicio de facturación.

Se observa que el laboratorio clínico, por tener a la empresa Comprolab como único proveedor, afecta la prestación del servicio en oportunidad, eficacia y efectividad

Falta de disponibilidad presupuestal para suplir las necesidades de compra de reactivos en el



el laboratorio clínico, razón por la cual los controles de VDRL se realizan semanalmente por un turno de atención, generando riesgo en la calidad del resultado.

Crear estrategias efectivas de control relacionadas con los resultados de TSH neonatal se revisaron 116 de los cuales el 75% de los usuarios ,no se encuentran en el sistema Dinámica Gerencial y 25% son atendidos por pediatría sin el resultado de TSH por esta razón se encuentra en el laboratorio gran cantidad de resultados en el archivo físico.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

En las órdenes médicas se observa enmendaduras en el diligenciamiento de la hora de la toma de las muestras, creando confusión a la hora de registro de toma de muestra

Para dar cumplimiento a la política de cero papel institucional, se requiere de actualización del software del laboratorio ya que como se encuentra actualmente, es indispensable el uso de la orden física.

Se observan formatos desactualizados y sin codificación (registro de toma de muestras clínicas, registro de entrega de resultados de consulta externa, limpieza y desinfección de espacios de laboratorio clínico) en la USS Nazareth.

RECOMENDACIONES

INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Solicitar al proveedor de los equipos revisión del sistema de validación de resultados, para evitar la confusión en la interpretación de los mismos y emitir resultados erróneos alterando el correcto diagnóstico por parte del médico tratante.

Revisar las obligaciones contractuales con los laboratorios externos y darle el debido cumplimiento por parte del supervisor del contrato

Establecer estrategias efectivas para optimizar el proceso de facturación del laboratorio, priorizando la población gestante, mayor y niños; adicionalmente aplicar el protocolo de Humanización en la atención EA-ADI-PT01V1.

Establecer medidas inmediatas para garantizar la existencia de reactivos e insumos de laboratorio para la prestación oportuna del servicio, dando cumplimiento al Procedimiento Manejo del Almacén del Laboratorio Clínico.

Publicar el cronograma de transporte de muestras en las unidades de atención, donde se preste este servicio

CALIDAD EN LA ATENCIÓN

Retomar el control de calidad externo con la Secretaria Distrital de Salud, para mantener los standares de calidad en la prestación del servicio

Revisar las condiciones de infraestructura en el área de montaje de muestras y material de esterilización

Revisar los equipos que se encuentran fuera de uso y realizar su reubicación o entrega a los proveedores

Realizar la actualización de las remisiones en el aplicativo del almacén, cuando se realice la recepción del pedido en el aplicativo para tener más control de los mismos.

Implementar y estandarizar sistemas automatizados de Identificación de las muestras (código de barras) para optimizar el tiempo de la auxiliar encargada de la clasificación y distribución de las mismas, marcando las gradillas para cada sección de análisis.

Mejorar el tiempo de respuesta para la revisión de los equipos en comodato en la zona rural y urbana con el proveedor.

Se sugiere a la Dirección de Talento Humano, revisar la asignación de turnos fines de semana al personal de planta, para cubrir esta falencia con otro profesional evitándose el incumplimiento de la norma.

