

INFORME AUDITORÍA INTERNA SUB PROCESO DE FARMACIA. E.S.E.
SALUD DEL TUNDAMA - 2023.

E.S.E SALUD DEL TUNDAMA

CATHERINE VAN ARCKEN MARTINEZ

Gerente

ANDREA DEL PILAR RODRÍGUEZ TOBOS

Profesional especializado(a) Área de la Salud.

LISBETH ASTRID PEDRAZA GUERRERO

Líder Sub proceso de Farmacia.

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ

Asesor Oficina Control Interno

Edición

SEPTIEMBRE-OCTUBRE

2023.

“DUITAMA PARA TODOS”

INFORME AUDITORÍA INTERNA SUB PROCESO DE FARMACIA. E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA - 2023.

1. OBJETIVO

Evaluar la gestión adelantada por la E.S.E. Salud del Tundama del área o Sub proceso de Farmacia, en cuanto al cumplimiento normativo vigente, las directrices establecidas en el Manual de funciones, procedimientos, Plan Operativo Anual, instructivos y formatos relacionados con el proceso.

Determinar el adecuado diseño y aplicación de los procedimientos y la administración de los riesgos del Sub proceso de Farmacia de la ESE. Salud del Tundama, con el fin de generar recomendaciones de valor para fortalecer el control interno de la entidad.

2. ALCANCE

Se define el alcance de la auditoria en la aplicación del sistema de control interno en los procedimientos (autocontrol en sus actividades) y el adecuado diseño y seguimiento de los controles de los riesgos asociados a los procesos estratégicos del área de Farmacia. Los temas evaluados corresponden seguimiento de indicadores, Riesgos, controles, POA 2023, programa de farmacovigilancia, procedimientos en general, procedimiento específico de gestión del Riesgo EGMCp08-110, manual de funciones e inventarios conteos aleatorios.

3. PROCESOS INVOLUCRADOS

Subproceso de Farmacia. E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA – 2023.

4. SOPORTE LEGAL

La Oficina Asesora de Control Interno, en ejercicio de las facultades legales otorgadas por la ley 87 de 1993, modificada por la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2145 de 1999 y sus modificaciones, los Decretos 1537 de 2001, 2482, 2641 de 2012 y 943 del 21 de mayo de 2014; así como los lineamientos establecidos en la Guía de Auditoria basada en riesgos para entidades públicas del DAFP, que establecen la función de realizar la evaluación independiente al Sistema de Control Interno, a los procesos, procedimientos, actividades y actuaciones de la administración, con el fin de determinar el cumplimiento y la efectividad de la gestión institucional y de los objetivos de la entidad,

“DUITAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.

generando recomendaciones para asesorar al representante legal de la entidad, en busca del mejoramiento continuo.

En cumplimiento al programa general de auditorías aprobado para la vigencia 2023, por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, el asesor de control interno adelantó la auditoría al sub proceso de Farmacia revisando los siguientes aspectos:

Manual específico de funciones Acuerdo N°004 de febrero 07 de 2019.

Cumplimiento de Indicadores Software Almera.

Procedimiento Gestión del Riesgo EGMCP08-110.

Plan Operativo Anual 2023.

Matriz de riesgos y controles asistenciales del sub proceso. Software Almera.

5. DESARROLLO

5.1. METODOLOGÍA

Se acude directamente al proceso para entrevista directa con el líder del su proceso de farmacia, en donde se realizan preguntas de carácter orientativo e informativo para el auditor frente a las actividades allí realizadas; se realiza previamente la revisión de la plataforma institucional o software Almera para verificar los documentos fuente que respaldan el control interno del Sub proceso, la aplicabilidad de los distintos documentos que allí reposan y para conocer sobre los indicadores del mismo.

Se solicita información adicional para el posterior análisis de acuerdo al programa de trabajo establecido, la cual fue allegado en forma correcta al correo institucional de control interno previo a la visita.

Se hizo el correspondiente estudio a; auditoría anterior, manual de funciones y a los procedimientos en materia de riesgos y controles del proceso, se revisó y verificó el respectivo cumplimiento de las principales funciones, entrega de informes de ley, para este caso se realizó inventario aleatorio.

