



Listado de acciones

Tipo	Nombre	Acción o actividad	Responsable	Fecha final	% real de ejecución	Estado
Acción Correctiva	PA210-023-01	Realizar reunión con los coordinadores de hospitalización y sede norte, para establecer acciones con el fin de evitar desplazamientos innecesarios de las ambulancias.	Alvaro Luna Enciso	2021-06-30	0.00%	Pendiente por ejecutar
Acción Correctiva	PA210-023-02	Revisar criterios de la resolución 3100 con el fin de ajustar y socializar el listado de insumos y medicamentos requeridos para el proceso de transporte de pacientes y realizar seguimiento quincenal por medio del formato de control de fechas de vencimiento y faltantes, el formato donde se registrará el listado será subido al sistema Daruma.	Equipo de Referencia y Contrareferencia	2021-02-28	0.00%	Pendiente por ejecutar
Acción Correctiva	PA210-023-03	Crear formato control de la fecha de vencimiento y faltantes de medicamentos e insumos de la ambulancia y subirlo a la plataforma Daruma y socializarlo con el equipo.	Equipo de Referencia y Contrareferencia	2021-02-28	0.00%	Pendiente por ejecutar
Acción Correctiva	PA210-023-04	Solicitar a la jefatura de gestión técnica y logística la socialización de los formatos de registro de aseo con el personal y el cumplimiento en el adecuado diligenciamiento de los mismos, este será supervisado por el tecnólogo en APH de turno diariamente.	Equipo de Referencia y Contrareferencia	2021-02-28	0.00%	Pendiente por ejecutar

Acción Correctiva	PA210-023-05	Realizar socializaciones de la normatividad y/o documentos que reglamenten el buen uso de los EPP para el personal asistencial según su lugar de trabajo y verificar la adherencia a la misma durante las rondas semanales de seguridad del paciente dejando evidencia en el formato [FOR-DIR-SGS-003] RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE INSTITUCIONAL - V1 con el fin de indentificar las posibles desviaciones a la norma y realizar una oportuna intervención en caso de requerirla.	Equipo de Urgencias y Emergencias	2021-06-30	0.00%	Ejecución
Acción Correctiva	PA210-023-06	Establecer estrategia de contingencia en caso de que el personal a cargo de pretiage no pueda estar en la carpa.	Coordinación de Urgencias	2021-06-30	0.00%	Pendiente por ejecutar
Acción Correctiva	PA210-023-07	Solicitar al equipo de calidad la socialización de cómo alimentar los indicadores en la plataforma Daruma	Coordinación de Urgencias	2021-02-28	100.00%	Finalizado
Acción Correctiva	PA210-023-08	Realizar reunión entre la coordinación de urgencias y emergencias y el área de presupuesto contabilidad y costos para revisar las actividades cargadas al centro de costos del proceso de urgencias con relación al CRYC y evaluar su comportamiento. El coordinador de urgencias hará seguimiento a los compromisos que se generen en la reunión	Coordinación de Urgencias	2021-02-28	0.00%	Ejecución
Acción Correctiva	PA210-023-09	Ajustar y socializar la base de datos del CRYC incluyendo todos los campos necesarios para llevar el control de la información de cada traslado. Relacionar en el procedimiento [POE-AUE-CRC-001] REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE - V1, el responsable del diligenciamiento y la periodicidad de alimentación de dicha base de datos.	Equipo de Referencia y Contrareferencia	2021-02-28	0.00%	Pendiente por ejecutar

Medición de la eficacia

Seguimiento	Responsable	Fecha límite	Estado	Resultado	Notas
Seguimiento a la meta de cierre 1	◦ Angela María Giraldo Velasco	2021-09-28	Por ejecutar		
Seguimiento a la meta de cierre 2	◦ Angela María Giraldo Velasco	2021-12-27	Por ejecutar		

Plan de acción: PA210-023
Id: 130
Tipo: Plan de mejoramiento

Dando cumplimiento al Programa General de Auditorías para la vigencia, la Oficina de Control Interno hace entrega del Informe Final de Auditoría de Gestión al Proceso de Atención de Urgencias y Emergencias, el cual contiene la descripción de lo evidenciado, especificando las Observaciones y Recomendaciones identificadas a partir del ejercicio auditor.

Esta dependencia exhorta a el Proceso gestione de manera efectiva las Acciones de Mejora en completa articulación con las áreas involucradas, alcanzando el cierre de brechas oportuno, coadyuvando al Mejoramiento Continuo Institucional.

Este Plan de Mejoramiento tendrá como fecha límite de suscripción quince (15) días calendario a partir de la entrega del Informe Final de Auditoría, es importante recordar que, a través de esta herramienta el Proceso y las áreas involucradas son las responsables de realizar el seguimiento periódico, adjuntando por medio de enlaces cada uno de los archivos y/o evidencias que soporten la gestión de este Plan de Mejoramiento.

A continuación se listan las Observaciones identificadas, para las cuales el Proceso y las áreas involucradas deben realizar la formulación de las Acciones, las cuales tendrán un periodo máximo de ejecución de seis (6) meses, realizando, a cargo de de la Oficina de Control Interno dos (2) seguimientos a la gestión: el primero a los tres (3) meses y el segundo de cierre a los tres (3) meses siguientes.

Observación # 1 (esta Observación debe ser gestionada por el Proceso de Hospitalización)

Se evidencian Atenciones Inseguras en los pacientes que se trasladan desde la sede Norte, lo que ocasiona riesgos para los usuarios, mayores tiempos de espera por parte de la tripulación de la ambulancia, retrasos en la programación de los traslados y gastos adicionales para la Institución.

Observación # 2:

El área no cuenta con el listado de insumos y medicamentos parametrizado en el sistema Daruma, lo que no permite realizar una revisión de stocks ajustados de acuerdo a lo necesario en el servicio. Los formatos usados para el control de los insumos no se diligencian oportunamente.

Observación # 3:

Durante la revisión se encontraron tres medicamentos y siete líquidos endovenosos con fecha de vencimiento expirada, lo que constituye riesgo en la administración de medicamentos.

Observación # 4:

Durante la visita realizada se encuentran los formatos FOR-GLO-MAN- 033 y FOR-GLO-MAN-025, sin diligenciar desde el mes de noviembre, situación que genera riesgos de contaminación, ante la falta de trazabilidad y soportes de ejecución de la actividad.

Observación # 5:

Falta de adherencia del personal asistencial al uso de los Elementos de Protección Personal e Higiene de Manos reflejando falta de cumplimiento a la Resolución No. GG - 1313- 2019 Por medio de la cual se reglamenta el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad en el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" E.S.E. y los lineamientos Institucionales contenidos en el Plan de Contingencia Coronavirus COVID-19 HUV, versión 5.

Observación # 6:

Fallas en la prestación de los servicios de salud, al permitir que la zona de atención Pre-triage permanezca sin personal asistencial para recibir y direccionar a los usuarios que ingresan.

an a este *filtro* instaurado como mecanismo de identificación y prevención ante la Contingencia por Pandemia COVID-19 y posible materialización de riesgos de pérdida de equipos biomédicos que se encuentran dentro de las carpas (tensiómetro, fonendoscopio, monitor de signos vitales).

Observación # 7:

El estado de resultado acumulado a octubre de 2020 presente una pérdida de \$258.859.000 millones, debido a que el ítem de recursos humanos y costos indirectos superan en un 100% la facturación bruta.

**Descripción
del plan de
acción:**

Observación # 8:

En la base de datos que se lleva en el CRYC, no se tiene definido el registro de la hora, normal o formato 24 horas, para el traslado del paciente en la hora de inicio y hora de entrega.

Observación # 9:

En la base de datos no se evidenció una columna que indique el número de placa de la ambulancia que realizó el traslado, para de esta forma establecer la trazabilidad del recorrido de la misma.

Observación # 10:

En la base de datos del CRYC la columna "Tiempo Ambulancia" no se diligenció durante los meses de enero a junio de 2020.

Durante los seguimientos antes mencionados, también serán revisadas las acciones orientadas a cumplir con las siguientes Recomendaciones identificadas:

a. Planeación Estratégica:

- Alimentar en la plataforma DARUMA los Indicadores del Proceso.
- Ajustar nombres de los Indicadores hojas No. 4 (porcentaje ocupacional) y 12 (cumplimiento de metas de urgencias), que no corresponden a la medición.
- Se debe registrar la tendencia del Indicador en el cuadro de mando, lo cual no se aprecia en todos los Indicadores planteados.
- Realizar gestión para que el dato del Indicador de Estancia no Adecuada sea fidedigno.

b. Componente Asistencial:

Traslados:

- Fortalecer los mecanismos de comunicación y registro de las novedades entre la sede norte y sede principal que faciliten los procesos de alistamiento y preparación de los pacientes que serán trasladados para toma de pruebas diagnósticas, a fin de que se conviertan en actividades oportunas, seguras y efectivas.
- Parametrizar en el sistema Daruma los documentos que permitan estandarizar los contenidos de insumos y medicamentos para los vehículos de transporte asistencial básico y medicalizado.
- Realizar verificación periódica de los medicamentos e insumos que se encuentren en los vehículos de traslado asistencial.
- Diligenciar los formatos designados por parte de la empresa encargada de realizar la desinfección de los vehículos.

Proceso de Atención Pre-triage y Proceso para toma de muestras COVID-19:

- Promoción en la ejecución de las medidas de Autocuidado para los usuarios, en actividades como la higiene de manos y uso permanente y correcto del tapabocas.
- Reforzar los controles en el diligenciamiento inmediato de los registros que hacen parte del proceso de Atención COVID-19, en completa adherencia con los lineamientos Institucionales.

Seguridad del Paciente:

- Articulación con el Programa de Seguridad del paciente, a fin de que se identifiquen las oportunidades de mejora encaminadas a la correcta gestión y seguimiento de los Eventos Adversos.

c. Componente Financiero:

- Revisar lo concerniente al cargo de los costos y gastos indirectos, debido a que los valores por distribución son demasiados altos y hacen que el servicio no sea viable como unidad de negocio.
- Utilizar un solo método para registrar la hora de inicio y hora entrega del paciente por parte de la ambulancia, ejemplo de lo anterior, es que cuando se indique la una (1) de la tarde se registre tanto en la base de datos como en la hoja de traslado las 13 horas y así sucesivamente, hasta las 24 horas.
- Crear una columna en la base de datos del CRYC que indique el número de la placa de la ambulancia, para verificar la trazabilidad de movilidad.
- Al registrar las placas de los vehículos se debe escribir en letra mayúscula, en la base de datos del CRYC y en la hoja de traslado, para poder identificar la ambulancia que realizó el servicio.
- En la columna "tiempo de ambulancia" el cálculo no se debe realizar en forma manual, este debe ser formulado para que sea preciso.

Informe Final de Auditoría: /uploads/assets/global/informe_final_de_auditoria_de_gestion_atencion_de_urgencias_y_emergencias_2020.pdf

Estado: Pendiente por ejecutar

Avance: 17.64 %

% real de ejecución: 4.55 %

Versión: 0

Meta de cierre: El Proceso auditado en articulación con las áreas involucradas debe gestionar las Acciones para alcanzar el Cierre de Brechas Efectivo igual al 100% en un período de seis meses.

Orígenes: Auditorías de Control Interno

Proceso Origen: Atención de Urgencias y Emergencias

Procesos asociados:

- Hospitalización y Atención Especializada

Area Origen: Central de Referencia y Contrareferencia

Áreas asociadas:

- Central de Referencia y Contrareferencia
- Salas Medicina Interna
- Ambulancia

Información avanzada del plan

Sistemas de gestión:

- Fundamentos normativos

Frecuencia de seguimiento: Trimestral

Cantidad de periodos: 2

Creado por: Angela María Giraldo Velasco - Profesional Administrativo Auditor Control Interno

Creado en: 2021-01-14 11:29:56

Modificado por:

Angela María Giraldo Velasco - Profesional Administrativo Auditor Control Interno

Modificado en:

2021-02-10 10:06:16

Análisis de causas

Versión	Causas	Análisis
v.002	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Falta de comunicación entre los servicios de las dos sedes para el traslado oportuno del paciente
v.002	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">No se cuenta con el listado actualizado debido al desconocimiento de la actualización de la nueva norma
v.002	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Falta de revisión
v.002	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">El personal de aseo no conocía los formatos que debía diligenciar
v.002	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Falta de adherencia a la norma
v.002	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Poco personal para mantener cubierta la carpa de pretriage
v.002	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Falta de capacitación del módulo de indicadores
v.002	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">En ese momento no se consideró necesario el dato
v.001	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Falta de comunicación entre los servicios de las dos sedes para el traslado oportuno del paciente
v.001	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">No se cuenta con el listado actualizado debido al desconocimiento de la actualización de la nueva norma
v.001	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Falta de revisión
v.001	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">El personal de aseo no conocía los formatos que debía diligenciar
v.001	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Falta de adherencia a la norma
v.001	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Poco personal para mantener cubierta la carpa de pretriage
v.001	Equipo de trabajo:	<ul style="list-style-type: none">Falta de capacitación del módulo de indicadores

- v.001 Equipo de trabajo: • En ese momento no se consideró necesario el dato
- v.000 Equipo de trabajo: • Falta de comunicación entre los servicios de las dos sedes para el traslado oportuno del paciente
- v.000 Equipo de trabajo: • No se cuenta con el listado actualizado debido al desconocimiento de la actualización de la nueva norma
- v.000 Equipo de trabajo: • Falta de revisión
- v.000 Equipo de trabajo: • El personal de aseo no conocía los formatos que debía diligenciar
- v.000 Individuo: • Falta de adherencia a la norma
- v.000 Equipo de trabajo: • Poco personal para mantener cubierta la carpa de pretiage
- v.000 Equipo de trabajo: • Falta de capacitación del módulo de indicadores

Notas de Avance

Angela María Giraldo Velasco



Se revisan los ajustes realizados por el Equipo del Proceso Auditado. Se aprueban las modificaciones.

Aprobación de Plan **(00)**

2021-02-10 10:06:18

Coordinación de Urgencias



Se relacionan las actividades puntuales.

Solicitud de ajuste de acción **(01)**

2021-02-10 08:23:20

Equipo de Urgencias y Emergencias



Se hacen socializaciones de los documentos que hablan del uso de los EPP en todos los servicios.

Asistencia socialización

Seguimiento de Acción **(05)**

50 % 2021-02-09 11:59:31

Coordinación de Urgencias

Se realizó reunión entre el equipo urgencias, el representante del Cryc en el que se definieron acciones para subsanar el hallazgo, las acciones se diligencian en el módulo Tareas.



Adjunto acta de reunión

Acta

Seguimiento de Acción **(08)**

20 % 2021-02-03 12:15:21

Coordinación de Urgencias

Se realizó capacitación a los responsables actuales, Dr. Wiliiam Romero (Coordinador de urgencias), Angie Andrade (Enfermera jefe apoyo a urgencias), Alexander Torres (Médico SSO), en apoyo a urgencias.



Se socializaron los indicadores a evaluar y se alimentaron los indicadores del 2020 exepctuando el de ECV que se decidió llevar a partir de 2021.

Se adjunta acta

Seguimiento de Acción **(07)**

100 % 2021-02-03 11:08:13

Angela María Giraldo Velasco

Se aprueba el Plan de Mejoramiento formulado por el Proceso.



Fecha de suscripción: 02 de febrero de 2021.

Primer seguimiento: Mayo 3 de 2021.

Aprobación de Plan **(00)**

2021-02-02 10:57:37

Angela María Giraldo Velasco



Se aprueban las Acciones Correctivas formuladas en el presente Plan de Mejoramiento.

Nota de Plan **(00)**

2021-02-02 10:52:50