

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME DE AUDITORIA CONTROL	CIN-FT-02 V3

Fecha:	Agosto – Octubre 2024.
Proceso Auditado:	Gestión de la calidad – Programa Seguridad del Paciente.
Responsable del Proceso:	Dr. Iván Cadena Granda – Director Gestión de la Calidad. Luz Mery Sánchez.
Auditores:	María de la Cruz Terán Álvarez - Profesional Auditor Contratista Especializado - Control Interno.

Objetivo:	La presente auditoria tiene como objetivo verificar el desarrollo de las actividades del Programa de Seguridad del Paciente y la adherencia de los procesos asistenciales a este programa, mediante la revisión de las acciones, registros y seguimientos, reportados en el Sistema Almera y demás soportes que internamente maneje el subproceso, así como la inspección directa de la atención en salud. A fin de detectar brechas en las buenas prácticas para la prevención de sucesos de seguridad y se tomen las acciones correctivas necesarias.
Alcance:	Desde los reportes realizados de indicios de atención insegura por las diferentes unidades de la subred sur, clasificación y gestión de los mismos, implementación de planes de mejora y su grado de avance, intervención en los procesos por parte del programa de seguridad del paciente y los subprogramas que lo componen, hasta la verificación de la adherencia por parte de los procesos asistenciales a los lineamientos y buenas prácticas para la prevención de sucesos de seguridad, en el periodo correspondiente al primer semestre 2024.
Criterios de la Auditoría:	1. Lista de chequeo. 2. Documentación del proceso. 3. Resolución 4816 de 2008 Ministerio de Salud y Protección social. Por la cual se reglamenta el programa de Tecnovigilancia 4. Resolución 3100 de 2019 Ministerio de Salud y Protección social 5. Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica 6. Resolución 2082 de 2014 Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud MSPS 6. Resolución 256 de 2016 Ministerio de salud y protección social, por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad en salud. 7. Resolución 0112 2012 Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente MSPS. 8. Plan Operativo Anual 2020 – 2024 (meta 22: Gestionar al 100% los eventos adversos).

EJECUCIÓN

La auditoría al programa Seguridad del paciente se llevó a cabo, dando cumplimiento al código de ética del auditor y al estatuto de auditoría. Su desarrollo se plantea en dos partes:

Primera parte: Comprende el análisis de la información que el Programa de Seguridad del Paciente tiene documentada en el Sistema Almera, correspondiente a guías, protocolos, base de reportes, seguimiento a planes de mejora e indicadores y demás documentos que el programa maneja internamente.

Segunda parte: Abarca la verificación de la adherencia por parte de los procesos asistenciales a los lineamientos, procedimientos y buenas prácticas para la prevención de sucesos de seguridad, mediante la inspección directa en la prestación de los servicios de salud a los usuarios que se encuentran en los servicios.

Base de reporte de eventos adversos

De enero a junio de 2024, se presentó desde las diferentes sedes que conforman la Subred sur, un reporte total de 3.404 sucesos de seguridad, que posterior al análisis realizado por el equipo de seguridad del paciente, quedaron con la clasificación definitiva relacionada en el siguiente cuadro.

<i>Clasificación definitiva de los sucesos de seguridad presentados en el periodo enero a junio 2024</i>			
Clasificación definitiva de los sucesos	N° de eventos	Porcentaje	Planes de mejora
Indicios de atención insegura	1502	44.12%	0
Eventos adversos prevenible	640	19%	346
Incidentes	507	14.89%	11
Eventos adversos no prevenible	200	5.87%	1
Complicaciones	57	1.67%	1
Incidentes reincidentes	2	0.058%	0
Atención segura	134	3.93%	0
Descartado fallido /falta de información	322	9.45%	1
Extrainstitucional	40	1.75%	0
Total	3.404	0	359

Fuente: Base de reporte de sucesos de seguridad enero – junio 2024 – Sistema Almera

En el cuadro anterior se puede evidenciar que las tipologías de clasificación que mayor número de sucesos presentan, corresponden a Indicios de Atención Insegura con el 44.12%, sin ser objetos de planes de mejora, seguido de los Eventos Adversos Prevenibles, con el 19%, donde se generaron 346 planes de mejora y por último los incidentes con el 14.89% y la generación de 11 planes de mejora. En menor porcentaje se encuentran los sucesos clasificados como eventos adversos prevenibles, complicaciones, incidentes reincidentes, atención insegura, descartado fallido y extra institucional, con los porcentajes relacionados en el cuadro.

Evaluación de la trazabilidad en la gestión de los sucesos de seguridad:

Para evaluar la trazabilidad en la gestión de los sucesos de seguridad, se tomó las 3 primeras clasificaciones resaltadas en el cuadro, teniendo en cuenta que son las que en mayor número se presentaron y sobre cuales las cuales se miraron aspectos como: Oportunidad frente en la asignación para el análisis en relación a la fecha del reporte, finalización del análisis por parte del profesional responsable y revisión y cierre definitivo desde la referencia del programa.

En la siguiente imagen se tiene el ejemplo de la trazabilidad del suceso de seguridad una vez se ha obtenido el reporte, dándose continuidad con la asignación para análisis, desarrollo y cierre del mismo por parte del profesional encargado, finalizando con la revisión y cierre definitivo por parte de la referencia del programa.

Información general		Historial	
Fecha	Usuario	Transición	Comentarios
2024-08-28 02:28 PM	Enviar: MORA Copia: MORA	Cerrar Analizando → Análisis Finalizado	revisado y cerrado
2024-08-28 02:28 PM	Enviar: MORA Copia: MORA	Finalizar análisis Asignado → Analizando	
2024-02-13 04:08 PM	Enviar: Perez a MORA Copia: Perez	Asignar para análisis Verificando reasignación → Asignado	
2024-02-13 04:07 PM	Enviar: Perez a Perez Copia: Perez	Solicitar reasignación Asignado → Verificando reasignación	
2024-02-12 10:15 AM	Enviar: PEREZ ASTRID a Perez Copia: PEREZ	Enviar para análisis Registro → Asignado	

Sistema Almera – Seguridad del paciente – Eventos

Trazabilidad en la gestión de los Indicios de Atención Insegura: Para la verificación de esta trazabilidad, se realizó apertura aleatoria de 150 sucesos, de los cuales, se presenta en el informe un total de 41 sucesos y los 109 sucesos restantes hacen parte de los papeles de trabajo y son de libre consulta para las partes interesadas.

En el primer cuadro, se relacionan sucesos presentados entre los meses de enero y febrero y se puede observar que la oportunidad entre la asignación de los sucesos para el análisis y su cierre definitivo estuvo entre los tres, seis y siete meses y un caso que a la fecha de revisión, aun no se encuentra cerrado.

Indicios de atención insegura						
Código del suceso	Fecha del reporte	Asignación para el análisis	Fin analisis - profesional asignado	Linea responsable	Revisión y cierre definitivo referencia del programa	Oportunidad revisión y cierre definitivo
2410132	02/01/2024	02/01/2024	08/02/2024	Farmacovigilancia	19/04/2024	3 meses
2410133	02/01/2024	07/01/2024	23/01/2024	Seguridad del paciente	19/04/2024	3 meses
2410141	02/01/2024	07/01/2024	02/02/2024	Seguridad del paciente	19/04/2024	3 meses
2410256	16/01/2024	16/01/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	7 meses
2410355	23/01/2024	20/05/2024	20/05/2024	Seguridad del paciente	20/05/2024	5 meses
2410364	24/01/2024	25/01/2024	29/07/2024	Seguridad del paciente	25/09/2024	8 meses
2410416	29/01/2024	29/01/2024	02/02/2024	Seguridad del paciente	20/05/2024	3 meses
2410440	30/01/2024	31/01/2024	17/06/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de cierre	
2410557	09/02/2024	21/02/2024	23/09/2024	Seguridad del paciente	23/09/2024	7 meses
2410594	12/02/2024	13/02/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	6 meses
2410597	12/02/2024	13/02/2024	29/08/2024	Seguridad del paciente	29/08/2024	6 meses
2410598	12/02/2024	13/02/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	6 meses
2410599	12/02/2024	09/03/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	6 meses
2410602	12/02/2024	13/02/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	6 meses
2410606	12/02/2024	13/02/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	6 meses
2410609	12/02/2024	13/02/2024	29/08/2024	Seguridad del paciente	29/08/2024	6 meses
2410632	12/02/2024	13/02/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	6 meses

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente – Eventos <https://sqi.almeraim.com/sqi/Seguimiento/?nosgim&c=sqisubredsur#>

En el segundo cuadro, se relacionan sucesos presentados entre los meses de marzo, abril, mayo y junio y se puede observar que la oportunidad de entre la asignación de los sucesos para el análisis y su cierre definitivo estuvo entre 1 mes, cinco y siete meses y cuatro sucesos que a la fecha de revisión, no se encuentran cerrados.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME DE AUDITORIA CONTROL	CIN-FT-02 V3

2410638	12/02/2024	13/02/2024	29/07/2024	Seguridad del paciente	25/09/2024	7 meses
2410658	12/02/2024	14/02/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	6 meses
2411087	01/03/2024	04/03/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	6 meses
2411094	01/03/2024	04/03/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	5 meses
2411097	01/03/2024	04/03/2024	21/03/2024	Seguridad del paciente	21/03/2024	20 días
2411103	01/03/2024	04/03/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	5 meses
2411108	01/03/2024	04/03/2024	29/08/2024	Seguridad del paciente	29/08/2024	5 meses
2411115	01/03/2024	04/03/2024	28/08/2024	Seguridad del paciente	28/08/2024	5 meses
2411137	01/03/2024	04/03/2024	29/08/2024	Seguridad del paciente	29/08/2024	5 meses
2411191	01/03/2024	04/03/2024	14/07/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de cierre	
2411778	02/04/2024	14/06/2024	14/06/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de cierre	
2411786	02/04/2024	02/04/2024	13/06/2024	Seguridad del paciente	13/06/2024	2 meses
2411790	02/04/2024	02/04/2024	13/06/2024	Seguridad del paciente	13/06/2024	2 meses
2411803	02/04/2024	02/04/2024	13/06/2024	Seguridad del paciente	13/06/2024	2 meses
2411842	04/04/2024	09/05/2024	09/05/2024	Seguridad del paciente	09/05/2024	1 mes
2411904	09/04/2024	09/04/2024	29/08/2024	Seguridad del paciente	29/08/2024	4 meses
2412138	25/04/2024	30/04/2024	13/06/2024	Seguridad del paciente	13/06/2024	2 meses
2412319	03/05/2024	04/05/2024	29/08/2024	Seguridad del paciente	29/08/2024	3 meses
2412572	11/05/2024	11/05/2024	14/05/2024	Hemovigilancia	17/06/2024	1 mes
2413054	05/06/2024	12/06/2024	03/07/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de cierre	
2413095	06/06/2024	06/06/2024	07/07/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de cierre	
2413107	06/06/2024	07/07/2024	09/07/2024	Seguridad del paciente	09/07/2024	1 mes
2413100	06/06/2024	06/06/2024	07/07/2024	Seguridad del paciente	07/07/2024	1 mes

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente – Eventos <https://sqi.almeraim.com/sqi/seguimiento?nosqim&c=sqisubredsur#> - Indicios de atención insegura

En el siguiente cuadro se presenta semaforización del estado actual de los 1502 sucesos de seguridad clasificados como *Indicios de Atención Insegura*.