REGISTRO FOTOGRÁFICO USS TUNAL

FOTO No. 1: Entrega de Resultados todos los días de 1 a 3pm



Foto No. 2: Infraestructura: Toma de muestras y entrada al laboratorio

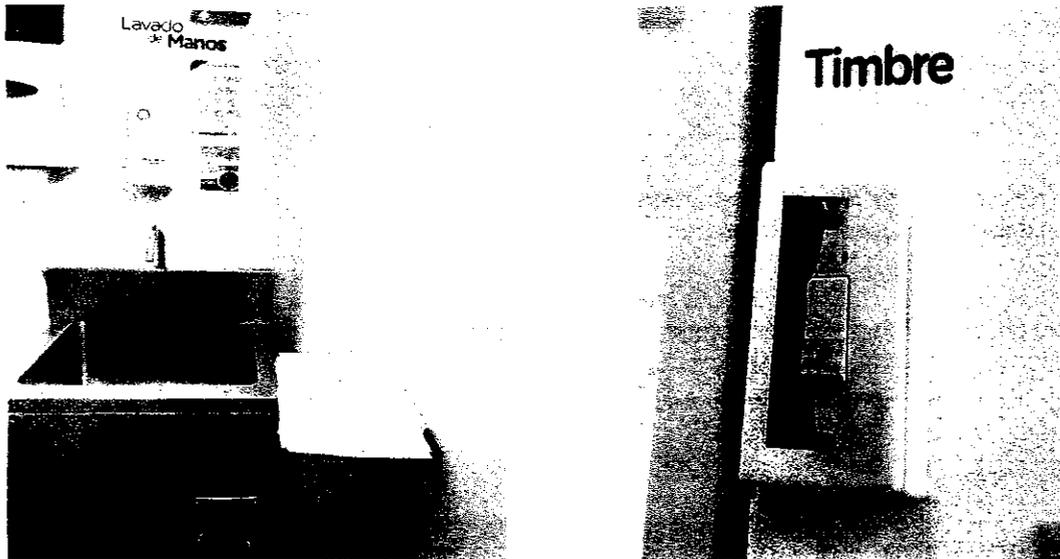
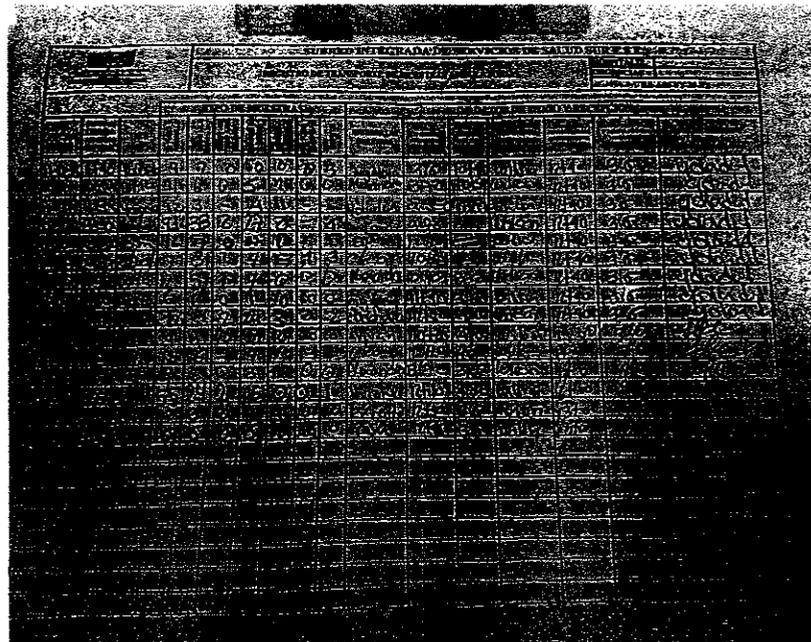


Foto No. 3: Recepción de Muestras de Hospitalización y Urgencias formatos



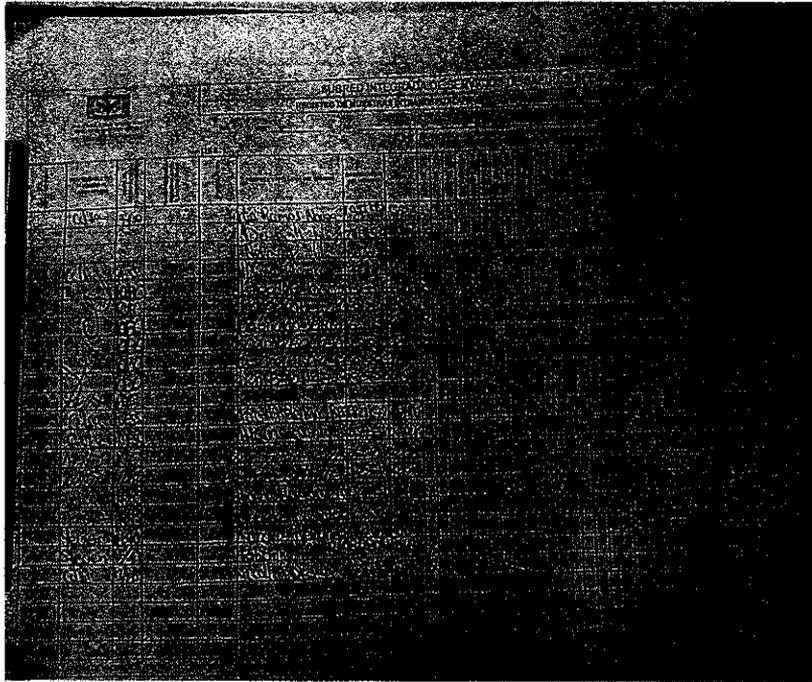


Foto No. 4: Preparación, Clasificación y Distribución de Muestras sin marcación





Foto No. 5: Toma de Temperatura de las Neveras de transporte de muestras sin reproducibilidad



FOTO No. 6: Montaje de muestras coprológico y Material de Esterilización



Foto N°7 Ausencia de Rótulos de los Atomizadores de Limpieza y Desinfección



USS MEISSEN

Foto No. 1: TSH pendientes por falta de contratación con el Hospital La Victoria (5 días)





