

INFORME FINAL AUDITORÍA A URGENCIAS

I.- ASPECTOS PRELIMINARES.

Objetivo General:

Hacer seguimiento y evaluación objetiva e independiente al Proceso Gestión de Urgencias, verificando el cumplimiento de los procedimientos, indicadores de eficiencia, eficacia y oportunidad en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., e identificar oportunidades de mejora y el logro del objetivo estratégico institucional: "Implementar el modelo de atención integral que dé respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población".

Objetivos Específicos:

- Comprobar el cumplimiento normativo.
- Determinar la efectividad, eficiencia, eficacia y calidad, de los controles que se aplican.
- Establecer el manejo de los riesgos asociados al proceso.
- Verificar el cumplimiento de las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento.

Alcance de la Auditoría:

Evaluar las actividades propias del proceso Gestión de Urgencias en las Unidades de Prestación de Servicios de Salud – USS- de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (Simón Bolívar, Engativá y Suba), desarrolladas durante el cuarto trimestre de 2017 y primer trimestre de 2018, haciendo énfasis en la administración de los riesgos identificados en este proceso, así como en el Plan Operativo Anual y los respectivos planes de mejoramiento institucional y derivados de visitas de entes de Control

Metodología de la Auditoría:

Observación directa, seguimiento paciente trazador adulto y pediátrico, revisión documental de procedimientos y Guías del servicio de Urgencias.

Muestra:

El cálculo de la muestra para la oportunidad de triage se realizó con la información suministrada por la oficina de Desarrollo Institucional, en el periodo comprendido en el cuarto trimestre de 2017 y primer trimestre 2018.

II.- RESULTADOS DE LA AUDITORÍA:

Como se explicó anteriormente, esta auditoría busca hacer una evaluación objetiva e independiente de las principales actividades del proceso y que las no conformidades sean consideradas una herramienta de gestión al establecer acciones de mejora en la conformación de un plan de mejoramiento que genere impacto positivo y permita mejorar la atención integral y de calidad en los servicios auditados.

A continuación se detallan las conclusiones muestra lo observado en cada una de las tres USS:

1.- USS SUBA:

- Al momento de la auditoría se pudo evidenciar que no se está utilizando el digiturno, encontrándose subregistro en los datos suministrados de oportunidad de triage.
- No se evidenció clasificación de triage pediátrico, se realiza consulta e inicio de tratamiento ocasionando retrasos en la atención para el llamado en sala de espera.
- Se evidencian reprocesos en las actividades de triage, teniendo que realizar anotaciones manuales con la clasificación de triage, datos de identificación, hora de llegada, etc. para que el médico identifique los usuarios triage II, demorando el proceso de atención.
- Se evidencian fallas en la segregación de residuos en algunos consultorios médicos, encontrándose guantes desechables usados en caneca verde.
- Se evidencia incumplimiento del Manual de Seguridad AP-AT-M-03-02 V2, en la desinfección de un tensiómetro, en el consultorio 2, al ser mayor a 8 días.
- Se evidencia aseo adecuado y descanecado continuo en todas las áreas de urgencias.
- No se evidencian controles de tiempo, para las muestras de laboratorio, ordenes de ayudas diagnósticas, entre la toma o la expedición de la orden y su ingreso al laboratorio o a imagenología.
- No se evidenció administración de medicamentos, en el módulo de historia clínica en notas de enfermería.
- Se encontraron demoras en los tiempos de ejecución definidos para el cumplimiento de algunos planes de mejora del Comité de Vigilancia Epidemiológica 2017(COVE), las acciones de mejoran estaban definidas para terminar el 31 de Enero de 2018 por el servicio de Urgencias Pediátricas, no se encontró acta de reinducción al personal asistencial del servicio de urgencias en Derechos y Deberes del usuario, plan SP05-2017.