Estado actual de los Indicios de Atención Insegura		
Estado	Número de sucesos	Semaforización
Análisis finalizado	308	
Analizando	833	
Asignado	361	
Total	1502	

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del Paciente -Eventos

Indicios de Atención Insegura – estado asignado y analizando	
Periodo	Número de suceso
Enero	109
Febrero	172
Marzo	214
Abril	205
Mayo	295
Junio	199
Total	1194

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del Paciente – Eventos

Conclusión: A la fecha se encuentran 1194 Indicios de Atención Insegura en estado asignado y analizando, de reportes efectuados en los meses de enero a junio de 2023.

Trazabilidad en la gestión de los sucesos de seguridad clasificados como Incidentes: Para la verificación de esta trazabilidad, se realizó apertura aleatoria de 50 sucesos, de los cuales, se presenta en el informe un total de 25, los 25 restantes hacen parte de los papeles de trabajo y son de libre consulta para las partes interesadas.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
INFORME DE AUDITORIA CONTROL		CIN-FT-02 V3

En el primer cuadro se relacionan sucesos presentados entre los meses de enero, febrero y marzo, y se puede observar que la oportunidad entre la asignación de los sucesos para el análisis y su cierre definitivo estuvo entre los tres, cinco y siete meses y 15 sucesos que a la fecha de revisión, no se ha dado el cierre definitivo.

Gestión incidentes						
Código del suceso	Fecha del reporte	Asignación para el análisis	Fin análisis - profesional asignado	Línea responsable	Revisión y cierre definitivo referencia del programa	Oportunidad revisión y cierre definitivo
2410129	01/01/2024	07/01/2024	31/01/2024	Seguridad del paciente	Sin revisión y cierre	
2410136	02/01/2024	07/01/2024	12/08/2024	Farmacovigilancia	Sin revisión y cierre	
2410140	02/01/2024	07/01/2024	25/01/2024	Seguridad del paciente	19/04/2024	3 meses
2410150	03/01/2024	03/01/2024	14/02/2024	Farmacovigilancia	14/02/2024	1 mes
2410231	11/01/2024	31/01/2024	A la fecha aun en estado asignado	Tecnovigilancia	Se clasifica como Incidente ya que no hubo daño al paciente según lo registrado en la historia clínica pero si hubo un riesgo de complicación POP, se envía información al área de medico quirúrgicos para revisión con proveedor. Pendiente respuesta	
2410359	24/01/2024	24/01/2024	26/01/2024	Farmacovigilancia	Sin revisión y cierre	
2410429	29/01/2024	30/01/2024	17/06/2024	Seguridad del paciente	17/06/2024	5 meses
2410465	01/02/2024	05/02/2024	14/02/2024	Seguridad del paciente	Sin revisión y cierre	
2410481	03/02/2024	03/02/2024	27/03/2024	Farmacovigilancia	Sin revisión y cierre	
2410496	05/02/2024	05/02/2024	27/03/2024	Farmacovigilancia	Sin revisión y cierre	
2410497	05/02/2024	08/02/2024	26/09/2024	Seguridad del paciente	26/09/2024	7 meses
2410497	05/02/2024	08/02/2024	26/09/2024	Seguridad del paciente	26/09/2024	7 meses
2410673	12/02/2024	14/02/2024	A la fecha aun en estado asignado, sin desarrollo de la actividad propuesta	Seguridad del paciente	Sin revisión y cierre	
2410685	13/02/2024	14/03/2024	14/06/2024	Hemovigilancia	Sin revisión y cierre	
2410856	19/02/2024	26/02/2024	26/02/2024	Seguridad del paciente	Sin revisión y cierre	
2410903	22/02/2024	23/02/2024	20/08/2024	Seguridad del paciente	Sin revisión y cierre	
2411171	01/03/2024	04/03/2024	12/04/2024	Seguridad del paciente	Sin revisión y cierre	
2411195	02/03/2024	02/03/2024	29/04/2024	Farmacovigilancia	24/08/2024	5 meses
2411220	04/03/2024	05/04/2024	01/07/2024	Seguridad del paciente	24/08/2024	5 meses
2411263	05/03/2024	06/03/2024	A la fecha aun en estado asignado, sin desarrollo de la actividad propuesta	Seguridad del paciente	Sin revisión y cierre	
2411392	13/03/2024	15/03/2024	15/04/2024	Farmacovigilancia	Sin revisión y cierre	
2411598	25/03/2024	27/03/2024	A la fecha aun en estado asignado.	Seguridad del paciente	Sin revisión y cierre	

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del Paciente -Eventos

En el segundo cuadro se relacionan sucesos presentado entre los meses de enero, febrero y marzo y se puede observar que a la fecha estan pendientes algunos de cierre por parte del profesional asigando para la investigación y los 15 relacionados no cuentan con revisión y cierre definitivo por la referencia del proceso.

Gestión Incidentes						
Código del suceso	Fecha del reporte	Asignación para el análisis	Fin análisis - profesional asignado	Línea responsable	Revisión y cierre definitivo referencia del programa	Oportunidad revisión y cierre definitivo
2410129	01/01/2024	07/01/2024	Sin finalizar	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2410175	05/01/2024	05/01/2024	14/02/2024	Farmacovigilancia	Sin cierre	
2410192	08/01/2024	09/01/2024	29/07/2024	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2410294	19/01/2024	19/01/2024	29/07/2024	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2410340	22/01/2024	23/01/2024	16/07/2024	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2410478	03/02/2024	03/02/2024	27/03/2024	Farmacovigilancia	Sin cierre	
2410542	09/02/2024	09/02/2024	Sin finalizar	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2410685	13/02/2024	14/03/2024	14/06/2024	Hemovigilancia	Sin cierre	
2411107	01/03/2024	04/03/2024	16/07/2024	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2411014	28/02/2024	29/02/2024	11/04/2024	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2410702	13/02/2024	14/02/2024	25/09/2024	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2411314	08/03/2024	09/03/2024	Sin finalizar	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2411107	01/03/2024	04/03/2024	16/07/2024	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2411384	12/03/2024	15/03/2024	Sin finalizar	Seguridad del paciente	Sin cierre	
2411562	22/03/2024	22/03/2024	Sin finalizar	Seguridad del paciente	Sin cierre	

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del Paciente -Eventos

Observación de Control Interno: Se evidenció un gran número de sucesos que se clasificaron como Indicios de Atención Insegura e Incidentes que presentan tiempos muy prolongados entre la asignación para el análisis, la finalización de este y la revisión y cierre por parte de la referencia del programa, así mismo se evidenció un gran número de sucesos que no cuentan con los soportes de ejecución de la acción correctiva planteada en el análisis.

Teniendo en cuenta que no se encontró el en el Documento Programa Seguridad del paciente, ni en ningún otro documento relacionado al proceso los tiempos específicos para dar dar el cierre a los indicios de atención insegura e incidentes por parte del profesional encargado del análisis, ni por parte de la referencia del programa, se considera pertinente dar claridad sobre el tiempo límite en que estos sucesos pueden permanecer sin cierre y con pendientes por subir soportes de la ejecución de actividades propuestas, teniendo en cuenta que el cierre definitivo estuvo sobre los cinco, siete y ocho meses y otros aun con soportes pendientes, como se puede observar el las siguinetes imágenes.

Información general				
Historial				
Fecha	Usuario		Transición	Comentarios
2024-03-15 12:14 AM	Enviar: Perez Camacho a	IOSQUERA	Asignar para análisis	
	Copia: Camacho		Verificando reasignación → Asignado	
2024-03-15 12:14 AM	Enviar: L Camacho a	Camacho	Solicitar reasignación	
	Copia: Camacho		Asignado → Verificando reasignación	
2024-03-12 06:53 PM	Enviar: Anonimo a	Camacho	Enviar para análisis	
	Copia: Anonimo		Registro → Asignado	

Conclusiones

En análisis del suceso de suceso de seguridad, se evidencia Baja adherencia a la buena practica de seguridad del paciente y garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio. Dentro del despliegue y bajo la metodología del protocolo de LONDRES se se identificaron acciones inseguras: falta de adherencia del personal de salud al protocolo de identificación del paciente y muestras biológicas y factores contributivos por lo cual este suceso es clasificado como un INCIDENTE.

Se realiza intervención en el servicio de laboratorio para el fortalecimiento de la buena practica de seguridad del paciente y garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.

Incidente código 2411384

En el suceso con código 2411384, con asignación en el mes de marzo, se encuentra sin cierre por parte del profesional asignado para la investigación y no cuenta con soporte del desarrollo de la acción correctiva propuesta en la conclusión.

Información general				
Historial				
Fecha	Usuario		Transición	
2024-03-22 12:00 PM	Enviar: Perez Camacho a	Perez Camacho	Asignar para análisis	
	Copia: Perez Camacho		Verificando reasignación → Asignado	
2024-03-22 11:59 AM	Enviar: Perez Camacho a	Camacho	Solicitar reasignación	
	Copia: Perez Camacho		Asignado → Verificando reasignación	
2024-03-22 06:58 AM	Enviar: Anonimo a	Camacho	Enviar para análisis	
	Copia: Anonimo		Registro → Asignado	

Conclusiones

Se concluye suceso de seguridad como INCIDENTE el cual sucede durante la atención del paciente no le genera daño, pero se identifican fallas en el proceso de su atención. Se socializa con líder del servicio para mitigar el riesgo y evitar que se pueda materializar en un evento adverso se articula como plan de acción fortalecimiento en seguimiento a los dispositivos médicos con el personal de enfermería del servicio de UCIN Neonatal.

Incidente código 2411562

En el suceso con código 241562, con asignación en el mes de marzo, se encuentra sin cierre por parte del profesional asignado para la investigación y no cuenta con soporte del desarrollo de la acción correctiva propuesta en la conclusión.

Conclusiones

En verificación y trazabilidad del suceso de seguridad mediante indagación documental, se identifican acciones inseguras como falta de adherencia a la buena practica de la correcta identificación del paciente y pruebas de laboratorio; factores contributivos marcación de tubos sin verificación de datos del paciente, no se evidencia toma de nueva muestra por lo cual este suceso se clasifica como un **INCIDENTE**.

Se realiza socialización y fortalecimiento e buena practica de la correcta identificación del paciente y pruebas de laboratorio en el servicio de urgencias de la unidad Vista Hermosa



Caso código número 2410673

En el suceso con código 2410673, con fecha planteada para inicio de actividad en el mes de marzo, se puede evidenciar que aun registra como actividad no terminada.

Trazabilidad en la gestión de los Eventos adversos prevenibles: Para la verificación de esta trazabilidad, se realizó apertura aleatoria de 50 sucesos, de los cuales se presenta en el informe un total de 26, los 24 restantes hacen parte de los papeles de trabajo y son de libre consulta para las partes interesadas.