La auditoría se llevó a cabo con normas de auditoría generalmente aceptadas, con políticas y procedimientos de auditoría establecidos por la Auditoría General de la Nación, consecuentes con las de general aceptación; por lo tanto, requirió acorde con ellas, de planeación y ejecución del trabajo de manera que el examen proporcione una base razonable para fundamentar el presente informe.

La auditoría incluyó el examen, sobre la base de pruebas de información selectivas, de las evidencias y documentos que soportan el sub proceso de farmacia; los estudios y análisis se encuentran debidamente documentados en papeles de trabajo, los cuales reposan en los archivos de esta Oficina Asesora de Control Interno.

Adicionalmente se realizó la siguiente revisión y evaluación;

1. Revisión de documentos: Revisión aleatoria de documentos generados y recibidos por el sub proceso de farmacia de la ESE Salud del Tundama.
2. Investigación; Revisión, estudio, análisis y seguimiento de indicadores, riesgos y controles en plataforma almera; revisión en plataforma ASIS, revisión manual de funciones para los profesionales que intervienen en el Sub proceso referido, y demás procedimientos fueron constatados para verificar el sistema de control interno del sub proceso.

Este documento contiene información de interés exclusivo del auditor y el auditado para surtir los trámites establecidos en la Guía de Auditoría. En ese sentido, hasta tanto no se constituya como informe final y sea publicado en la página web de la ESE Salud del Tundama, no podrá ser distribuido ni utilizado por terceros, ni se podrá hacer referencia a él en ningún otro asunto, sin el consentimiento previo y por escrito del jefe de Control Interno.

5.2. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.

La visita se realizó los días 18 y 19 de Septiembre de 2023 directamente en las instalaciones de farmacia en el primer piso de la ESE Salud del Tundama. La auditoría se llevó a cabo en la jornada laboral y fue atendida por la líder de farmacia quien mostró su interés, diligencia y respeto por el proceso de auditoría.

La información requerida por la oficina de control interno fue allegada por la líder de Farmacia para los respectivos análisis.

Cabe anotar que se registra una auditoría anterior denominada seguimiento a inventario físico de medicamentos de fecha junio 30 de 2020, la cual arrojó unas observaciones y recomendaciones por parte de control interno.

Las recomendaciones y observaciones dadas en ese momento corresponden a las siguientes;

“

- ✓ *Se hace necesario Elaborar el procedimiento realización de inventarios de acuerdo a las necesidades de la entidad.*

“DUITAMA PARA TODOS”

- ✓ Realizar muestreos físicos periódicos mensuales de las referencias encontradas en esta auditoría, los de mayor rotación, los de menor rotación y los de mayor costo.
- ✓ Realizar los informes de inventario físico (farmacia) mostrando las diferencias faltantes y sobrantes en un mismo cuadro cada trimestre.
- ✓ Elaborar un listado de los medicamentos próximos a vencer cada mes
- ✓ Auditar diariamente por lo menos tres ítems con las diferencias mas representativas.
- ✓ Se hace necesario adoptar controles que permitan minimizar el riesgo en los registros de transacciones; al igual la elaboración de los indicadores deben medir e identificar los posibles riesgos en el subproceso.
- ✓ Se hace necesario manejar un único software para el control de inventario de medicamentos. Es de aclarar que este compromiso se tiene desde 2018.

Como se pudo constatar de estas actividades algunas ya fueron cumplidas sin, embargo, las faltantes es importante que se acepten las recomendaciones contempladas para tal efecto.

Programa de Farmacovigilancia MADTFpg01-173 de Fecha 2023-07-27

Versión Vigente: 8; Al respecto se evaluó la adherencia de la líder respecto del proceso del programa y explicó cada uno de los pasos. Se le preguntó por la última modificación la cual también se evidenció el conocimiento.

Desde el comité de Farmacia y terapéutica o seguridad del paciente manifestó llevar el seguimiento del programa, tal como lo indica el documento. Sumado a lo anterior se evidencia respecto del comité que ha realizado todas sus reuniones de acuerdo a la Resolución de conformación del comité, hasta el mes de septiembre del presente año y ya se encuentran cargadas y debidamente diligenciadas las actas.