2.- USS ENGATIVÁ:

- No se evidencia señalización del lugar del digiturno, ni instrucciones de uso, lo que ocasiona interrupción frecuente en los consultorios y área de triage, especialmente para usuarios de la tercera edad.
- No existe un área cercana a la entrada para la atención inmediata de pacientes triage 1 o de pacientes heridos, el área de reanimación permanece ocupada por 4 pacientes en ventilación mecánica, el área demarcada como sala de yesos, es el área donde realizan procedimientos menores como lavados de heridas, suturas e inmovilizaciones y colocación y retiro de yesos.
- Se evidenció en el área de admisiones, dos programas diferentes para la admisión del paciente, Hipócrates y Clinical Suite, retrasando la admisión del paciente por la duplicación de algunos datos.
- Después de la atención médica, no todos los pacientes son informados que deben abrir historia clínica en la ventanilla 6, presentando retrasos en el inicio de ordenes médicas y en el egreso.
- En el área de procedimientos menores, solo existe una sola auxiliar de enfermería para realizar múltiples actividades, debiendo desplazarse a diferentes sitios para conseguir los insumos necesarios e iniciar los tratamientos ordenados. Hallazgo reiterativo encontrado en la auditoria del 2015 realizada al Hospital de Engativá por la oficina de Gestión Pública y Autocontrol.
- Se evidencia falta de insumos medico quirúrgicos en las salas de procedimientos menores y sala de yesos para el inicio de la atención inmediata, por lo que deben desplazarse hasta farmacia para solicitarlos y el paciente no siempre está activo en el sistema, si no ha pasado antes por la ventanilla 6, que es el módulo donde le abren la Historia Clínica y solicitan la autorización de la atención, retrasando su atención inmediata.
- Se evidencian fallas en la segregación de residuos en algunos consultorios médicos, encontrándose guantes desechables usados en caneca gris.
- No existe un orden para los procesos administrativos internos de facturación, presentándose en el egreso reprocesos, enviando al usuario a desplazarse a cada una de las áreas a donde fue atendido para que ingresen los respectivos cargos, vulnerando el derecho # 13 como usuario de los servicios de salud "A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio".
- Se evidenció charla informativa sobre la utilización de los servicios de urgencias por parte de la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano en sala de espera.

3.- USS SIMÓN BOLÍVAR:

- Se lleva control a todo paciente que ingresa a urgencias, colocando una manilla roja por parte del personal de vigilancia y una manilla blanca después de la clasificación, sin son triage 2 y 3.
- Se evidencian fallas en el aseo, en el área de triage y de pasillos.
- Se observaron debilidades en los controles, para la actividad toma de muestras de laboratorio y radiología.
- Se evidenciaron estancias mayores a 8 días en las salas de observación, superando la meta del POA, la cual es de 35 horas 56 minutos
- Se evidenciaron fallas en la distribución del personal de enfermería, encontrándose más de 50 pacientes asignados a una sola profesional de enfermería en el área de consultorios y procedimientos.
- No existe control para el seguimiento del usuario, ubicado en sillas en el área de procedimientos.
- No se evidencia asistencia para usuarios invidentes.
- No se encontraron evidencias de acciones de mejoramiento, en los planes del Pamec, para la disminución de eventos adversos como caídas y úlceras de presión.

III.- OPORTUNIDAD EN TRIAGE.

Según los datos suministrados por la Oficina de Desarrollo Institucional, se comparó cuarto trimestre de 2017 y primer trimestre de 2018, en las 3 USS auditadas y obtuvieron los siguientes resultados: número de turnos que se entregaron por medio del digiturno, número de pacientes que se fueron sin ser clasificados por el Triage, porcentaje de abandono, el promedio que tuvieron que esperar antes de ser atendidos en Triage y el promedio de duración de la atención en Triage, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

SEDE	MES	DIGITURNOS	ABANDONO	% ABANDONO	P.ESPERA	P.ATENCIÓN
Simón	Diciembre	2052	1657	81%	01:05:27	00:05:34
Simón	Noviembre	2416	1299	54%	03:17:45	00:05:17
Simón	Octubre	3353	346	10%	00:29:05	00:04:07
Simón	Enero	2586	1696	66%	00:48:24	00:03:43
Simón	Febrero	2981	1355	45%	01:21:25	00:04:07
Simón	Marzo	3538	1113	31%	01:21:18	00:06:41
TOTAL		16,926	7,466	48%	01:23:54	00:04:55



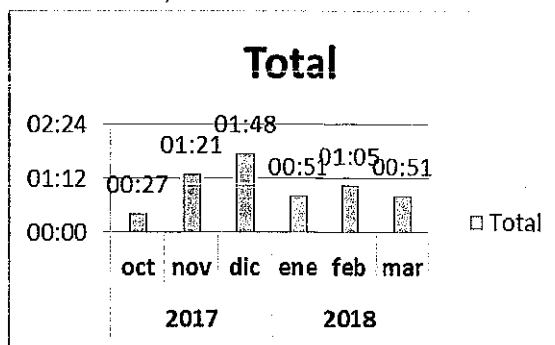
Suba	Octubre	1656	374	23%	00:21:48	00:06:29
Suba	Noviembre	1298	214	16%	00:28:52	00:03:53
Suba	Diciembre	292	58	20%	03:58:14	00:02:56
Suba	Enero	58	29	50%	00:23:26	00:00:39
Suba	Febrero	369	181	49%	01:29:11	00:01:33
Suba	Marzo	378	113	30%	00:58:53	00:01:00
TOTAL		4,051	969.00	31%	01:16:44	00:02:45
Engativá	Diciembre	5958	468	8%	00:20:44	00:03:50
Engativá	Noviembre	6363	416	7%	00:17:34	00:04:07
Engativá	Octubre	974	89	9%	00:30:23	00:02:55
Engativá	Enero	5583	494	9%	01:22:40	00:03:25
Engativá	Febrero	5094	476	9%	00:25:31	00:04:15
Engativá	Marzo	2674	609	23%	00:15:18	00:03:28
TOTAL		26,646	2,552	11%	00:32:02	00:03:40
GRAN TOTAL		47,623	10,987	30%	01:04:13	00:03:47

Elaborado: OCI Fuente: Desarrollo Institucional

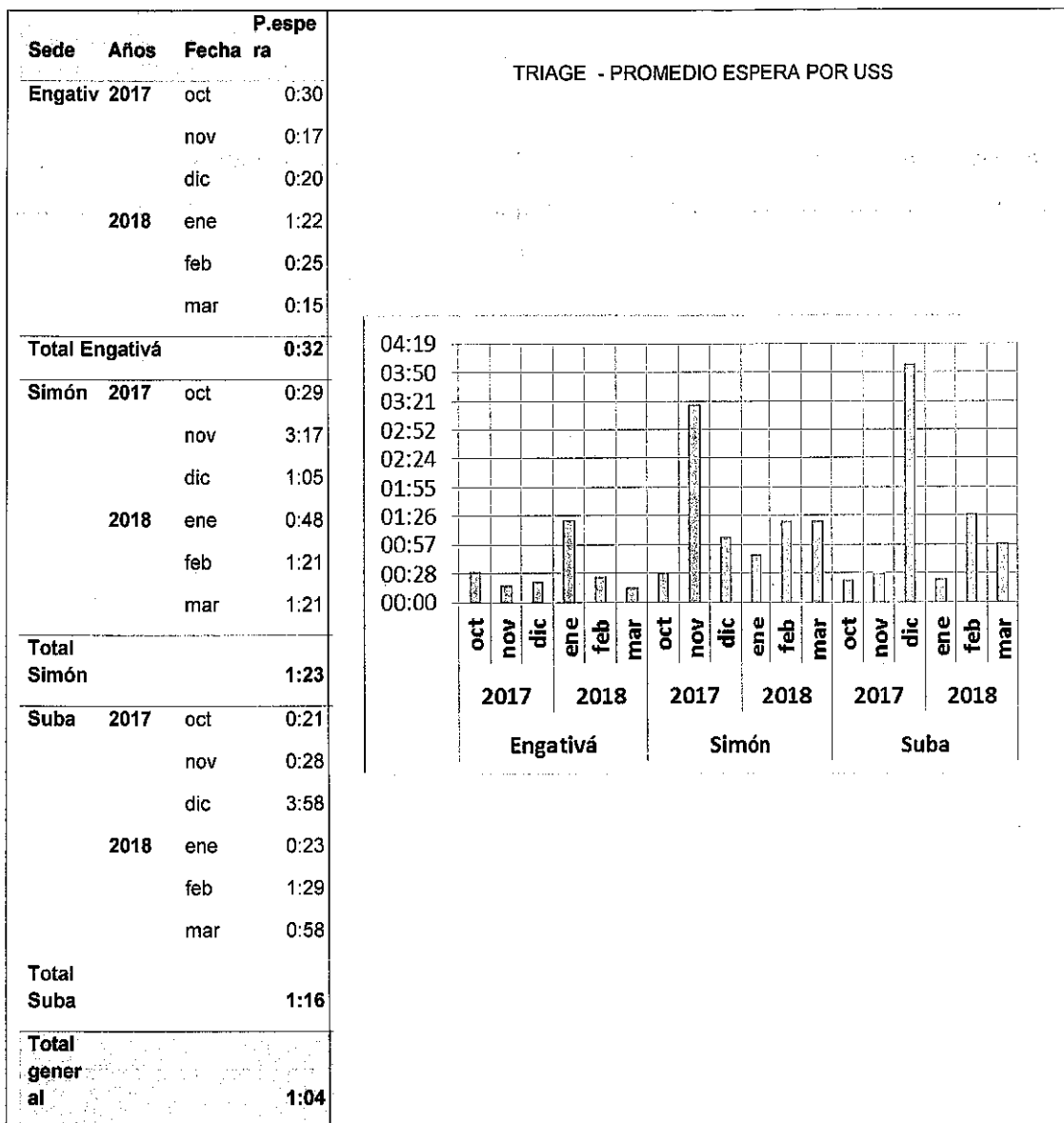
De lo anterior, se puede concluir que se entregaron en las 3 sedes por el servicio de urgencias, un total de 47.623 digiturnos con un porcentaje de abandono del 30% y un promedio de espera para acceder al triage, mayor a una hora, el promedio de atención en triage fue, de 3 minutos 47 segundos, no existe medición del tiempo transcurrido en las ventanillas de admisiones.

El tiempo de espera para acceder a Triage disminuyó en 48 minutos en el primer trimestre de 2018 con respecto al cuarto trimestre del 2017, como se observa a continuación:

Años	FECHA	Promedio de espera
2017	oct	0:27
	nov	1:21
	dic	1:48
2018	ene	0:51
	feb	1:05
	mar	0:51
Total general		1:04



Se observó aumento en el promedio de espera por USS en meses diferentes, para la unidad de Engativá se aumentó en Enero, Simón en Noviembre y Suba en Diciembre.



Elaborado: OCI Fuente: Desarrollo Institucional

Como conclusión, se puede afirmar que el promedio de espera más bajo, para acceder a Triage, se obtuvo en Engativá, durante el mes de Marzo, el cual fue de 15 minutos y el más alto fue de 3 horas, 58 minutos, en el mes de Diciembre en la USS Suba.

IV.- SATISFACCIÓN.

Es importante conocer las diferentes peticiones que se recibieron en el SDQS, relacionadas con el servicio de urgencias, ya que estas impactan la calidad de la atención, según la base de datos del sistema SDQS de la Alcaldía, se presentaron las siguientes peticiones, relacionadas con el servicio de Urgencias en las 3 USS visitadas:

2017		Porcentaje	2018		Porcentaje
18	Atención deshumanizada	50%	20	Atención deshumanizada	71%
18	No oportunidad en la atención	50%	8	No oportunidad en la atención	29%
Total	36	100%	28		100%

Elaborado: OCI Fuente: Base de datos SDQS

De lo anterior, se evidencia un aumento del 21% en la atención deshumanizada para el primer trimestre del 2018 en el servicio de urgencias.

Ahora bien, en relación con el porcentaje de peticiones por USS, en el 2018 se evidencia un aumento del 9% en la USS de Suba, de 1% en Engativá y una disminución del 10% en la USS de Simón Bolívar:

2017			2018		
N° de peticiones	USS	Porcentaje	N° de peticiones	USS	Porcentaje
6	Suba	16 %	7	Suba	25 %
15	Engativá	42 %	12	Engativá	43 %
15	Simón	42 %	9	Simón	32 %
36		100%	28		100%

Elaborado: OCI Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Según la tipología, se presentó un mayor número de reclamos con respecto a las quejas para ambos períodos auditados:

Tipología de la Petición	2017	2018	Número de Peticiones
Quejas	11	10	21
Reclamos	25	16	41
Derecho de Petición	-	2	2
Total	36	28	64

Elaborado: OCI Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

Según las encuestas de satisfacción realizadas en el cuarto trimestre del 2017 y primer trimestre 2018, los aspectos evaluados que tuvieron un porcentaje por debajo del 90%, entre los parámetros medidos, fueron: accesibilidad, oportunidad y humanización.

2017

1. ACCESIBILIDAD		2. OPORTUNIDAD	
La orientación que recibió al ingreso de la institución fue?	Le explicación frente a la clasificación del TRIAGE (tiempo promedio de atención) le pareció?	Según su clasificación TRIAGE el tiempo para su atención fue?	Si necesitó ayudas diagnósticas como laboratorios, rayos x, le parece que el tiempo de oportunidad para la toma fue?
87.1%	85.8%	84.6%	89.7%

2018

1. ACCESIBILIDAD		2. OPORTUNIDAD	4. HUMANIZACIÓN
La orientación que recibió al ingreso de la institución fue?	Le explicación frente a la clasificación del TRIAGE (tiempo promedio de atención) le pareció?	Según su clasificación TRIAGE el tiempo para su atención fue?	Las condiciones de privacidad durante la atención fueron?
86.9 %	85.6 %	89.6%	86.8 %

Fuente: Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano

El porcentaje de insatisfacción encontrado en 597 encuestas realizadas en el 2017 fue de 8.3% y en el periodo 2018 con 840 encuestas disminuyendo a 7.85%.

V.- OBSERVACIONES COMUNES A LAS 3 USS.

- Se evidencia incumplimiento de los procedimientos UX-P-01-01 "Valoración y Clasificación de Urgencias", UX-P-02-01 "Atención integral de Urgencias", e "Instructivo de admisión de pacientes a los servicios de urgencias, hospitalización y cirugía de la subred integrada de servicios de salud norte ese", ES-GE-I-01-02, en aspectos tales como la colocación de manillas, el ingreso, realización de triage antes del ingreso al área de admisiones, información al usuario del tiempo de atención de acuerdo a la clasificación etc.
- No se evidencia en el listado maestro de documentos el instructivo "Abordaje Primer Encuentro" que hace referencia el procedimiento UX-P-02-01 atención

integral de urgencias.

- No se está contabilizando el tiempo del ingreso del usuario a la institución, solo se tiene en cuenta desde el ingreso a admisiones.
- Se evidencia clasificación de digiturnos con las siguientes letras P, para pediatría, A, adulto y M para pacientes adultos mayores o discapacitados, los cuales son atendidos según orden de llegada sin tener en cuenta la clasificación, excepto los pacientes pediátricos que son atendidos en consultorios de pediatría.
- La mayoría de las veces el paciente no es informado de la clasificación de Triage, ni del tiempo en qué será atendido.
- El personal de admisiones debe buscar un diagnóstico médico en la base de datos que guarde relación con el motivo de consulta que manifiesta el paciente, demorando el ingreso y colocando diagnósticos no pertinentes.
- Se evidencia falta de privacidad en la admisión del paciente, al preguntar en diferentes oportunidades el motivo de consulta y la repetición de datos en el ingreso corto y largo durante la fila.
- No existe fila prioritaria en ninguna ventanilla, para madres con niños de brazos, personas de la tercera edad o pacientes discapacitados como lo establece el Decreto Ley 019/12¹.
- No se evidencia personal que oriente al usuario en la sala de espera, en los trámites administrativos, ni en el seguimiento de su atención.
- Se evidencian demoras en la atención por falta de la interconectividad que existe entre los diferentes sistemas de información entre admisiones, triage y consultorios, por lo que se realizan reprocesos, al volver a preguntar datos suministrados anteriormente.
- Se realiza en el área de admisiones dos tipos de ingreso uno corto o pre ingreso y uno largo, los cuales comparten algunos datos que no todos quedan en el sistema, por lo cual se duplica la información que debe entregar el usuario, afectando su privacidad y demorando su atención.
- No existen timbres de llamado al personal de enfermería para los pacientes en salas de observación y sillas.
- Se observa falta de personal en el área de admisiones, para las múltiples actividades que deben realizar en el proceso de admisión entre autorizaciones, soportes, verificación, evidencias, fotocopiado, escaneado etc.
- Los pacientes con clasificación triage 4 no tuvieron oportunidad de disponibilidad de cita prioritaria el mismo día para los respectivos CAPS, evidenciándose incumplimiento establecido en el procedimiento Valoración y Clasificación de urgencias UX-P-01-01.

¹ Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

- Se evidencian problemas en la admisión y facturación de los pacientes que llegan de otras USS, el sistema no deja ingresar los datos.
- No existe prioridad en la atención para los pacientes que ingresan en camilla de ambulancias, ni los pacientes que ingresan de centros carcelarios con vigilancia, generando un riesgo en urgencias, el cual no se encuentra contemplado en el mapa de riesgos, afectando el atributo de seguridad.
- Los controles existentes en el mapa de riesgo, no se relacionan, ni mitigan los riesgos identificados.
- Las principales causas de las peticiones en SDQS, para los 3 USS, fueron la atención deshumanizada y la falta de oportunidad en el servicio.
- En el primer trimestre del 2018, el servicio deshumanizado aumentó en un 21% con respecto al 2017.

VI.- CONCLUSIONES.

De acuerdo con los objetivos propuestos para esta auditoría, y las no conformidades encontradas, se puede concluir:

- Incumplimiento en la normatividad, relacionada con el proceso de Triage.
- Falencias para el logro del Objetivo Estratégico Institucional y el POA de Urgencias.
- Fallas en los controles aplicados en el Mapa de Riesgo, para evitar la materialización o mitigación del Riesgo 2.
- No inclusión en el Mapa de Riesgos de urgencias, riesgos identificados que afectan el atributo de seguridad.
- No se encontraron acciones de seguimiento para acciones preventivas en el Mapa de Riesgos, durante el primer trimestre 2018.
- Debilidades en la distribución de actividades al personal de enfermería en las áreas de procedimientos menores de la USS Engativá y en consultorios y procedimientos en la USS Simón Bolívar
- Se encontraron debilidades en los controles realizados para pacientes que esperan en el área de sillas de los corredores, tanto en la toma de muestras de laboratorio y ayudas diagnósticas como en el seguimiento del tratamiento.
- Se observó demoras, en el cumplimiento de las fechas de ejecución propuestas de acciones para Planes de Mejora de COVE y Pamec.

VII.- NO CONFORMIDADES.

Como resultado del proceso de observación, realizado en las 3 unidades de la Subred Norte y a la información suministrada por las diferentes áreas, se evidencian las siguientes no conformidades, que deberán hacer parte del plan de mejoramiento que

elabore el proceso:

1. Incumplimiento del artículo 6 de la Resolución 5596 de 2015², en su párrafo: El proceso de verificación de derechos de los usuarios, será posterior a la realización del triage y en consecuencia, debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias; y el artículo 6.2: Garantizar los recursos físicos, humanos y técnicos necesarios para la realización del triage. Se evidenció un tiempo mayor a una hora para acceder a la clasificación de Triage.
2. Fallas relacionadas con la información de la clasificación de triage art. 9, ítem 9.6 Resolución 5596 de 2015 "Informar al paciente y/o acompañante el resultado de la clasificación realizada, el área de tratamiento y el tiempo estimado de espera para la atención inicial de urgencias, con observancia de los parámetros".
3. Falencias en la plataforma estratégica, al no evidenciar en el servicio de urgencias el logro del objetivo estratégico institucional: Perspectiva Cliente "Implementar un modelo de atención integral que de respuesta efectiva a las necesidades en salud de la población" *
4. No se evidencia cumplimiento, ni control a los riesgos de los procedimientos UX-P-01-01 V1, Valoración y Clasificación de Urgencias y UX- P-02-01 Atención integral de Urgencias.
5. No se demuestra el cumplimiento en las metas del POA 2018, referente a la actividad "Mantener la oportunidad de atención en la consulta de urgencias en un tiempo igual o menor a 90 minutos para pacientes clasificados como triage III Según el Párrafo del Artículo 6 Resolución 5596 del 2015" " el Triage debe ser realizado a la llegada del paciente al servicio de urgencias" y "Alcanzar estancias no mayores a 35,56 horas en servicio de urgencias" para primer trimestre de 2018, de acuerdo con la información presentada por Desarrollo Institucional, demostrando que el 12.31% de los pacientes tienen una estancia superior a 36 horas en observación de urgencias
6. No se evidencia atención priorizada en las filas para infantes, mujeres gestantes, personas en situación de discapacidad y adultos mayores como lo establece el Decreto Ley 019/12 artículo 13.
7. Fallas en el cumplimiento de la Ley 1751 de 2015³, artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud: en los siguientes ítems:
 - a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad; relacionado con la demora en el proceso de admisión.
 - b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite, relacionado con la demora en el proceso de admisión.

² "Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".

³ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

- k) A la intimidad: Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, al preguntar en las filas, el motivo de consulta, en varias oportunidades, durante el proceso de admisión,
- p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.
8. Falta implementación de la política para el manejo de la información en salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 19 Ley 1751 de 2015, que establece como requisito: "...incluya un sistema único de información en salud, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros."
9. Incumplimiento Decreto 2573 de 2014⁴, artículo 2, párrafo, al no evidenciarse la implementación de la Estrategia de Gobierno en Línea y el no cumplimiento de los fundamentos "Excelencia en el servicio al ciudadano, e Interoperabilidad," por falta de una adecuada atención y optimización de recursos en la admisión y egreso del servicio de urgencias.

El informe preliminar fue analizado en reunión de cierre, acorde con lo establecidos en el procedimiento vigente, con el responsable del proceso de Urgencias, tal como consta en el acta correspondiente.

Una vez analizados los soportes presentados por el proceso auditado después de la presentación del informe preliminar en la reunión de cierre, se mantienen las No Conformidades, ya que éstas no se desvirtúan las evidencias encontradas durante la auditoría. Por lo anterior, el auditado deberá presentar Plan de Mejoramiento dentro de los 3 días hábiles a la presentación del presente informe final.

Cordialmente,


NOHORA MARTÍNEZ DE LA PUENTE
Auditor Control Interno


CARLOS FERNANDO REY RIVEROS
Jefe Oficina Control Interno

⁴ Por el cual se establecen los lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en línea, se reglamenta parcialmente la Ley **1341** de 2009 y se dictan otras disposiciones.