En el primer cuadro se relacionan sucesos presentados entre los meses de enero, febrero, marzo, abril, mayo y junio y se puede observar que la oportunidad entre la asignación de los sucesos para el analisis y su cierre definitivo estuvo entre los dos, seis y siete meses y ocho sucesos correspondientes al mes de enero que a la fecha de la auditoria, aun no se ha dado el cierre definitivo.

Eventos adversos prevenibles						
Código del suceso	Fecha del reporte	Asignación para el analisis	Fin analisis - profesional asignado	Linea responsable	Revisión y cierre definitivo referencia del programa	Oportunidad revisión y cierre definitivo
2410512	06/02/2024	06/02/2024	04/03/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la refrente	
2410167	05/01/2024	05/01/2024	09/01/2024	IAAS	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la refrente	
2410263	16/01/2024	17/01/2024	17/01/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la refrente	
2410211	10/01/2024	10/01/2024	10/01/2024	IAAS	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la refrente	
2410207	09/01/2024	11/01/2024	29/02/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la refrente	
2410914	22/02/2024	23/02/2024	20/08/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la refrente	
2411017	28/02/2024	29/02/2024	19/04/2024	Seguridad del paciente	19/04/2024	2 meses
2411238	04/03/2024	28/03/2024	12/08/2024	FARMACOVIGILANCIA	24/08/2024	6 meses
2411709	01/04/2024	14/06/2024	14/06/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la refrente	
2411242	04/03/2024	04/03/2024	02/04/2024	Seguridad del paciente	24/08/2024	5 meses
2413255	07/06/2024	08/06/2024	26/08/2024	Seguridad del paciente	26/08/2024	2 meses
2411464	18/03/2024	19/03/2024	02/07/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la refrente	
2410865	20/02/2024	20/02/2024	02/09/2024	Seguridad del paciente	02/09/2024	7 meses
2411242	04/03/2024	04/03/2024	23/04/2024	Seguridad del paciente	24/08/2024	6 meses
2411927	10/04/2024	11/04/2024	02/09/2024	Seguridad del paciente	02/09/2024	5 meses
2412678	17/05/2024	18/05/2024	09/07/2024	Seguridad del paciente	09/07/2024	2 meses
2413411	18/06/2024	18/06/2024	16/08/2024	Seguridad del paciente	16/08/2024	2 meses

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del Paciente - Eventos

En la siguiente imagen se presenta la semaforización del estado actual de los 640 sucesos de seguridad clasificados como **Eventos Adversos Prevenibles**.

Estado actual de los Eventos Adversos Prevenibles		
Estado	Número de sucesos	Semaforización
Análisis finalizado	52	
Analizando	318	
Asignado	269	
Verificando reasignación	1	
Total	640	

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del Paciente – Eventos

El número de eventos adversos prevenibles que a la fecha se encuentran en estado analizando y asignado, se relacionan por meses en cuadro siguiente.

<i>Eventos Adversos Prevenibles – estado asignado y analizando</i>	
Periodo	Número de eventos
Enero	65
Febrero	89
Marzo	104
Abril	129
Mayo	109
Junio	92
Total	588

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del Paciente – Eventos

Conclusión: A la fecha se encuentran 588 Eventos Adversos Prevenibles en *estado asignado y analizando*, de reportes efectuados en los meses de enero a junio de 2024.

Hallazgo N°1: En relación a la gestión del evento adverso.

Indicadores asociados: Indicador POA 2024 – Resolución 256 de 2016: Indicadores para el monitoreo de la calidad en salud: **“Gestión del 100% de los eventos adversos presentados”**.

Condición: En la medición del comportamiento de estos indicadores por parte del proceso en sistema Almera, se puede evidenciar que el programa relaciona la ejecución del análisis del 100% de los eventos adversos presentados en los servicios asistenciales, con periodicidad mensual.

 Mayo 2024 100,00% (Meta > a 100,00%) SANCHEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO (Oficina De Calidad) 2024-07-09 11:47 AM	SANCHEZ Para el mes de diciembre se materializaron 123 eventos adversos prevenibles, asociados a las líneas Farmacovigilancia, prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, seguridad del paciente y tecnovigilancia, lo cual fueron analizados en su totalidad dando cumplimiento al indicador, bajo la metodología establecida por el programa, con herramienta protocolo de Londres, de acuerdo a su clasificación se estructuraron planes de mejoramiento y/o plan de acción de acuerdo a la priorización para mitigar la causa raíz y el riesgo a futuro, se continua con el fortalecimiento e implementados barreras de seguridad del programa de seguridad del paciente y retroalimentando los sucesos presentados para así obtener un aprendizaje institucional. " "
--	---

Fuente: Análisis indicadores – Sistema Almera

Sin embargo, es de tener en cuenta que a la fecha existe un total de 588 eventos adversos en estado *Asignado y Analizando*, desde los meses de enero a junio, en estos eventos adversos se puede evidenciar que se realizó el análisis, donde se le dio la clasificación definitiva como evento adverso prevenible, con articulación a un plan de mejora transversal y/o planteamiento de un plan de acción

Teniendo en cuenta lo anterior, se observa que los indicadores establecidos nos hablan de la **“Gestión del 100% de los eventos adversos prevenibles”** presentados y de acuerdo a la auditoria existe un gran número de eventos adversos encontrado en el sistema Almera que, aunque presentan el soporte del análisis para la clasificación, también presentan características que no permitirían establecer que el evento adverso ha sido gestionado al 100%, entre las que se encontraron:

- Sin cierre por parte del profesional encargado de la investigación.
- Con pendientes por cargar soportes de las actividades propuestas en el análisis.
- En espera de revisión y cierre por parte de la referencia del programa, desde donde se verifica la calidad y pertinencia de la investigación.
- Conclusiones sobre el análisis efectuado por parte del profesional encargado de la investigación, que no dan cuenta de la investigación realizada ni de las acciones tomadas y teniendo en cuenta la fecha de ocurrencia del suceso, es posible considerar el olvido o abandono de la investigación.

Además de lo anterior, se encontró sucesos cuya fecha de reporte, asignación para el análisis y ejecución del mismo, sobrepasa los tiempos establecidos normativamente – *Programa Seguridad del Paciente CA-SDP-PG-01V8*:

Eventos graves: 72 horas para realizar análisis

Eventos moderados o leves: Se dispondrá de 8 días hábiles para realizar el análisis.

En el cuadro número 1, se puede evidenciar que los sucesos con código 2411238 y 2411709, presentan más de 8 días hábiles entre la fecha del reporte y la asignación para el análisis, así mismo 8 de los de 17 casos presentados continúan en espera de revisión, para su cierre definitivo.

Eventos adversos prevenibles						
Código del suceso	Fecha del reporte	Asignación para el análisis	Fin analisis - profesional asignado	Línea responsable	Revisión y cierre definitivo referencia del programa	Oportunidad revisión y cierre definitivo
2410512	06/02/2024	06/02/2024	04/03/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2410167	05/01/2024	05/01/2024	09/01/2024	IAAS	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2410263	16/01/2024	17/01/2024	17/01/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2410211	10/01/2024	10/01/2024	10/01/2024	IAAS	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2410207	09/01/2024	11/01/2024	29/02/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2410914	22/02/2024	23/02/2024	20/08/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2411017	28/02/2024	29/02/2024	19/04/2024	Seguridad del paciente	19/04/2024	2 meses
2411238	04/03/2024	28/03/2024	12/08/2024	FARMACOVIGILANCIA	24/08/2024	6 meses
2411709	01/04/2024	14/06/2024	14/06/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2411242	04/03/2024	04/03/2024	02/04/2024	Seguridad del paciente	24/08/2024	5 meses
2413255	07/06/2024	08/06/2024	26/08/2024	Seguridad del paciente	26/08/2024	2 meses
2411464	18/03/2024	19/03/2024	02/07/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2410865	20/02/2024	20/02/2024	02/09/2024	Seguridad del paciente	02/09/2024	7 meses
2411242	04/03/2024	04/03/2024	23/04/2024	Seguridad del paciente	24/08/2024	6 meses
2411927	10/04/2024	11/04/2024	02/09/2024	Seguridad del paciente	02/09/2024	5 meses
2412678	17/05/2024	18/05/2024	09/07/2024	Seguridad del paciente	09/07/2024	2 meses
2413411	18/06/2024	18/06/2024	16/08/2024	Seguridad del paciente	16/08/2024	2 meses

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente- Eventos

En el cuadro número 2, se relacionan eventos adversos prevenibles, sin cierre por parte del profesional encargado de la investigación, y entre los que se pueden observar que algunos presentan soportes de la ejecución de la acción correctiva propuesta.

Eventos adversos prevenibles						
Código del suceso	Fecha del reporte	Asignación para el análisis	Fin analisis - profesional asignado	Línea responsable	Revisión y cierre definitivo referencia del programa	Oportunidad revisión y cierre definitivo
2410286	19/01/2024	19/01/2024	13/02/2024	Seguridad del paciente	Sin fecha de revisión y cierre por parte de la referente	
2410862	20/02/2024	20/02/2024	Sin cierre pero con plan de acción ejecutado	Seguridad del paciente		
2410521	08/02/2024	08/02/2024	Sin cierre, en estado asignando	Seguridad del paciente		
2410741	15/02/2024	16/02/2024	Sin cierre pero con plan de acción ejecutado	Seguridad del paciente		
2411365	12/03/2024	24/03/2012	sin cierre, sin plan de acción	Seguridad del paciente		
2411748	01/04/2024	02/04/2024	sin cierre, sin plan de acción	Seguridad del paciente		
2411751	01/04/2024	02/04/2024	sin cierre, sin soporte de acción planteada	Seguridad del paciente		
2411459	18/03/2024	18/03/2024	Sin cierre pero con plan de acción ejecutado	Seguridad del paciente		
2411934	10/04/2024	11/04/2024	sin cierre	Seguridad del paciente		

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente- Eventos

Las imágenes siguientes corresponden a eventos adversos prevenibles sobre los cuales no se encontró culminación en la gestión y soporte del desarrollo de acción correctiva propuesta.

Información general		Historial
Fecha	Usuario	Transición
2024-03-12 08:07 AM	Enviar: I Camacho a MORA ORTIZ Copia: Perez Camacho	Asignar para análisis Verificando reasignación → Asignado
2024-03-12 08:07 AM	Enviar: Luz Angela Perez Camacho a Camacho Copia: Camacho	Solicitar reasignación Asignado → Verificando reasignación
2024-03-12 06:51 AM	Enviar: Anonimo a I Camacho Copia: Anonimo	Enviar para análisis Registro → Asignado

Evento adverso prevenible código 2411365

En el evento adverso con código 2411365, con asignación en el mes de marzo, no se relaciona la conclusión de la investigación, no hay cierre, ni tampoco revisión.