Otro aspecto que se evaluó tuvo que ver con el conocimiento de sus funciones del manual de funciones AGTHm03-180 y con el desarrollo de las mismas, se pudo apreciar que se debe fortalecer el conocimiento de este documento, así como su ubicación. Se destaca, que pese a lo anterior, una vez revisado el contenido de las funciones una a una explicó en debida forma como se vienen desarrollando dentro del sub proceso que lidera, lo cual refleja cumplimiento en el tema pero a su vez una oportunidad de mejora.

Se estimó que se debe fortalecer el conocimiento frente al papel que como líder debe desempeñar ante el posible incumplimiento de funciones en sus compañeras, a pesar de no ser supervisora dado que en entrevista se evidenció esta situación. Resultando una observación y es que dicha persona considera que debe reportarlo a la empresa que tiene contratadas a dichas personas en el caso de las regentes.

Se explica la alternativa de realizar informe escrito y enviarlo vía correo electrónico a la supervisión del contrato, la cual es ejercida por la profesional especializada en salud, quien a su vez deberá reportar el posible incumplimiento a contratación para que se realice audiencia y se reciban los descargos de la empresa y del colaborador(a).

Durante la visita se evidenció el cumplimiento de horario de las regentes y la buena atención a los usuarios así como el respeto del digiturno y de los turnos preferenciales de usuario notable.

La líder conoce la edad de adulto mayor que de acuerdo a ley es de 60 años y está dentro de nuestros usuarios notables siendo esta una de las preguntas claves para garantizar el servicio preferente a este tipo poblacional.

Indicadores de Almera del subproceso de Farmacia: Al respecto se evidenciaron y evaluaron los siguientes con corte a 31 de agosto;

1. Oportunidad en la entrega de medicamentos POS: Cumple se encuentra en verde.
2. Tiempos de Espera en Sala Servicio Farmacéutico: Cumple se encuentra en verde y el tiempo de atención está por debajo de los 17 minutos establecidos para el mes de agosto. En los meses de mayo y junio presentó semáforo amarillo lo cual no obliga a realizar plan de mejora.
3. Porcentaje de medicamentos Vencidos. Para el mes de Junio de 2023 se semaforizó este indicador en rojo pero no se evidencia plan de mejora por lo que se realizará la respectiva recomendación en cumplimiento del manual de indicadores. Para los demás meses hasta Agosto cumple encontrándose en verde.
4. Proporción de fórmulas médicas entregadas de manera completa. Cumple tan solo presenta el mes de agosto semaforización amarilla, será opcional del líder el plan de mejora.
5. Eventos serios o no serios detectados y gestionados de Farmacovigilancia: Se cumple con el indicador sin observaciones al respecto.
6. Cobertura a pacientes polimedcados con educación sobre uso seguro de medicamentos: Desde los meses de Mayo a agosto de 2023 se encuentra en Rojo, sin embargo la líder refiere que el trabajo que se viene realizando es serio y que viene haciendo un reporte responsable en el indicador y no el simple diligenciamiento en 100% para el último mes reporta 270 polimedcados

“DUITAMA PARA TODOS”

e indica que al 68% se les ha realizado educación en prescripción de ordenes médicas y refiere textualmente lo siguiente;

- Se realiza el seguimiento por medio de la farmacovigilancia activa.
- Se aclara que el indicador entro en nivel crítico teniendo en cuenta que se identificó que no se estaba tomando de manera correcta el valor del denominador del indicador.
- Aunque el indicador se encuentra en nivel crítico presenta un crecimiento positivo con 5 puntos porcentuales por encima del resultado inmediatamente anterior.

A lo anterior se tiene en cuenta por el presente auditor, aún así se debe establecer el plan de mejora para el presente indicador el cual a la fecha no se ha registrado en Almera, por lo que deberá hacerse la correspondiente Observación.