Foto No.2: Archivo Ordenes Médicas y Servicio Transfusional



Foto No.3: Lectura Manual de Tiras de Orinas

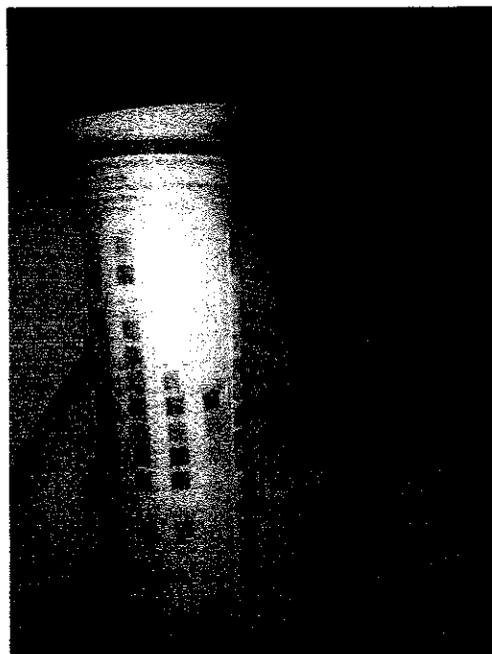
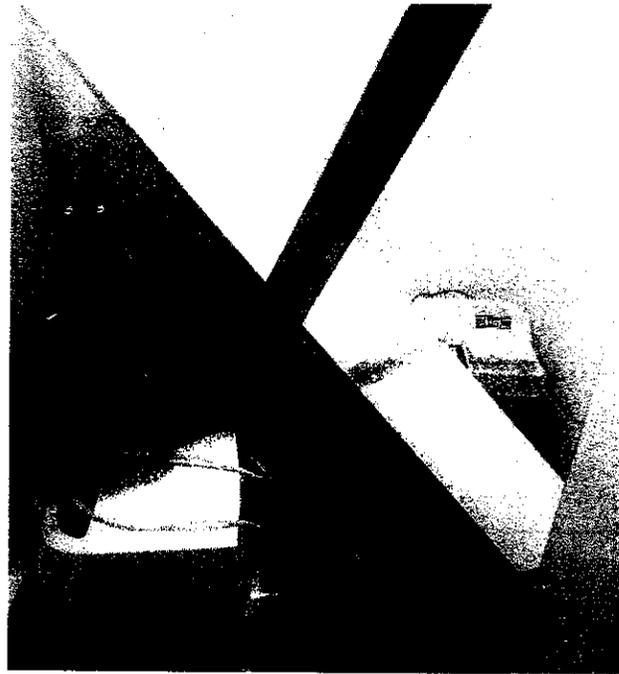
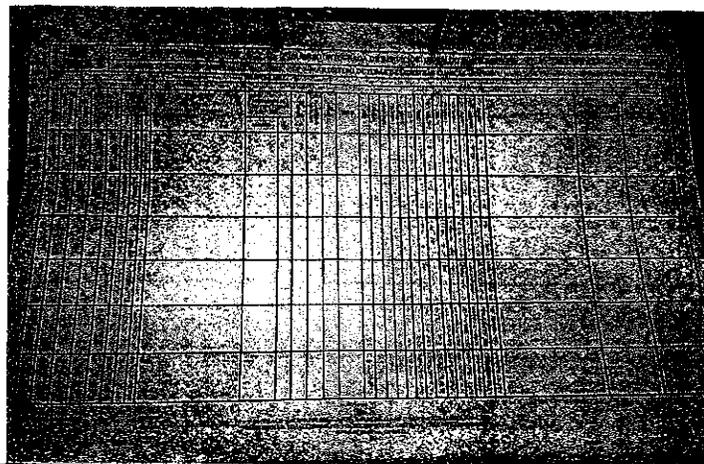


Foto No. 4: Depósito de Elementos



USS NAZARETH

Foto No. 1: Planillas sin normalizar



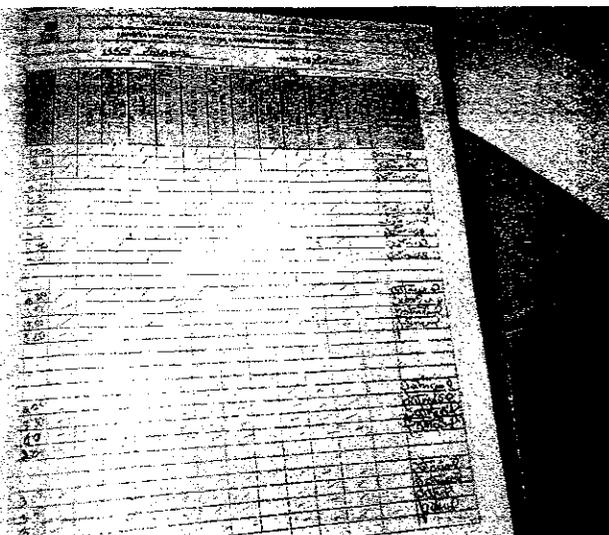


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
S.M.E.L.
El punto de partida es el bienestar
de Bogotá y su E.S.E.

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

INFORME DE AUDITORIA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2



Firma:

hp

AUDITOR LÍDER

Nombre: *Constanza Díaz Peña*

Firma:

José P. A. G.

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Nombre: