



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

FECHA DE LA AUDITORÍA	01 al 30 de septiembre de 2024	No. DE LA AUDITORIA	006	PROCESO AUDITADO	Proceso de seguridad del paciente
OBJETIVO DE LA AUDITORIA	Evaluar la gestión de eventos adversos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, determinar el impacto de las acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento establecidas para los eventos e incidentes identificados, de igual forma evaluar la gestión en torno a la vigilancia de estos, además de la efectividad en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente.				
ALCANCE	Se realizará verificación del cumplimiento del proceso en cuanto a los meses de enero a agosto de 2024				
AUDITOR			AUDITADO(S)		
Katherin Zamara Beltrán Barrera – Asesora de Control Interno			Subgerente científico, líder de seguridad del paciente y coordinadores del proceso de seguridad del paciente		

DESCRIPCIÓN GENERAL

En cumplimiento del plan anual de auditorías y el plan de acción aprobados de la vigencia 2024 aprobados por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se inició la auditoría interna al proceso de seguridad del paciente con reunión de apertura realizada el 08 de septiembre de 2024, en la cual se presentó el plan de la auditoría, el alcance, el objeto y los términos de desarrollo de esta.

Para la realización de la auditoría interna al procedimiento de seguridad del paciente se elaboraron los papeles de trabajo, se obtuvo información por parte del área encargada, se hizo un análisis de esta y se realizó entrevistas a los funcionarios y/o contratistas responsables del proceso

Se realizó entrevista con la jefe de enfermería Laura Camila Martínez en calidad de líder de seguridad del paciente, y los diferentes actores del proceso, (coordinadores) toda vez que en compañía de los coordinadores se realizaron rondas de seguridad para verificar el cumplimiento de los procesos.

Según la información enviada por el líder del área, se encuentran aprobados los siguientes manuales y/o procedimientos para el área de seguridad del paciente:



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

- 90. Protocolo manejo de medicamentos de alto riesgo y LASA
- Dispensación segura de medicamentos
- Manual de Bioseguridad
- Manual de Buenas Practicas de Esterilización.docx 2023
- Manual de Tecnovigilancia
- MANUAL PGIRASA
- Política de seguridad del paciente y su despliegue
- Procedimiento Reanimación Cardiopulmonar V2
- Programa de Hemovigilancia V3
- Programa de Infecciones Asociadas a la Atención en salud
- Programa de Optimización de Antimicrobianos PROA- MON.
- Programa Institucional Seguridad del Paciente-1 (1)
- PROGRAMA REACTIVO VIGILANCIA
- Protocolo Higiene de manos Quirurgico
- Protocolo Administracion Segura del Medio de Contraste V2
- Protocolo Administración de Hemoderivados (1)
- Protocolo Administración de Hemoderivados
- Protocolo Caterter Urinario
- protocolo de administracion segura nutricion
- protocolo de cirugia segura
- Protocolo de Prevención de Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica
- Protocolo Higiene de Manos
- Protocolo Identificación Correcta de Pacientes
- Protocolo Identificación, Reporte, Análisis de IAAS
- protocolo insercion, cuidado y mantenimiento Cateter Central de inserción periferica guiado por ecografia
- Protocolo Limpieza y Desinfección Hospitalaria V2
- Protocolo Precauciones de Aislamiento Hospitalario HRM 2023
- Protocolo Prevención y Cuidado en Lesiones de la Piel
- Protocolo Venopunción y Prevención Flebitis
- PROTOCOLO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN
- Protocolo Para Reducir el Riesgo de la Atención del Paciente Crítico V2
- Protocolo Traslado Intrahospitalario de pacientes



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

**PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO**

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

El proceso de seguridad del paciente esta principalmente en cabeza de la subgerente científica, quien cuenta con el Grupo Interno de Trabajo conformado por una (01) líder de seguridad del paciente quien es enfermera profesional, un (01) coordinador (a) del programa de reactivo vigilancia, un (01) coordinador (a) del programa hemo vigilancia, un (01) coordinador (a) del programa tecno vigilancia, un (01) coordinador (a) del programa farmacovigilancia y un (01) coordinador (a) del programa ambiente seguro

La política de Seguridad del Paciente es un conjunto de prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio. A través de la gestión del riesgo, el fortalecimiento del reporte y de la cultura del autocontrol; propendemos por minimizar la posibilidad de materialización de aquellos riesgos identificados en un evento que cause daño a los pacientes.

Evaluar la gestión de eventos adversos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, determinar el impacto de las acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento establecidas para los eventos e incidentes identificados, de igual forma evaluar la gestión en torno a la vigilancia de estos, además de la efectividad en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente.

Evento adverso: Daño o complicación no intencional (accidental) consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud (y no de la enfermedad misma del paciente).

Incidente: Aquel acontecimiento o situación que potencialmente podría haber causado daño pero que no lo ha hecho a causa de la presencia de una barrera de seguridad del paciente que lo ha impedido o por casualidad. Son también llamados “casi errores”, situaciones al límite del error, error potencial

DESARROLLO DE LA AUDITORIA

En la actualidad el Hospital Regional de Moniquirá E.S.E. cuenta con un sistema de gestión integral denominado Almera, el cual constituye un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos de acreditación, entre los cuales se encuentra: Autoevaluación institucional, Generación de informes y planes de mejoramiento, Medición y análisis permanente, Seguimiento en tiempo real a las acciones de mejora, Gestión del Riesgo Individual, Seguridad del paciente y Modelos de Acreditación Nacional e Internacional.



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

1. SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO PRODUCTO DE RONDAS DE SEGURIDAD – HALLAZGO 1

Condición: En atención a la política de seguridad del paciente, se realiza rondas de seguridad a los diferentes servicios de la ESE para así verificar la adherencia de los procesos y protocolos, sin embargo dentro de los archivos enviados no se evidencia que se haga seguimiento a los planes de mejoramiento suscrito como consecuencia de las rondas,

Durante la vigencia 2024, se realizó rondas de seguridad del paciente a los siguientes servicios obteniendo un porcentaje de adherencia de los procesos así:

SERVICIO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Laboratorio clínico	81%
Hospitalización	74%
Imágenes diagnosticas	63%
Urgencias – Observación	84%
Unidad de Cuidados Intensivos	88%
Pediatría	65%
Ginecología	86%
Salas de Cirugía	67%
Farmacia	51%

Al revisar el cuadro de seguimiento de los planes de mejora enviado por la líder de seguridad del paciente, se evidencia que no se le hace un seguimiento continuo a la actividad, es decir, se puede evidenciar que se revisaron en cierta fecha y se encontraba en ejecución y no se le volvió a hacer seguimiento para verificar si se dio cumplimiento al plan de mejora, como por ejemplo, el plan de mejoramiento de la ronda realizada al servicio de laboratorio clínico, cuenta con acciones de oportunidad de mejora con fecha máxima de termino para ejecutar la acción 30 de marzo de 2024 y a septiembre aun la actividad se encontraba en “Acciones en ejecución”



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

ESTANDAR, OBSERVACION, NO CONFORMIDAD, SANCIÓN O PQRS DE DONDE PERTENECE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	ANÁLISIS DE CAUSA (METODOLOGÍAS ADOPTADAS: ¿5 PORQUE?, ARBOL DE CAUSAS, ESPINA DE PESCADO)	OPORTUNIDAD DE MEJORA	CARGO Y RESPONSABLE DE SEGUIMIENTO	CONTROL DE MEJORA												FECHA DE PROGRAMADA	FECHA DE TERMINADA LA ACCION	EVIDENCIA
				TRIMESTRE I														
				ENERO				FEBRERO				MARZO						
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4							
El personal cumple con las indicaciones del protocolo de lavado de manos en los 5 momentos.	Falta de adherencia al protocolo	No se evidencia durante la ronda, realización de lavado de manos o higiene	Comité Seguridad del paciente															Se realiza capacitación en lavado de mano con apoyo del grupo de estudiantes de enfermería de la universidad de Booyaca
Almacenamiento de material medico-Quirúrgico	Falta de adherencia al protocolo	Material medico quirurgico con fecha de vencimiento no vigente y almacenado con otros elementos no esteriles.	Grupo de seguridad del paciente					E	E							29/02/2024	29/02/2024	Se recibe fotografia con el cambio de material y la reorganización del almacenamiento
Infraestructura	Daños por desgaste	Se evidencia humedad, pintura levantada en las paredes	Grupo de seguridad del paciente					E	E							29/02/2024	29/02/2024	Se realiza reporte a través d ela plataforma institucional de somos remo
Segregación de residuos	Falta de adherencia al protocolo	Se evidencian guardianes sin soporte a pared	Grupo de seguridad del paciente					E	E							29/02/2024	29/02/2024	Se notifica a lider de SST y se evidencia adecuación de soporte
Infraestructura	Fallas en la red electrica	Se evidencia exposición de cableado electrico	Grupo de seguridad del paciente					E	E							29/02/2024	29/02/2024	Se realiza reporte a través d ela plataforma institucional de somos remo
Procesos prioritarios	Falta de adherencia al protocolo	Las soluciones antisépticas y desinfectantes se encuentran sin rotular	Grupo de seguridad del paciente					E	E							29/02/2024	29/02/2024	Se realiza rotulación de acuerdo al protocolo institucional
Procesos prioritarios	Falta de adherencia al protocolo de lavado e higiene de manos	Existen dispensadores de gel y jabon en mal estado	Grupo de seguridad del paciente					P	P	P	P					30/03/2024	30/03/2024	Se realiza reporte a través d ela plataforma institucional de somos remo
Procesos prioritarios	Falta de adherencia al proceso de farmacovigilancia	No se cuenta con termohigometro en el carro de paro	Grupo de seguridad del paciente							P	P	P				30/03/2024	30/03/2024	Se realiza reporte a través d ela plataforma institucional de somos remo
Procesos prioritarios	Falta de adherencia al proceso de farmacovigilancia	Se encuentran medicamentos sin reempaque	Grupo de seguridad del paciente					E	E							30/03/2024	30/03/2024	Se realiza inmediatamente el cambio de los medicamentos
Almacenamiento de material medico-Quirúrgico	Falta de adherencia al protocolo	Almacenamiento de material esteril con otros elementos no esteriles.	Grupo de seguridad del paciente					E	E							29/02/2024	29/02/2024	Se realiza inmediatamente reorganización d material esteril
Segregación de residuos	Falta de adherencia al protocolo	Se evidencian contenedores sin tapa y en mal estado	Grupo de seguridad del paciente							P	P					30/03/2024	30/03/2024	Se realiza notificación al área de gestión ambiental

Criterio: Incumplimiento a los manuales, procedimientos y/o planes aprobados por la ESE, es importante tener certeza que los servicios que cuentan con falencias han mejorado su adherencia a los diferentes procesos y protocolos, lo anterior, para evitar posibles eventos adversos al interior de la institución.

Causa: Falta de adherencia a los procesos y protocolos

Efecto: Al no realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos no se puede tener certeza de la mejora, al no mejorar las causas de los riesgos se podría tener un evento adverso en la institución.



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

2. ADHERENCIA AL PROCESO DE FARMACO-VIGILANCIA DE LOS DIFERENTES SERVICIOS – HALLAZGO 2

Condición: Se realiza visita a diferentes servicios como es el de farmacia, hospitalización y la unidad de cuidados intensivos para verificar la adherencia a los diferentes procesos como es el de farmacovigilancia aprobado por la ESE, en el cual se evidencia lo siguiente:

La visita realizada a la farmacia se realizó con el equipo responsable de las rondas de seguridad, encontrando que el espacio físico no cumplía con condiciones de un ambiente seguro en cuanto no se tenía disposición de infraestructura para almacenar correctamente los insumos, se evidencia que no se cuenta con la capacitación a los funcionarios de la farmacia en cuanto a elementos biomédicos como es el termohigrómetro, adicional a ello se encontró que los medicamentos no se encontraban marcados con el adhesivo de L.A.S.A. ni de revísame como lo indica el procedimiento, cabe señalar que al hacer revisión del carro de paro de la unidad de cuidados intensivos se evidenció que dichos medicamentos tampoco se encontraban con los rótulos mencionados.

Teniendo en cuenta que la líder de farmacia es la coordinadora de farmacovigilancia es necesario que se realice retroalimentación de los procesos a los funcionarios de la farmacia de la ESE, se evidencia que no se encuentra publicado en lugar visible el listado de medicamentos de alto riesgo como señala el procedimiento.

En atención a que el proceso de seguridad del paciente es un proceso transversal a todas unidades del Hospital es necesario que los coordinadores de los servicios realicen también retroalimentación de cada uno de los procesos y protocolos de farmacovigilancia, durante la revisión se evidenció personal asistencial que solicita medicamentos en farmacia sin contar con el número de identificación del paciente, cabe señalar con los solos nombres se puede generar homónimos y podría ocasionar un incidente o un evento adverso en caso de suministrar los medicamentos erróneos por lo cual es importante que el personal del área asistencial cumpla con los protocolos de identificación del paciente al momento de solicitar los medicamentos.

Se evidencia que cuando se dispensa los medicamentos en los servicios para 24 horas no se realiza la revisión correcta de los insumos, en el servicio de hospitalización y en la Unidad de cuidados intensivos se evidenció que cuando el servicio recibe el carro de medicamentos de los pacientes, al momento de recepción no realiza la correcta revisión con el personal de farmacia, momento en el cual pueden identificar si el servicio de farmacia está entregando los insumos, si corresponde a las cantidades y especificaciones solicitadas.

Según la ronda realiza al servicio de farmacia durante el desarrollo de la auditoria se evidencia que no se cumple con las normas de bioseguridad, los medicamentos multidosis no se encuentran debidamente rotulados con fecha de inicio y fecha máxima de uso, no se lleva control ni registro de los factores ambientales, no se cumple con las técnicas



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

de asepsia y antisepsia, no se encuentran señalizadas las rutas de evacuación, como ya se mencionó anteriormente no se realizan los 5 correctos de la dispensación segura, el personal no conoce la diferencia entre los nutrientes enterales y parenterales, no se encuentran públicas las alertas del Invima en carteleras, el cronograma de revisión de carros de paro no está publicado, de la ronda realizada frente al cumplimiento del programa de farmacovigilancia se evidencia que no adherencia al proceso no se cumple toda vez que se obtuvo una calificación del 51% de cumplimiento.

Es importante mencionar que el programa de farmacovigilancia vigente en la ESE menciona dentro de sus objetivos que la intención de este es detectar, prevenir y resolver cualquier derivación en los tratamientos, relacionados con una sospecha de reacción adversa mediante la implementación de un sistema de vigilancia pasiva y activa, los objetivos específicos del programa de farmacovigilancia son mantener al personal capacitado con relación al programa, reacciones adversas, llenado del FOREAM, boletines informativos, alertas de medicamentos, etc, para estar informado y contribuir a la mejora de la salud de la comunidad y también hace referencia a generar retroalimentación a todos los servicios del hospital, como protocolos, guías de administración, recomendaciones que contribuyan a la detección y prevención de las reacciones adversas con medicamentos, objetivos que evidentemente no se están cumpliendo en las actividades diarias de la ESE como ya se señaló

Criterio: Incumplimiento a los protocolos y procedimientos de farmacovigilancia

Causa: No se está socializando correctamente los protocolos y procedimientos a todos los funcionarios de la ESE para que se de su debido cumplimiento e implementación.

Efecto: Posible materialización de incidentes o eventos adversos – posible daño antijurídico.

3. RECURSOS FISICOS NECESARIOS PARA GARANTIZAR LOS PROTOCOLOS Y/O PROCEDIMIENTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - HALLAZGO3

Condición: Durante la auditoria se evidenció que varios de los problemas en el cumplimiento de los protocolos o procedimientos se debe a la falta de insumos o mantenimiento de elementos de la ESE, como es el caso de los **tableros de identificación**, el **llamado de enfermería en el servicio de hospitalización**, se evidencia que la no rotulación de medicamentos con **adhesivos LASA y REVISAME** se debe a falta de unidades disponibles en el almacén, de igual forma se evidencia que durante la vigencia se tuvo escasos de insumos necesarios para la desinfección como es el **amonio cuaternario**, que es un agente desinfectante de amplia acción que se usa en el proceso de limpieza y desinfección de superficies, por lo que es un insumo **INDISPENSABLE** en los servicios asistenciales; tampoco se contaba con **glucómetros**, lo que generaba inseguridad en el resultado de la muestra, dichos insumos según revisión de correos **electrónicos también fue solicitado en varias ocasiones al área de inventarios , así como el**



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

jabón antiséptico para lavado de manos y los atriles para bombas de infusión, toda vez que en servicios las bombas de infusión están adheridas con cinta, por lo que se han caído lo que genera detrimento al dispositivo médico.

Como se ha mencionado en proceso de seguridad del paciente es un proceso transversal a todos los servicios de la ESE, por lo que es un deber de todos los actores de la institución desplegar las diferentes acciones para la seguridad de los pacientes.

Criterio: Inaplicabilidad e incumplimiento a los diferentes protocolos y procedimientos

Causa: No se tiene un adecuado plan de compras, así no se generaría un desabastecimiento de productos, cabe señalar que por la necesidad de los insumos, es deber del proveedor que en el término establecido en los contratos (48 horas) se alleguen los insumos a la entidad.

Efecto: Posibles incidentes o eventos adversos.

4. **ADHERENCIA AL PROGRAMA DE HEMOVIGILANCIA – HALLAZGO No. 4**

Condición: El comité de seguridad del paciente del mes de septiembre realizó socialización de los diferentes programas que integran el proceso, incluyendo el de hemo-vigilancia, donde se evidenció que no se cumple con el protocolo de la administración de hemoderivados, unas de las actividades a realizar por parte del personal asistencial son: El registro de la transfusión es obligatorio para todo el equipo de salud Médico, bacteriólogo, profesional y auxiliar de Enfermería, El registro de Enfermería en el sistema debe contener: Signos vitales previos a la transfusión, Hora de inicio, hemocomponente, volumen, numero de unidad, sello de calidad, fecha de vencimiento, signos vitales durante los minutos 15,30,60,90 y 20 minutos postransfusión, hora de finalización. Si se presentan RAT o alguna alteración adicional debe registrarse en la nota, Brindar información al paciente y su familia acerca de la trasfusión, los motivos, el procedimiento, los posibles efectos secundarios y los resultados esperados (Realizar nota médica de la educación brindada en la historia clínica)

Según el informe de la coordinadora de hemo vigilancia, mas del 50% de las historias clínicas revisadas no cuenta con los datos de la unidad transfundida.

Criterio: Inaplicabilidad e incumplimiento a los diferentes protocolos y procedimientos



HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.

FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA

PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL
SUBPROCESO: CONTROL INTERNO

CÓDIGO:

EC-F-8

VERSIÓN

V01-2022

Causa: Posible falta de capacitación sobre el protocolo, no se realiza verificación de la adhesión de los protocolos por parte del líder o coordinador del servicio.

Efecto: Posibles incidentes o eventos adversos.

5. ADHERENCIA AL PROCESO DE IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE – HALLAZGO No. 5

Condición: La ESE cuenta con protocolo de identificación correcto del paciente, siendo este proceso transversal a toda la institución por lo cual en cada etapa del proceso se debe realizar una identificación segura del paciente, en desarrollo de la auditoria se realizo verificación el protocolo en compañía de la líder de seguridad del paciente en las áreas de urgencias (triage), observación, hospitalización y pediatría, encontrado que en el área de triage no se realiza la adecuada identificación por parte del personal del área de la salud que realiza el traige, se evidencia que no le pide el documento en físico para verificar el nombre ni el numero de cedula, el paciente le indica al personal asistencial el numero de cedula pero no hay verificación cruzada, ahora, en el proceso administrativo de ingreso el funcionario del ciclo económico interno, tampoco realiza la verificación cruzada ni solicita el documento para evitar homónimos, se evidencia que existen falencias por parte de los trabajadores del ciclo económico interno, así mismo ocurre en el área de consulta externa cuando facturan las citas medicas no se hace la verificación del documento del paciente, es necesario que los intervinientes en el protocolo tengan retroalimentación por parte del líder y de igual forma que sean los lideres quienes realicen aleatoriamente el cumplimiento del protocolo.


Criterio: Protocolo aprobado por la ESE

Causa: No se cuenta con adherencia al protocolo, no existe verificación del líder sobre la adherencia al protocolo para realizar las debidas retroalimentaciones de ser necesario

Efecto: Posibles incidentes o eventos adversos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se establecieron cinco (05) hallazgos en la auditoria del proceso de seguridad del paciente
- Se contó con disposición de la líder del proceso para el envío de información y acompañamiento en la verificación de los diferentes procesos.

	HOSPITAL REGIONAL DE MONIQUIRA E.S.E.		
	FORMATO INFORME FINAL AUDITORIA		
	PROCESO EVALUACIÓN Y CONTROL SUBPROCESO: CONTROL INTERNO		
	CÓDIGO:	EC-F-8	VERSIÓN

- Se realizó revisión al programa de reactivo vigilancia encontrando que se adhieren el protocolo, sin embargo, se sugiere que se de cumplimiento a la actividad 19 del programa la cual consiste en realizar la marcación correcta al momento de empezar el reactivo, toda vez que en la verificación se evidenció que no se marca con el responsable de la apertura.
- Se realizó la verificación del protocolo para reducir riesgo de la atención del paciente crítico evidenciando que se cumple con el protocolo.
- Se recomienda la participación del área de recursos físicos e inventarios en el proceso de seguridad del paciente toda vez que son áreas indispensables para la correcta adhesión de los diferentes protocolos por parte de los diferentes actores.
- Se sugiere que se tenga coordinación armónica entre el área de recursos físicos y el programa de tecnovigilancia toda vez que se evidenció que se cuenta con discrepancias frente a la solución de los inconvenientes, ya que no es fácil identificar muchas veces en donde se encuentra la falla si en el área de ambiente seguro o de biomédica.
- Se pudo evidenciar que la líder del proceso, así como los coordinadores de los diferentes programas que lo integran son profesionales activos y comprometidos con el cumplimiento al interior de la ESE
- La líder del proceso hace seguimientos y rondas de forma activa para disminuir posibles fallas en los protocolos o procedimientos, sin embargo, se recomienda que se tenga participación activa de cada líder y coordinador de las diferentes áreas para que el proceso se encuentre con los menores riesgos posibles.
- Se realizan activamente los comités de seguridad del paciente para identificar las falencias de cada programa y así implementar acciones de mejora

El día 30 de septiembre se remitió el informe preliminar para que se ejerciera el derecho de contradicción, sin embargo, dentro del plazo establecido que fue hasta el 04 de octubre de 2024 no fue allegada objeción alguna a las observaciones establecidas en dicho informe, por lo que el presente documento corresponde al informe final de la auditoría al proceso seguridad del paciente, en el cual se establecieron **CINCO (05)** hallazgos de los cuales deberá suscribirse plan de mejoramiento.

Se firma el 09 de octubre de 2024

ORIGINAL FIRMADO

KATHERIN ZAMARA BELTRÁN BARRERA

Auditora interna

Asesora de Control Interno de Gestión

Hospital Regional de Moniquirá ESE