Actividades del (POA) Plan Operativo Anual: Se analizó y observó el cumplimiento de las actividades descritas a continuación todas por un porcentaje igual o mayor al 75%.

- Cobertura al seguimiento a pacientes polimedicados.
- Educación a pacientes polimedicados
- Evaluación de adherencia al diligenciamiento de la Conciliación Medicamentosa de Odontología.
- Evaluación de adherencia al diligenciamiento de la Conciliación Medicamentosa de Enfermería.
- Evaluación de adherencia al diligenciamiento de la Conciliación Medicamentosa de Medicina.

Por lo anterior se destaca el correcto cumplimiento de actividades propuestas por parte de la líder.

Manual de servicio Farmacéutico MADTFm02-173:

Se realizó la respectiva evaluación a la líder y al sub proceso del presente Manual evidenciando una buena adherencia adicionalmente se observó estructura física, se observa el correcto almacenamiento, distribución, dispensación y control de la calidad de los medicamentos, dispositivos médicos en el área de farmacia.

También se logró apreciar la educación al paciente en el proceso, el desarrollo de las actividades de promoción y prevención y el cumplimiento del fácil acceso. Respecto de las áreas también se evidencia cumplimiento.

Se aprecia de acuerdo al manual de servicio farmacéutico que el lugar de farmacia debe ser de fácil acceso para los usuarios y se debe identificar con un aviso en letras visibles, esto último se apreció por la visita de auditoría con una posibilidad de mejora. Se recomendará al respecto para ofrecer un mejor cumplimiento.

Del mismo modo fueron revisadas de manera general las condiciones de las áreas de almacenamiento encontrando cumplimiento de las siguientes:

- Alejadas de sitios de alta contaminación: Cumple
- Fácil circulación de personas y objetos: Cumple
- Pisos resistentes, de fácil limpieza, material impermeable con sistema de drenaje: Cumple.
- Paredes y techos: Cumple parcial/ falta pintura.
- Iluminación: Cumple
- Ventilación: Cumple.
- Rayos solares: Cumple
- No contacto de medicamentos con el piso: Cumple.
- Condiciones de temperatura y humedad: Cumple
- Mantenimiento de cadena de frío; Cumple

Respecto a lo anterior se determina que del 95% de condiciones evaluadas todas se cumplen las especificaciones para almacenamiento de medicamentos y dispositivos.

Se pudo apreciar, el correcto procedimiento para la dispensación de los medicamentos; desde el recibo de la fórmula médica con los requisitos legales, pasando por la entrega e información de uso adecuado hasta el registro de salida.

El control de fechas de vencimiento también se evidenció por medio de la semaforización establecida en el formato CONTROL DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS E INSUMOS AGAF51-230, en la cual se encuentran registradas 893 casillas con medicamentos y dispositivos con su respectiva fecha de vencimiento y color de semaforización, fueron siete 7 los medicamentos encontrados en rojo. No se hará recomendación al respecto.

Se observó también el cumplimiento del perfil de la líder del servicio farmacéutico y la experiencia de dos o más años.

Respecto de lo que dentro del manual de servicio Farmacéutico MADTFm02-173 refiere a inventarios se encuentra que las regentes deben participar en los inventarios periódicos y semestrales de medicamentos y dispositivos, ante lo cual esta oficina asesora de control interno encuentra que no se han realizado los inventarios en el presente año, lo cual será otro aspecto a recomendar como función además de quien sea el tecnólogo(a) en regencia en farmacia.

En conclusión, se cumple el manual de servicio farmacéutico en su mayoría y se conoce por la líder pero se debe ahondar en dar cabal y estricto cumplimiento.

Procedimiento de recepción de medicamentos y/o dispositivos médicos Código MADTFp03-173 versión 03 de Sept 2023: Se corroboró el conocimiento del procedimiento por parte de la líder quien realizó una actualización al procedimiento en el presente año en el mes de septiembre, lo cual denota el conocimiento y un buen aporte de trabajo. La actualización refirió a no recibir medicamentos con fecha de vencimiento inferior a un año. Como conclusión si se cumple el procedimiento en Farmacia.

Procedimiento uso correcto del digiturno para farmacia: MADTFp06-173 versión 09 de Sept 2023: Al respecto de este se evidencia cumplimiento del procedimiento y buen manejo de conocimientos por parte de la líder.

Pese a lo anterior se pudo observar que por algunas actualizaciones se han presentado fallas de manera intermitente, lo cual es un motivo para que se altere el servicio hasta su restablecimiento, se encuentra aún así en el procedimiento un paso por contingencia del fallo, pero este no aclara cual es la ruta que se debe seguir por parte de los colaboradores para dar orden a la llegada de más usuarios y es necesario que así se contemple y ejecute. Ante lo anterior se recomendará adelantar una correspondiente acción de mejora.

Dentro de los papeles de trabajo de forma digital se cuenta con el reporte de atención de los días 18 al 22 de septiembre de 2023, de lo cual se observan varios casos en los cuales el tiempo de atención supera el límite de lo establecido de 17 minutos. Con preocupación se observa que hay tiempos de atención a pacientes de más de una hora para la entrega de medicamentos, así como en otros casos supera los 50 minutos inclusive tratándose de usuarios notables o priorizados para el caso citado adulto mayor y persona en condición de discapacidad, como se observa a continuación;

2653	N046	Farmacia	Adulto mayor	19/09/2023 10:18 a. m.	19/09/2023 11:09 a. m.	00 h - 50 m
2274	N031	Farmacia	Discapacitado	18/09/2023 09:23 a. m.	18/09/2023 10:19 a. m.	00 h - 56 m

Imagen 1. Fuente: Base de datos digiturno ESE Salud Tundama.

Como se aprecia la duración es de 50 y 56 minutos, por lo que se deberá realizar acciones de mejora al respecto.

De acuerdo a líder de proceso refiere que para la semana de auditoria se encontraba con apenas dos semanas de implementación del nuevo digiturno lo cual genero algunos inconvenientes debido a fallas ajenas al servicio farmacéutico ya que se presentaron demoras por falla en el llamado, bloqueo del digiturno como tal y de la pantalla lo que ocasionó demoras las cuales en el momento ya se encuentran subsanadas. Por otra parte se informa que en el momento se cuenta con plan de mejoramiento en ALMERA para este indicador y al día de hoy el promedio del tiempo de espera se encuentra en 17.4 minutos y se está cerca de cumplir la meta establecida que es 17 minutos.

Pese a esta apreciación anterior se toma en cuenta los tiempos observados.

Procedimiento manejo de inventario de medicamentos y/o dispositivos médicos e insumos MADTFp13-176 versión 02 de 2021.

Se pudo constatar respecto de este procedimiento que no tiene adherencia por parte de la líder, como se refirió ya, no se han realizado inventarios en el presente año. El presente procedimiento no registra la periodicidad con la que debe hacerse y deja a disposición de control interno que por solicitud se requiera. Frente a lo anterior se hará la respectiva recomendación u observación.

Otros resultados producto de la auditoría se relacionan a continuación:

En materia de quejas y reclamos se puede apreciar que el tiempo en la entrega de medicamentos es una causa importante, a lo cual refirió la líder que se presentan cuando el personal se desplaza a realizar atención extramural. Asunto entonces que debe tenerse en cuenta para una acción de mejora a forma de recomendación.

Se revisó el informe de visita de la Secretaría de Salud de fecha septiembre 13 de 2023, el cual constará en los papeles de trabajo de la auditoría en 7 folios archivo digital de visita el cual arroja un resultado favorable, pese a esto se recomendará el cumplimiento de los aspectos registrados y que no se cumplen.

Riesgos y controles del subproceso de farmacia: Se revisaron los 13 riesgos y sus respectivos controles y se pudo observar que no se ha materializado ningún riesgo. Lo anterior se evidenció en el link de Almera <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#> . Lo cual es un resultado satisfactorio que los controles se estén adelantado.

Se observan también 20 veinte planes de acción, referentes a los controles los cuales llevan un avance en promedio del 80%, con sus respectivas evidencias.

Informes de ley: Se encuentran los reportes de informes al día.

Inventario Aleatorio: Se evidencia que se registra un inventario hecho en 2022 en agosto, el cual deja una recomendaciones frente a las cuales se encuentra que ya fueron tenidas en cuenta.

Para la presente auditoría se tomó una muestra del 10 % de los medicamentos para realizar conteos, para lo cual se imprimieron dos listados y al respecto se encontraron los siguientes resultados:

ITEM	PRODUCTO	EXISTENCIA	CONTEO CONTROL INTERNO
2	ACETAMINOFEN GOTAS SOL ORAL 100MG/MLX30MLGOTAS	28	28
9	ACIDO FOLICO (BLISTER 10 UND) TABLETA 5 MG	150	150
18	ALPRAZOLAM (BLISTER 10 UND) TABLETA 0.5 MG	180	180
19	ALUMINIO ACETATO POLVO TOPICO 2.2 g	0	
27	AMOXICILINA SUSPENSION ORAL 250 MG/5ML 100ML UNIDADES 250 MG/5ML 100ML	107	107
38	BENCILO BENZOATO LOCION 0.25	36	36
41	BETAMETASONA FOSFATO DISOD. SOLUCION INYECTABLE 4 MG / ML DE BASE	32	32
84	DEXAMETASONA (ACETATO) SOLUCION INYECTABLE 8 mg/ml	174	174
92	DIENOGESTREL + ETINILESTRADIOL (BLISTER 21 UND) TABLETA 2 MG + 0.03 MG	273	273
107	ESPIRAMICINA (USO EXCLUSIVO PARA TOXOPLASMOSIS) (BLISTER 10 UND) TABLETA	120	120

	3.000.000U.I		
111	ESTROGENOS CONJUGADOS CREMA VAGINAL 0.625MGX40GR	42	42
125	GENTAMICINA (SULFATO) SOLUCION OFTALMICA 3 mg/MLX6ML	123	123
135	HIDROCORTISONA (ACETATO) LOCION 0.5%X30ML	36	36
140	HIERRO (FERROSO) SULFATO ANH. JARABE 20- 25MG/ML	203	203
152	ISONIAZIDA (BLISTER 10 UND) TABLETA 300 MG	30	30
155	KETOCONAZOL (BLISTER 10 UND) TABLETA 200MG	186	186
162	LEVOMEPROMAZINA (BLISTER 10 UND) TABLETA 100MG	300	300
165	LEVOTIROXINA SÓDICA (BLISTER 25 UND) TABLETA 137 MCG	50	50
176	LIDOCAÍNA CLORHIDRATO (JALEA) JALEA 2%X30ML	70	70
204	NAPROXENO SUSPENSION ORAL 150MG/ 5ML	39	39
209	NISTATINA CREMA 100000 U.IX20GR	173	173
244	PREDNISONA (BLISTER 10 UND) TABLETA 50 mg	330	330
249	RETINOICO ACIDO CREMA 0.05X30GR	28	28
255	SALBUTAMOL (SULFATO) LIQUIDO INHALACION 100 mcg/dosisX10ML	123	123
263	TEOFILINA (BLISTER 10 UND) CÁPSULA 125 mg	176	176
265	TEOFILINA ELIXIR 80 MG /5ML X 240 ML	160	160
270	TINIDAZOL SUSPENSION ORAL 200MG/MLX15ML	21	21
284	WARFARINA SÓDICA (BLISTER 10 UND) TABLETA 5 mg	85	25
287	ZINC SULFATO SOLUCION ORAL FRASCO 2MG/MLX80ML	14	14

Imagen 2. Tabla elaborada por control interno muestra conteo aleatorio medicamentos.

Como se puede apreciar, de los productos escogidos, los cuales fueron al azar, solo uno presenta diferencias, pero se aclaró en debida forma por parte del servicio de farmacia que se despacharon o vendieron 60 unidades las cuales fueron reflejadas en el sistema de salidas con fecha del 19/09/2023 bajo el número 4.422.960.

Por la anterior explicación, no se tomará como hallazgo. De otra parte se informa que frente a los demás ítems auditados no presentaron diferencias de ninguna clase. Por lo cual es un hallazgo positivo.