Fecha	Usuario	Transición	Comentarios
2024-04-02 10:34 AM	Enviar: Camacho a MOSQUERA HURTADO Copia: Perez Camacho	Asignar para análisis Verificando reasignación → Asignado	
2024-04-02 10:34 AM	Enviar: Perez Camacho a Perez Camacho Copia: Perez Camacho	Solicitar reasignación Asignado → Verificando reasignación	
2024-04-01 06:49 PM	Enviar: Anonimo a I Camacho Copia: Anonimo	Enviar para análisis Registro → Asignado	

Conclusiones

En análisis del suceso de suceso de seguridad, se evidencia en nota de enfermería: Paciente quien deambula por el servicio de urgencias sin ayuda del personal asistencial, donde presenta vértigo y posterior caída de su propia altura, se levanta paciente se valora en el momento no presenta golpes o hematomas, es trasladado ayuda del personal asistencial para habitación se realiza toma de signos vitales hipotensión, se informa a medico de turno, quien valora refiere no encontrar golpes hematomas en paciente, por sintomatología ordena acceso venoso bolo lactato de ringer posterior líquidos basales a 100 cc hora, toma de paracéntricos, ajusta dosis de medicamentos, se administra única dosis IV de metoclopramida sin novedad. se le brinda información a paciente que por ahora no se levante pida ayuda a personal asistencial. vigilar paciente, rondas de seguridad, pendiente paracéntricos. Nota medica folio 1.825 paciente de 72 años quien se atiende llamado de enfermería quien refiere que caminando se sintió y se cayó que se siente mareado. niega alguna sintomatología si no solo manifiesta mareo. se toman signos con cifras tensionales en hipotensión. no alteración al examen físico, glasgow 15/15. por lo que se ordena canalizar, bolo de cristaloides y continuar infusión endovenosa, se agrega metoclopramida, se justa dosis de metoprolol por persistencia de tensiones bajas. se solicita hemograma y ionograma. Resto de manejo continua igual.

Dentro del despliegue y bajo la metodología del protocolo de LONDRES se identificaron acciones inseguras: baja adherencia a protocolo de prevención de caídas (no receptividad en la educación del paciente para la prevención de caídas / paciente sin acompañante permanente) y factores contributivos: paciente, edad, antecedentes y condición clínica, por lo cual este suceso es clasificado como un EVENTO ADVERSO PREVENIBLE.

Se realiza socialización de protocolo de prevención de caídas en el servicio de hospitalización adultos de la unidad usme

Evento adverso prevenible código 2411751

En el evento adverso con código 2411751, con asignación en el mes de abril, se describe en la conclusión la socialización del protocolo de prevención de caídas en el servicio de hospitalización adultos de la unidad de Usme, pero no se evidencia el soporte del desarrollo de esta actividad.

Causa:

- El programa Seguridad del Paciente no cuenta con el personal suficiente para el abordaje del alto número de sucesos reportados.
- Falta el diseño de un plan de contingencia para la evaluación y cierre de los sucesos que se encuentran en estado analizando y asignado desde el mes de enero hasta la fecha.

Consecuencias:

- Afectación de la trazabilidad en la gestión de los eventos adversos presentados.
- Gran número de casos relacionados en sistema Almera pendientes por el cierre por parte del profesional encargado del análisis y cierre definitivo por parte de la referencia.
- Incumplimiento a los indicadores establecidos para la evaluación de la gestión de los eventos adversos: Indicador POA – Resolución 256 de 2016

Evaluación del indicador y plan de mejora asociado al riesgo de caídas en los servicios de hospitalización y urgencias.

El Programa Seguridad del Paciente tiene establecido 4 planes de mejora transversales para los servicios de hospitalización y urgencias, los cuales se pueden observar en la siguiente imagen.

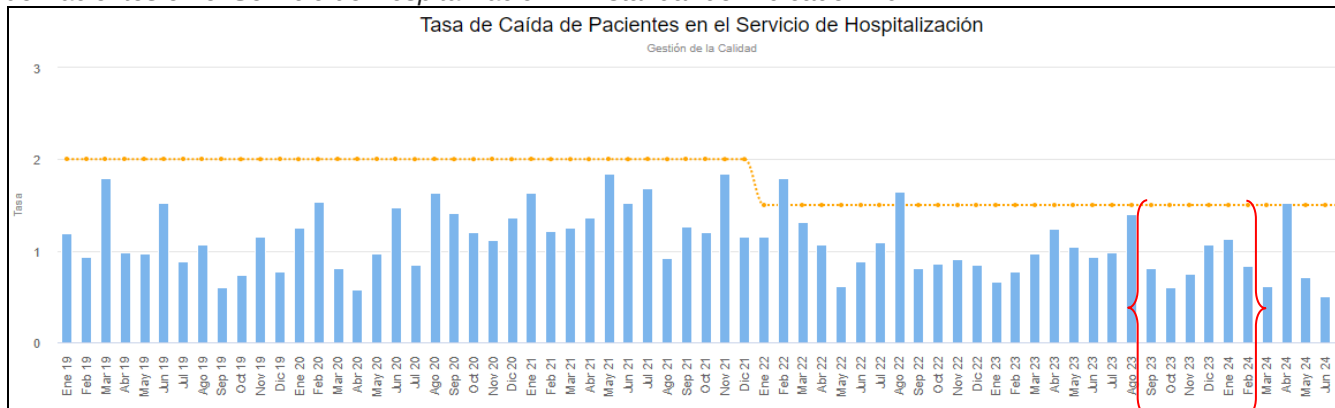


Guía de los planes de mejora aportado por el proceso

Para el desarrollo de la presente auditoría se tomó para evaluación específica el indicador y plan de mejora asociado al riesgo de caídas, teniendo en cuenta que el análisis a este riesgo permite identificar en auditoría de campo procesos como:

- Adherencia a la correcta identificación del riesgo de caída por parte de los colaboradores de las unidades asistenciales.
- Condiciones de infraestructura que puedan favorecer caídas en los usuarios.
- Evaluación de la identificación y diagnóstico de mantenimiento correctivo, por parte del programa de seguridad del paciente.
- Avances en la ejecución del mantenimiento correctivo a las condiciones de infraestructura y mobiliario, por parte del subproceso de mantenimiento.

Para el riesgo de caída de los servicios de hospitalización y urgencias, se tiene establecido el siguiente indicador: “Tasa de Caída de Pacientes en el Servicio de Hospitalización” – Estándar del indicador 2.0



Medición de indicadores sistema Almera

En la medición del indicador que realiza mensualmente el programa de seguridad del paciente, se puede evidenciar que en el periodo comprendido de enero a junio el porcentaje de caídas, no sobrepasó el límite de 2.0 establecido en su estándar.

El comportamiento de los eventos adversos prevenibles presentados en el periodo de enero a junio, se puede observar en el cuadro siguiente, donde el número de eventos adversos asociados a caídas, se mantiene en un rango de 10 a 15, para los meses de enero, febrero, marzo, mayo y junio, con un comportamiento inusual en el mes de abril con la presentación de 24 eventos adversos prevenibles asociados a caídas.

Eventos Adversos Prevenibles Asociados a Caídas		
Periodo	Número de eventos presentados	Plan de mejora asociado
Enero	15	ID 1565
Febrero	12	
Marzo	10	
Abril	24	
Mayo	13	
Junio	9	

Fuente: Sistema Almera - Indicadores

La imagen siguiente corresponde al plan de mejora transversal para los hallazgos de caídas relacionados con condiciones de infraestructura e inmobiliario.

Informe	Planes de mejora seguridad del paciente año 2024 (2024-01-01)	Evaluador	Interno	ID	1565
	Planes de mejora del programa de seguridad del paciente que surgen de los análisis sucesos de seguridad, de acciones transversales y posibles hallazgos de las rondas de seguridad y auditorías internas que se realicen				
Proceso	Gestión administrativa				
Hallazgo	Condiciones inadecuadas del infraestructura e inmobiliario				
Oportunidad de mejora	Implementar Rondas de inspección del estado en el mobiliario e infraestructura.				
SP	Calificación: 1				
Análisis	Plan de acción	Seguimientos	Historial		
👤					
Acciones de mejoramiento propuestas (4)					
		Inicio	Terminación	Reprogramación	Seguimiento
✓	1. Proyectar cronograma para el desarrollo de las rondas de inspección diagnóstica y mantenimiento correctivo de mobiliario e infraestructura de las unidades hospitalarias 52384980, 79636802, 2024-03-01 1024590119, 74189708, 1012427428, 1065594839, 1030682154	2024-03-01	2024-04-15	No	100.00% [100%]
✗	2. Ejecutar cronograma para el desarrollo de las rondas de inspección diagnóstica y mantenimiento correctivo de mobiliario e infraestructura de las unidades hospitalarias 1032453810, 79636802, 2024-04-16 1024590119, 74189708, 1012427428, 1065594839, 1030682154	2024-04-16	2024-06-30	No	100% [100%]
✓	3. Intervenir el mobiliario e infraestructura teniendo en cuenta el plan de mantenimiento anual y teniendo en cuenta los resultados de las rondas de inspección de las unidades hospitalarias 1032453810, 79636802, 1024590119, 74189708, 1012427428, 1065594839, 1030682154	2024-07-01	2024-09-30	No	100.00% [100%]
✗	4. Validar por el líder del proceso el cumplimiento de intervención del mobiliario de acuerdo al resultado de la ronda en las unidades hospitalarias y si es el caso generar acciones de acuerdo a las desviaciones evidenciadas 1032453810, 79636802, 1024590119, 74189708, 1012427428, 1065594839, 1030682154	2024-10-01	2024-12-15	No	0% [0%]
Avance ponderado: 75,00% [75,00%]					

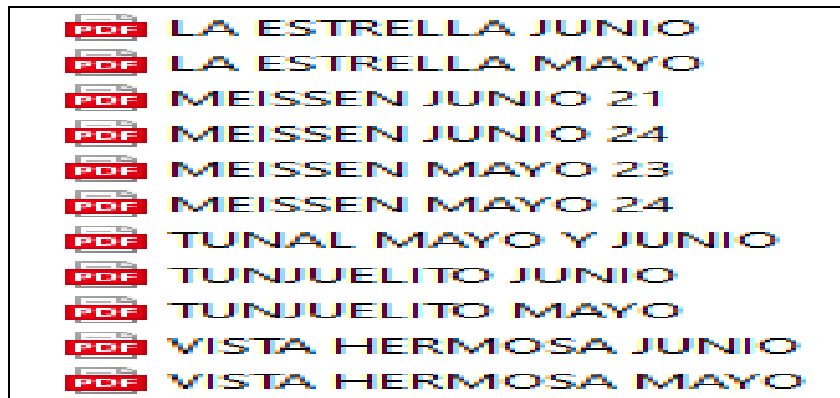
Plan de mejora ID 1565 – Condiciones inadecuadas de la infraestructura e inmobiliario

La imagen siguiente corresponde al cronograma planteado en la fase de planeación, para la identificación, diagnóstico y mantenimiento correctivo del mobiliario e infraestructura de las unidades hospitalarias.

																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								</
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Plan de mejora – Condiciones inadecuadas de la infraestructura e inmobiliario

La imagen siguiente corresponde a las actas que soportan el desarrollo de las rondas de inspección, siendo estas realizadas en las unidades de la estrella, meissen, tunal, tunjuelito y vista hermosa y también se cuenta en sistema Almera con el informe de mantenimiento reportado desde este subproceso, sobre las unidades intervenidas propuestas en el cronograma.



Fuente: Sistema Almera - Actas de las rondas de inspección diagnóstica y mantenimiento correctivo del mobiliario de las unidades hospitalarias.

Hallazgo N° 2: Condiciones inadecuadas en la infraestructura y mobiliario que favorecen en los usuarios internados en los servicios de hospitalización y urgencias el riesgo de caídas accidentales.

Condición: En las unidades visitadas: Vista hermosa, Meissen y Tunal, se evidenció condiciones que favorecen el riesgo de caída en los usuarios, como lo son en el mal estado de los antideslizantes en los baños, falta de agarradera en algunas duchas, el no funcionamiento de los timbres para el llamado de enfermería y algunos mobiliarios en mal estado, los cuales quedaron plasmados en el registro fotográfico que se puede observar más adelante

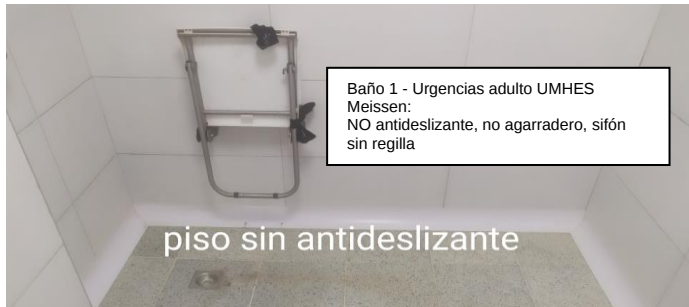
USS Vista Hermosa: Las imágenes que se relacionan a continuación corresponden a las habitaciones de usuarios hospitalizados en el segundo y tercer piso.



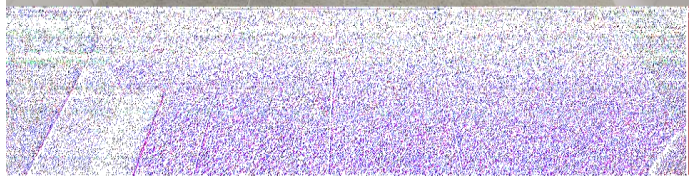
En esta imagen se puede evidenciar la salida del agua de la ducha hacia la habitación.

En esta imagen puede verse que, debido al diseño de la infraestructura de los baños, en la parte de las duchas, el agua corre no hacia el sifón, sino a las habitaciones, depositándose debajo de las camas de los pacientes toda el agua jabonosa producto del uso de la ducha.

UMHES MEISSEN: Las imágenes que se relacionan a continuación corresponden a las áreas de urgencias adulto y servicios de pediatría.



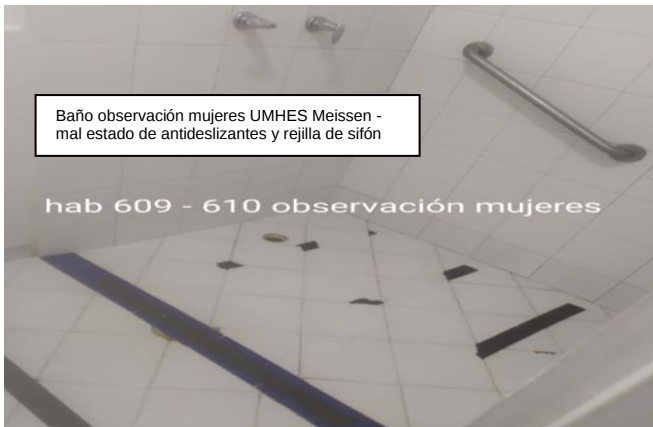
piso sin antideslizante



Baño 2 - Urgencias adulto UMHES Meissen,
sin antideslizantes y sifón sin rejilla.



baño área triage



Baño observación mujeres UMHES Meissen -
mal estado de antideslizantes y rejilla de sifón

hab 609 - 610 observación mujeres



607 - 608



hab 617-618



Baño pediatría sur - UMHES Meissen



A demás del deterioro encontrado en la parte de la infreestructura de los baños relacionados en las fotos, se encontró otros facotres correspondientes también a debilidades en el mantemiento y que favorecen el riesgo de caidas, los cuales se relacionan en la imágenes siguientes:



Tanto en USS Vista hermosa, como UMHES Meissen, se encontró varios timbres para llamado del personal de enfermería, fuera de servicio. Usuario de la habitación 201 – Vista Hermosa, manifestó que tanto el timbre como el televisor no funcionan.

Teniendo en cuenta que para la visita de campo, se recorrió un número pequeño de habitaciones y servicios, se recomienda al servicio realizar una inspección detallada de cada unidad a fin de detectar otras fallas en el funcionamiento de los timbres.

Las imágenes siguientes corresponden a mobiliarios en mal estado, encontrados en los servicios y que son factores contribuyentes a caídas de los usuarios.



Camilla en área de procedimientos USS vivista Hermosa, con frenos y barandales en mal estado – mesa de mayo ubicada en segundo piso, en mal estado.

En las imágenes siguientes se relaciona algunos eventos adversos relacionados con caídas accidentales, presentados en la vigencia 2024.

Detalles		Análisis	Conclusiones
ID	12605	¿Hubo daño o lesión?	
Estado	Asignado	Si	En análisis del suceso de suceso de seguridad, se evidencia: Paciente presenta caída en el baño de las mujeres del servicio, ya que las cintas antideslizantes del baño están muy desgastadas. Dentro del despliegue y bajo la metodología del protocolo de LONDRES se identificaron acciones inseguras: baja adherencia a protocolo de prevención de caídas y factores contributivos: ambiente , daños en infraestructura por lo cual este suceso es clasificado como un EVENTO ADVERSO PREVENIBLE. Se articula con plan de mejora 1565.
Código	2412437	Especialidad tratante	
Fecha reporte	2024-05-05	Enfermería	
Fecha de ocurrencia	2024-05-05 11:04 am		
Unidad en la que ocurre el suceso	Centro de Salud La Estrella	Acciones Inseguras	
Dirección involucrada	Dirección de Servicios Hospitalarios	Baja adherencia a protocolo de prevención de caídas	
Servicio involucrado	Hospitalización Adultos	Recolección de información	
Perfil del reportante	Auxiliar de Enfermería	Sistema dinámica gerencial	
		Obtención de la información	
		Indagación documental	

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente – Eventos

Detalles		Análisis	Conclusiones
ID	12651	¿Hubo daño o lesión?	
Estado	Asignado	Si	En análisis del suceso de suceso de seguridad, se evidencia: FOLIO 48 se recibe llamado de enfermería paciente quien presenta caída en silla rimax en su cubículo de observación por daño de la misma (se le rompió una pata), se valora paciente en adecuado estado general no se evidencia lesiones, no dolor a la palpación de región sacra. NOTA DE ENFERMERIA. Paciente quien se encuentra en servicio sentada en silla rimax, se cae debido a que a la silla se le rompió una pata, se informa a enfermera y medico de turno Dentro del despliegue y bajo la metodología del protocolo de LONDRES se identificaron acciones inseguras: baja adherencia a protocolo de prevención de caídas y factores contributivos: ambiente , daños en infraestructura por lo cual este suceso es clasificado como un EVENTO ADVERSO PREVENIBLE. Se articula con plan de mejora 1565.
Código	2412483	Especialidad tratante	
Fecha reporte	2024-05-06	Urgencias	
Fecha de ocurrencia	2024-05-06 08:45 am		
Unidad en la que ocurre el suceso	Hospital Vista Hermosa	Acciones Inseguras	
Dirección involucrada	Dirección de Urgencias	baja adherencia a protocolo de prevención de caídas	
Servicio involucrado	Urgencias	Recolección de información	
		Sistema dinámica gerencial	

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente - Eventos

Detalles		Análisis	Conclusiones
ID	13588	¿Hubo daño o lesión?	
Estado	Asignado	Si	En análisis del suceso de suceso de seguridad se evidencia en la indagación registros clínicos FOLIO 265 se presenta emergencia sanitaria (caída de techo secundario a que se rompe tubo del agua), paciente presenta trauma en miembros inferiores secundario a caída del techo de su habitación donde se encuentra hospitalizada, con posterior dolor y leve limitación para arcos de movimientos en ambos miembros inferiores, no heridas, no traumas craneales, o traumatismo asociados, no pérdida del estado de la conciencia. a lo que indicamos toma de radiografías de miembros inferiores. FOLIO 367 refiere cefalea y sensación de fiebre presento trauma contundente al haber presentado trauma al caer del techo elemento contundente sin pérdida de conocimiento sin heridas sin déficit motor no sensitivo al examen físico no hay signos meníngeos no alteración de la fuerza o de la marcha no hay signos meníngeos se decide dar analgesia naproxeno 250 mg cada 6 horas ,si empeora dolor o si hay déficit neurológico objetivo se tomara tac de cráneo simple. NOTA DE ENFERMERIA se abiente llamado de pacientes , se evidencia agua que sale por el techo se le dice a la paciente que salga de la habitación, sale paciente cual no realiza caso a las indicaciones, regresa a la habitación por el celular, se cae el techo sobre la paciente, se le llena de agua toda la habitación se le informa a medico de turno y jefe de turno se saca paciente en silla mientras se ubica en otra habitación REPORTE DE ALMERA CODIGO#13588. Dentro del despliegue y bajo la metodología del protocolo de LONDRES se identificaron acciones inseguras: Poco Mantenimiento de techos (Fuga de agua, ruptura de tubo) y factores contributivos; por lo cual este suceso es clasificado como un EVENTO ADVERSO PREVENIBLE. se articula con plan de mejora 1565
Código	2413419	Especialidad tratante	
Fecha reporte	2024-06-19	Medicina interna	
Fecha de ocurrencia	2024-06-19 10:31 am		
Unidad en la que ocurre el suceso	Hospital Vista Hermosa	Acciones Inseguras	

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente - Eventos

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente - Eventos

Detalles		Análisis	Conclusiones
ID	14792	¿Hubo daño o lesión?	
Estado	Análisis Finalizado	Si	En verificación y trazabilidad de suceso de seguridad en folio nº folio: 78 paciente con diagnostico de acv hemorrágico talámico izquierdo con drenaje al ventrículo izquierdo (volumen 10ml); quien presenta caída, dado a daño del timbre la paciente decide levantarse a pesar de barandas de la cama, se encuentra paciente tirada en el piso alerta, neurologicamente sin hallazgo adicional a hemiplejía derecha previamente conocida, no se evidencian limitación de arcos de movilidad de hemicuerpo derecho, sin embargo dado cuadro de hemiplejía derecha, se solicitan rx, requiere acompañante permanente, alto riesgo de caída, continua vigilancia neurologica.
Código	2414618	Especialidad tratante	
Fecha reporte	2024-08-28	Medicina interna	
Fecha de ocurrencia	2024-08-28 09:34 pm		
Unidad en la que ocurre el suceso	Hospital El Tunal	Acciones Inseguras	
		Fallas en el timbre de la habitacion	

Fuente: Sistema Almera – Seguridad del paciente – Eventos

Criterio: El numeral 8.1 del Protocolo de Prevención de Caídas CA-SDP-PT-02-V5, hace referencia a las caídas accidentales, las cuales son involuntarias, no predecibles y se pueden presentar por la presencia de condiciones como: Derrames en el suelo, desorden, iluminación adecuada, muebles inestables, tropezones, entre otros.

8.1. ELEMENTOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

- **Manilla de identificación:** cinta de bordes no cortantes, en la cual están los espacios a diligenciar con los datos de identificación del paciente (nombres y apellidos completos, número de identificación) de manera permanente con bolígrafo, el material de la manilla es resistente al agua, alcohol y jabón neutro.

MANILLA	USO	RESPONSABLE
Color Blanco	Paciente que se encuentra en hospitalización, urgencias, observación, salas de cirugía y partos, sin riesgo identificado.	Auxiliar de Enfermería al ingreso del paciente.
Color Rojo	Pacientes en hospitalización, urgencias, observación, salas de cirugía, pediatría y partos con riesgo de caída alto o mayores de 65 años de edad.	Auxiliar de enfermería o enfermera en el momento de que cumpla con los criterios para el uso de la manilla
Color Naranja	Pacientes en hospitalización, urgencias, observación, salas de cirugía, pediatría y sala de partos con alergia a algún medicamento o sustancia.	Auxiliar de enfermería o enfermera en el momento de que cumpla con los criterios para el uso de la manilla
Color Verde	Pacientes pediátricos menores de 7 años, que ingresan a las unidades de servicios de salud.	Personal de Vigilancia en el momento del ingreso. De acuerdo al protocolo GA-SBA-VIG-PT-01
Color Rosado	Paciente recién nacido sexo femenino.	Auxiliar de enfermería o enfermera en el momento de que cumpla con los criterios para el uso de la manilla

Protocolo - CA-SDP-PT-01-V6 Identificación de pacientes

2.	Identificación del riesgo de caída	Auxiliar de enfermería y/o profesional	Riesgo Alto: Colocar el visualizador de color rojo o manilla roja, identificación del riesgo en rotulo de cabecera, educación al paciente y familiar frente al mismo. Educar sobre llamado a enfermería, barandas, barandillas y puertas de incubadoras elevadas cerradas según corresponda, necesidad de acompañamiento para deambulación y actividades fuera de la cama. Riesgo Bajo: Colocar el visualizador de color blanco o manilla blanca, identificación del riesgo en rotulo de cabecera, educación al paciente y familiar frente a la importancia de cambios posturales con precaución, uso del timbre de enfermería, importancia de las barreras de seguridad	Dinámica, módulo de notas de enfermería u observaciones en actividades. Tablero de identificación de pacientes
----	------------------------------------	--	--	--

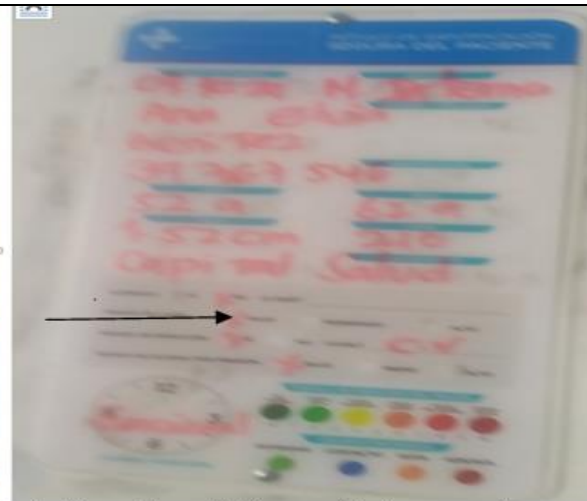
Descripción de actividades – protocolo CA-SDP-PT-02-V5 Prevención de Caídas.

Condición: Durante los recorridos realizados en las unidades de vista hermosa, Meissen y Tunal, se evidenció que el personal de enfermería presenta debilidades en la correcta identificación del riesgo de caídas. Se encontró que la información registrada en el rotulo de cabecera en relación al riesgo de caída, no corresponde al color de la manilla de identificación que portaba el usuario en el momento de la visita de campo.

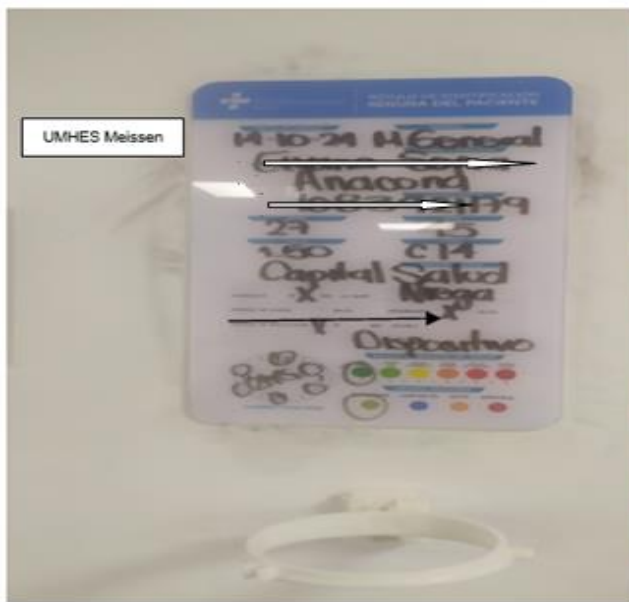
Causa:

- Baja adherencia por parte de colaboradores a los lineamientos del programa de seguridad del paciente.
- Alta rotación de colaboradores.
- Programa de seguridad del paciente, sin el número de colaboradores suficiente para la realización de rondas de seguridad con más frecuencia y que permita abarcar un mayor número de sedes y servicios.

A continuación se presentan las imágenes que dieron lugar al hallazgo presentado.



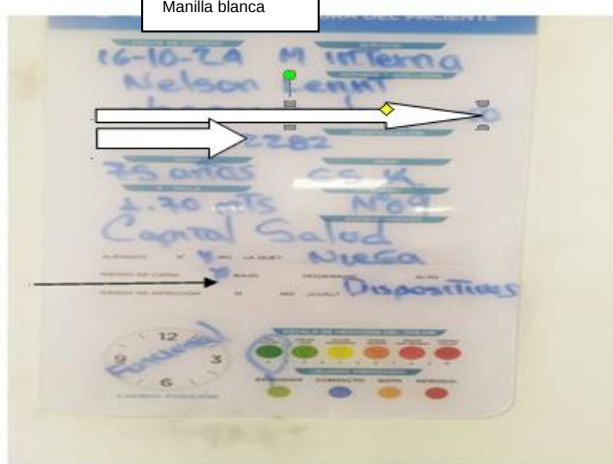
Usaria con manilla roja, que representa el riesgo de caída alto – registro en el tablero como bajo riesgo para caídas.



Usaria en tablero con riesgo de caída alto, portando manilla blanca

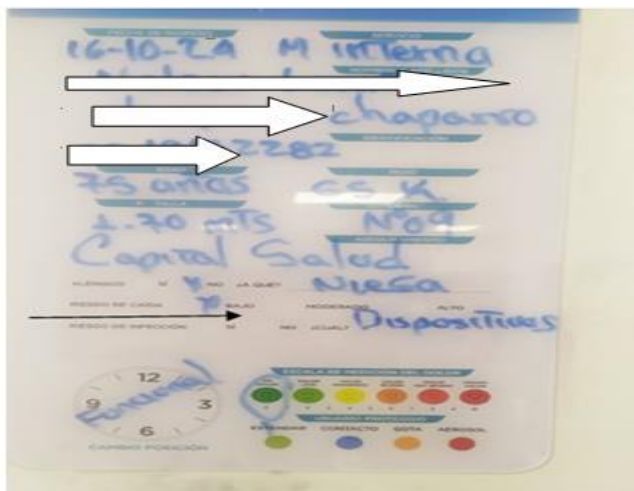


Usuario con riesgo de caída alto de acuerdo a la información contemplada en el tablero, sin embargo no portaba la manilla de color roja



Manilla blanca

Usuario que por la edad señalada en tablero debe clasificarse como riesgo de caída alto y portar manilla de color roja, sin embargo en el tablero, se encuentra señalado con riesgo de caída bajo.

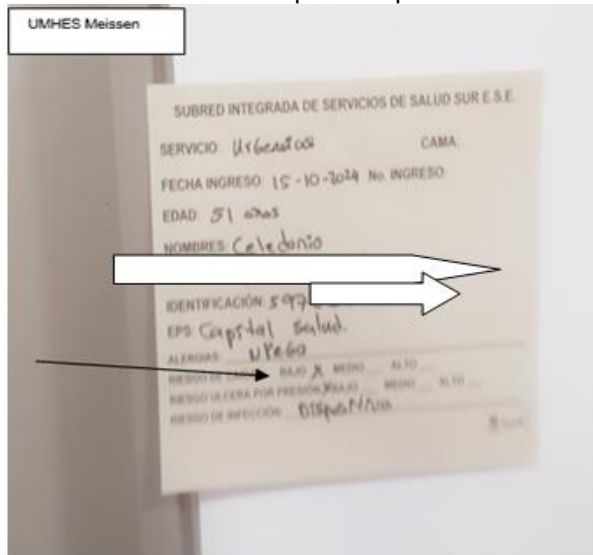


Usuario adulto mayor, con claras evidencia de presentar un riesgo de caída alto, sin embargo en el tablero se clasificó como riesgo de caída bajo.



FECHA INGRESO: 14/10/2024	No. INGRESO:
EDAD: 71 años	
NOMBRES: [redacted]	
APELLIDOS: [redacted]	
IDENTIFICACIÓN: 192	
EPS: Capital Salud	
ALERGIAS:	
RIESGO DE CAIDAS: BAJO ☐ MEDIO ☐ ALTO ☒	
RIESGO ULCERA POR PRESIÓN: BAJO ☒ MEDIO ☐ ALTO ☐	
RIESGO DE INFECCIÓN: Dispositivo ☒	

Acorde a la información contenida en el tablero, el usuario tiene riesgo de úlceras por presión bajo, pero por su edad y condiciones clínicas al momento de la visita, se considera que se debe revisar con el personal de enfermería la adherencia al documento CA-SDP-0D-09 Buena práctica prevención de úlceras por presión.



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

SERVICIO: Urgencias CAMA:

FECHA INGRESO: 15-10-2024 No. INGRESO:

EDAD: 51 años

NOMBRES: Caledonio

IDENTIFICACIÓN: 597

EPS: Capital Salud

ALERGIAS: N/A

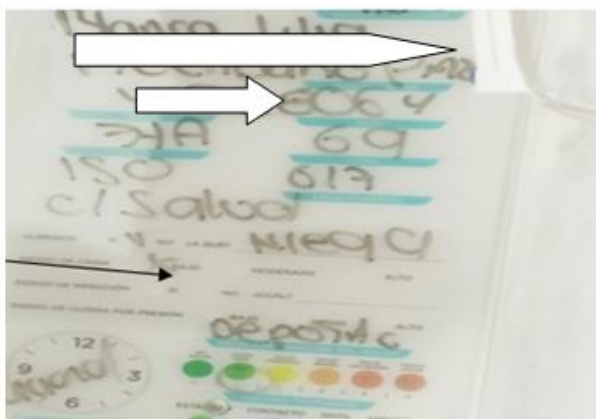
RIESGO DE CAIDAS: BAJO ☒ MEDIO ☐ ALTO ☐

RIESGO ULCERA POR PRESIÓN: BAJO ☒ MEDIO ☐ ALTO ☐

RIESGO DE INFECCIÓN: Dispositivo ☒



Usuario con clasificación en tablero como riesgo de caída bajo y se encontró portando manilla de color roja.



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

SERVICIO: Urgencias CAMA:

FECHA INGRESO: 15-10-2024 No. INGRESO:

EDAD: 51 años

NOMBRES: Caledonio

IDENTIFICACIÓN: 597

EPS: Capital Salud

ALERGIAS: N/A

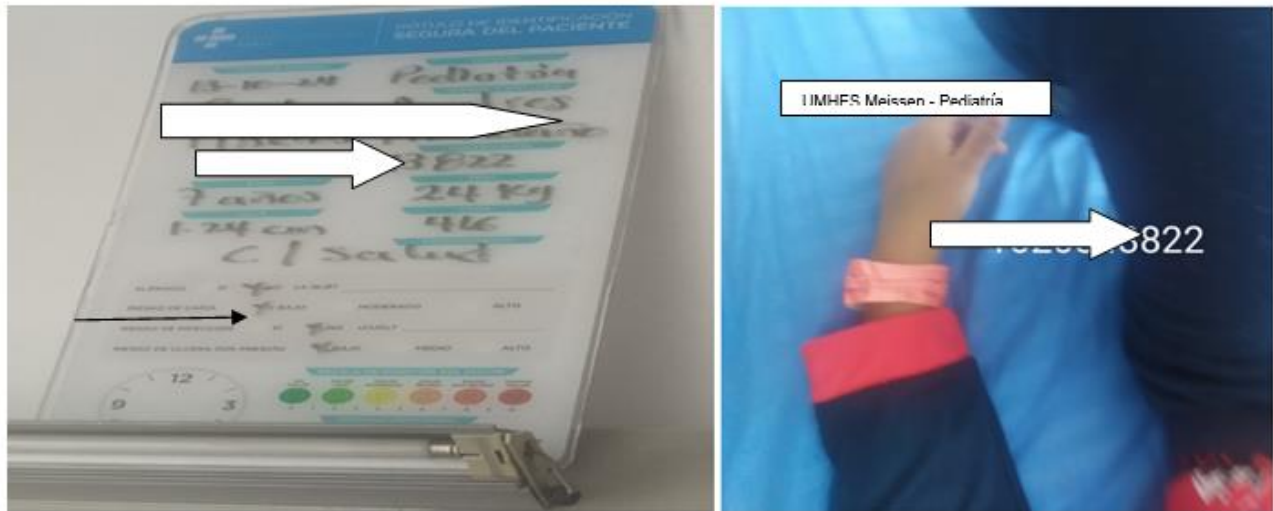
RIESGO DE CAIDAS: BAJO ☒ MEDIO ☐ ALTO ☐

RIESGO ULCERA POR PRESIÓN: BAJO ☒ MEDIO ☐ ALTO ☐

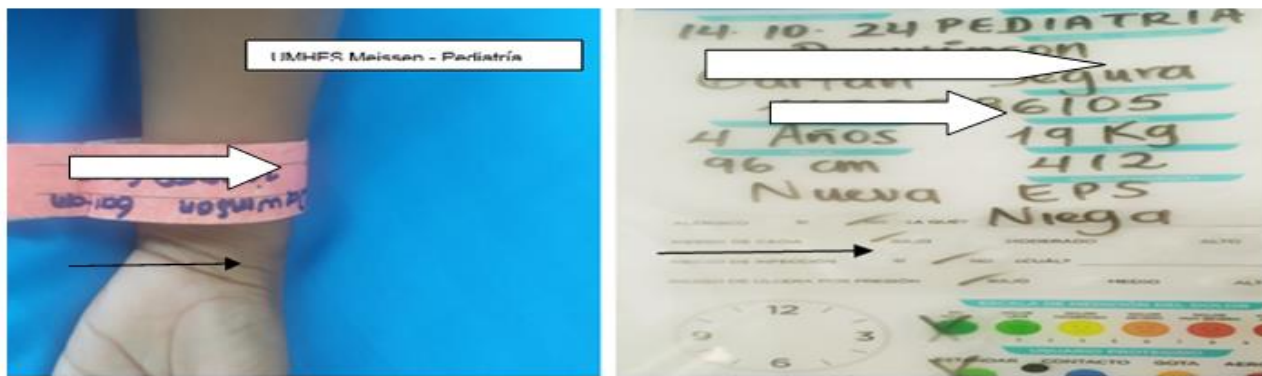
RIESGO DE INFECCIÓN: Dispositivo ☒



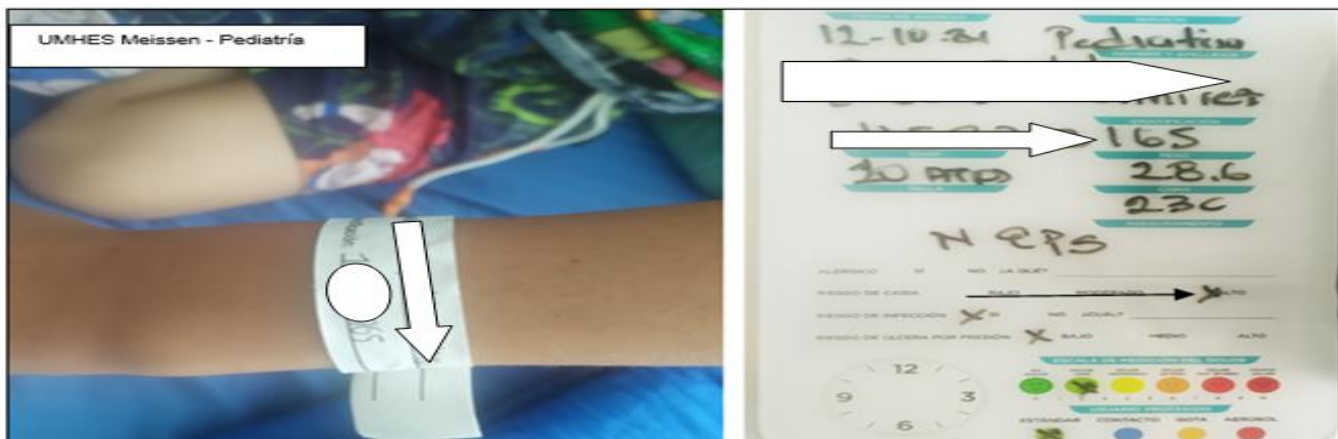
Usaria en tablero con riesgo de caída bajo, portando manilla de color roja



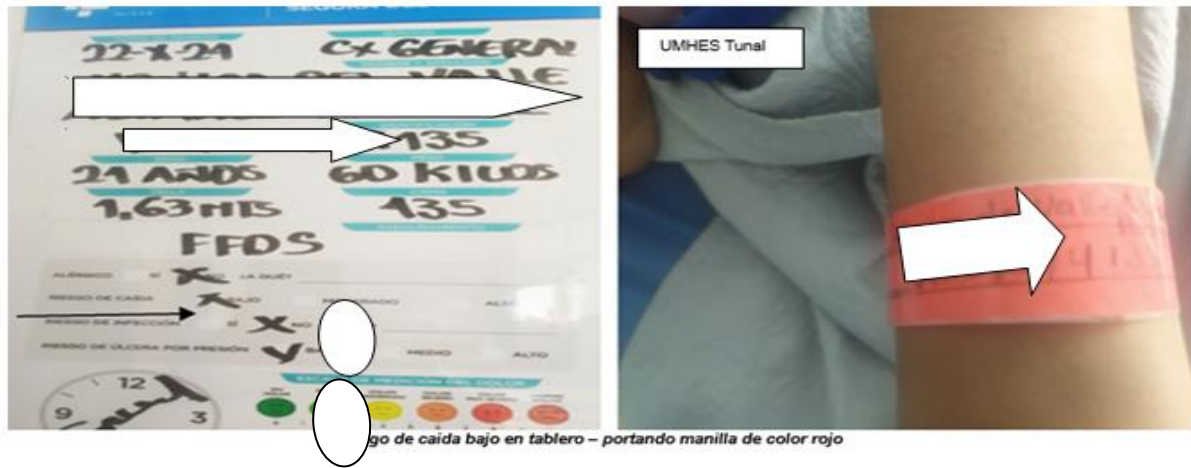
Riesgo de caída bajo en tablero- manilla de color roja



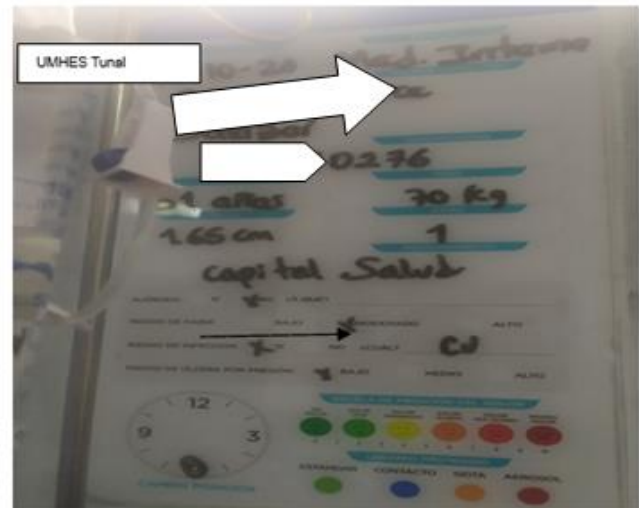
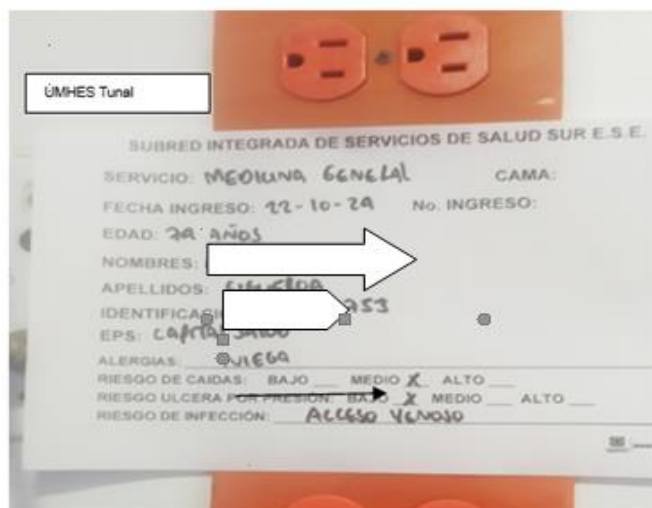
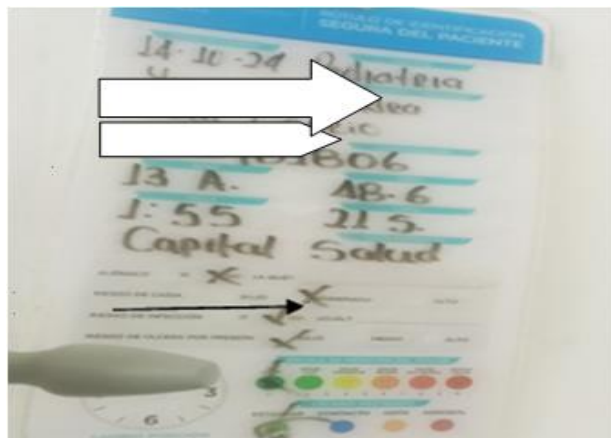
Riesgo de caída bajo en tablero – manilla de color roja

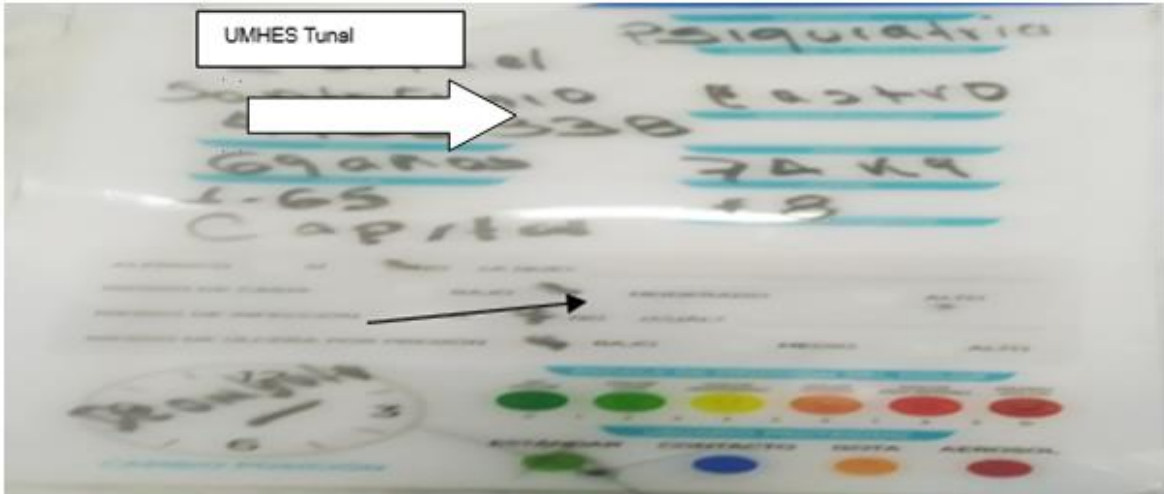


Riesgo de caída alto en tablero – manilla de color blanca



En las siguientes imágenes se muestra a usuarios que registran en tablero riesgo de caída moderado: De acuerdo a las directrices establecidas en el protocolo CA-SDP-PT-02-V5 Prevención de Caídas, solo se cuenta con dos clasificaciones para el riesgo de caída, que corresponde a alto o bajo, por tanto el riesgo de caída moderado no se contempla dentro de las clasificaciones.





A continuación se presenta el avance ponderado de los planes de mejora transversales del servicio de hospitalización, con corte a 08/11/2024, en la tercera acción correctiva, correspondiente al “verificar”.

Planes de mejora transversales - Hospitalización						
ID	Hallazgo	Ciclo			Fecha terminación	Avance ponderado
		P	H	V		
1567	Los paciente no son adherentes a la educación en prevención de caídas	100%	90%	80%	08/11/2024	67.50%
1570	Los paciente no son adherentes a la educación en prevención de caídas	100%	100%	80%	08/11/2024	67.50%
1562	Baja adherencia a la buena práctica de prevención de lesiones de piel	100%	100%	80%	08/11/2024	67.50%
1564	Baja adherencia a la buena práctica de prevención de lesiones de piel	100%	90%	80%	08/11/2024	67.50%
1559	Baja adherencia en la verificación del adecuado funcionamiento de los dispositivos médicos	100%	100%	80%	08/11/2024	70%
1558	Inadecuada técnica de inserción de catéter periférico	100%	100%	66%	08/11/2024	66.50%

Fuente: Sistema Almera – Planes de mejora – SDP

Conclusión: En la revisión de los planes de mejora transversales, diseñados para dar respuesta a los hallazgos presentado en el servicio de hospitalización, se encontró avance por encima del 90% en las dos primeras actividades del ciclo PHVA.

Frente a la tercera actividad, correspondiente al “Verificar”, con fecha de terminación a 08/11/2024, el avance es del 80%, en los cinco primeros planes relacionados en el cuadro, para un avance ponderado del 67.50%, a excepción de plan de mejora 1558, que presenta un avance del 66% y ponderado de 66.50%, tal como se puede ver en la imagen correspondiente.

Acciones de mejoramiento propuestas (4)	Inicio	Terminación	Reprogramación	Seguimiento	
1. Diseñar cronograma de capacitación relacionados con la insercion, mantenimiento y cuidados de accesos invasivos medicos relacionados(sonda nasogastricas, gastrostomias y avanzadas) en los servicios de hospitalizacion. 1030614002, 1065594839	2024-03-01	2024-04-05	No	100.00% [100%]	
2. Ejecutar cronograma de capacitacion relacionados con la insercion, mantenimiento y cuidados de accesos invasivos relacionados (nasogastricas, gastrostomias, avanzadas). en los servicios de hospitalizacion. 1030614002, 1065594839	2024-04-08	2024-10-04	No	100.00% [100%]	
3. Medir la apropiacion de los conocimientos relacionados con la insercion, mantenimiento y cuidados de accesos invasivos relacionados (nasogastricas, gastrostomias, avanzadas). en los servicios de hospitalizacion. 1030614002, 1065594839	2024-07-02	2024-11-08	No	80% [0%]	
4. Tomar medidas o acciones de acuerdo a las desviaciones evidenciadas 1030614002, 1065594839	2024-11-12	2024-12-15	No	0% [0%]	
Avance ponderado: 70,00% [50,00%]					

ID: 1558: Inadecuada técnica de inserción de catéter periférico

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME DE AUDITORIA CONTROL	CIN-FT-02 V3

El avance ponderado de los planes de mejora transversales del servicio de urgencias, con corte a 08/11/2024, se presenta de la siguiente forma.

Planes de mejora transversales - Urgencias						
ID	Hallazgo	Ciclo			Fecha terminación	Avance ponderado
		P	H	V		
1566	Los paciente no son adherentes a la educación en prevención de caídas	100%	90%	100%	08/11/2024	75%
1569	Baja adherencia en la identificación del riesgo de caídas.	100%	100%	100%	08/11/2024	75%
1560	Baja adherencia en la verificación del adecuado funcionamiento de los dispositivos médicos durante el tratamiento del paciente	100%	100%	100%	08/11/2024	75%
1561	Baja adherencia a la buena práctica de prevención de lesiones de piel	100%	90%	100%	08/11/2024	77.50%
1557	Inadecuada técnica de inserción de catéter periférico	100%	100%	100%	08/11/2024	75%
1563	Baja adherencia a la buena práctica de prevención de lesiones de piel	100%	100%	80%	08/11/2024	70%

Fuente: Sistema Almera – Planes de mejora – SDP

Conclusión: En la revisión de los planes de mejora transversales, diseñados para dar respuesta a los hallazgos presentado en el servicio de urgencias, se encontró avance por encima del 90% en las dos primeras actividades del ciclo PHVA. Frente a la tercera actividad, correspondiente al “Verificar”, con fecha de terminación a 08/11/2024, el avance es del 100%, en los cinco primeros planes relacionados en el cuadro, para un avance ponderado del 75%, a excepción de plan de mejora 1563, que presenta un avance del 80% y ponderado de 70%, tal como se puede ver en la imagen correspondiente.

Observaciones de Control Interno: La fecha de terminación de la actividad correspondiente al “verificar”, para los planes de mejora transversales de los servicios de hospitalización y urgencias, está próxima a vencerse, por lo que se recomienda al programa de seguridad del paciente la revisión de las actividades pendientes y trabajar con los procesos en el desarrollo de las mismas y el anexo oportuno de los soportes correspondientes.

Se da claridad que para efectos de la presente auditoría, el avance de los planes de mejora, fue revisado el día 06/11/2024.

FORTALEZAS

- Se evidenció gestión por parte del programa de seguridad del paciente en el fortalecimiento del reporte de sucesos de seguridad, que se presentan en los servicios asistenciales.
- La herramienta Almera, le permite al programa de seguridad del paciente el almacenamiento y gestión de la información relacionada con los sucesos de seguridad.
- Seguimiento y análisis oportuno a los indicadores establecidos para el programa de seguridad del paciente, lo que ha permitido diseñar estrategias tempranas antes la identificación de desviaciones.
- El personal de los servicios asistenciales, reconoce e identifica a los colaboradores que conforman el equipo de seguridad del paciente, lo que refleja el trabajo y acercamiento del equipo en dichos servicios.

OBSERVACIONES

La Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de salud Sur ESE, respecto de la evidencia facilitada para la evaluación efectuada, aclara que la información suministrada por el Programa Seguridad del Paciente se obtuvo a través de solicitudes, consultas y revisión de normatividad aplicable, realizadas por la Oficina de Control Interno. Por lo anterior nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.

- Dado que la labor de auditoría interna ejecutada desde la Oficina de Control Interno, está sujeta al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2024, la misma se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, motivo por el cual procedimientos más detallados podrían revelar contenidos no abordados en la ejecución de esta actividad.

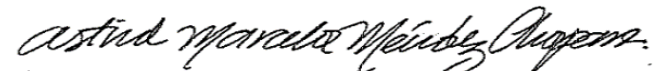
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E	
	INFORME DE AUDITORIA CONTROL	CIN-FT-02 V3

- Para la realización de la presente auditoría se aplicaron Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, las pruebas fueron efectuadas mediante muestreo, por consiguiente, pueden no haber cubierto la verificación de la efectividad de todas las medidas de control identificadas por el proceso.
- La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en este informe para el Programa de Seguridad del Paciente, de las “Recomendaciones” para los planes de mejoramiento a que haya lugar, acorde con el formato establecido, por lo anterior una vez el presente informe quede en firme, el plazo establecido para la entrega del PM será de quince (15) días hábiles a partir del recibo del informe definitivo.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al proceso la revisión de cada uno de los sucesos relacionados en el sistema Almera, que se encuentran de enero a junio en estado asignado y analizando, a fin de verificar avances y dificultades en la gestión y con ello la generación del cierre definitivo
- Fortalecimientos de las rondas de seguridad, ya que de ellas depende la adecuada identificación y diagnóstico de las necesidades que presentan los servicios.
- El número de unidades tomadas para la inspección y mantenimiento correctivo de mobiliario e infraestructura es muy pequeño y de acuerdo a la programación contemplada en el cronograma, el proceso de mantenimiento se realiza solo una vez al año.
- El número de colaboradores que conforma el equipo de seguridad del paciente, no es suficiente, para abarcar todas las actividades que demanda este programa.
- Los planes de mejora transversales, no se inician desde el mes de enero, en razón a la insuficiencia de personal para el desarrollo de las actividades correspondientes.

Firma 



Firma:

AUDITOR LÍDER

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Nombre: María de la Cruz Terán Álvarez

Nombre: Astrid Marcela Méndez Chaparro