Otros Resultados de consideración producto de la auditoría:

“DUITAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.

Dentro de la visita se pudieron notar los siguientes aspectos;

- Se observa que la líder del proceso trabaja medio tiempo por contrato de prestación de servicios. Pero cuenta con disponibilidad en otros horarios y acceso remoto para realizar trabajo en casa y dar cabal cumplimiento a lo requerido en su contrato.
- El mobiliario debe buscarse la forma de restaurarse o remplazarse según se estime. Algunos muebles no cierran correctamente.
- Algunas canecas de color gris deben ser remplazadas por blancas de acuerdo a las indicaciones de normatividad.
- Uno de los equipos de cómputo que pertenece a una de las regentes manifiestan no tener funcionamiento y velocidad óptimo para el trabajo y tampoco cuenta con ASIS, lo anterior retrasa las actividades en farmacia dado que es el equipo asignado a la colíder del proceso. Posterior a la auditoría y previo al informe final se implementaron los software Asis y Almera al computador, según informa la líder en la socialización del presente informe.
- Se observa la necesidad de usar otro tipo de protección para el frío en ciertas mañanas de la semana tanto por parte de la líder como de su equipo de regentes.
- El personal de farmacia en ocasiones se ve disminuido durante varios días, esto con posterioridad a la terminación del contrato y al tiempo transcurrido entre su nueva vinculación, lo cual incide directamente en los tiempos de espera en sala para la dispensación. Del mismo modo sucede cuando se requiere desplazamiento extramural de alguna de las regentes para cubrir jornadas de OIM, o en los casos que se debe cubrir el periodo de vacaciones de la Regente Concepción Bonilla, lo cual ha acarreado quejas escritas se reitera respecto de la demora en la atención.
- Parte del mobiliario se observa puede requerir cambio, o ser restaurado.
- Se observa una remisión de unos medicamentos de la empresa JEZA, quien tiene contrato de medicamentos con la entidad, la entrega de la factura estaba supeditada a un estudio de solicitud de ajuste de precios omitiendo la obligación de entrega de factura del contrato. Se informa previo al informe final de esta auditoría que ya se allegó la factura faltante tras el requerimiento debido.
- Se evidencia que se puede, pese a la buena señalización del lugar, mejorar la referente para que el usuario visualmente pueda más claramente llegar al área de farmacia.
- Al momento de la visita la líder no había recibido inducción.

“DUIITAMA PARA TODOS”

- Se evidencia de acuerdo a entrevista con la líder que se hace prestamos de medicamentos.
- Se informó por parte de una de las regentes que en el tiempo que lleva laborando en la entidad no se había hecho auditoría sino referente a los conteos de medicamentos.
- Se evidenció falta de cumplimiento de normas de archivística en lo referente a archivar de acuerdo a las tablas de retención documental, toda vez que las mismas están en proceso de implementación.
- La estrategia de usuario notable requiere continuar fortaleciéndose en el área de farmacia, a través de estrategias de concientización para lograr la más alta y efectiva atención prioritaria a los usuarios beneficiarios de la estrategia.
- Se aprecia que no existe dentro de la estrategia de usuario notable un sticker para población campesina, quienes son sujetos de especial protección constitucional.
- Se evidencia que la líder no ha sido instruida en cuanto al documento en el cual se describe el cargo de la colaboradora Concepción Blanco Bonilla y sus funciones específicas. Pero direcciona las funciones de la colaboradora teniendo en cuenta que la misma es regente y sobre las regentes se evidenció que tiene claras las funciones. Por lo que existe confusión para saber a quién se pasar las novedades de esta colaboradora.
- Se evidencia que no existe un procedimiento para recibir donaciones
- Del Contrato de prestación de servicios N°137 de 2023 que es ejercido por la líder de farmacia se aprecia que algunas funciones como 16, 23, 30, 41, 54, se encuentra descrita la casilla de evidencias de forma inconclusa toda vez que o no se describe la evidencia o si se describe no se adjunta un link donde se pueda evidenciar la actividad descrita por la colaboradora.
- No se evidencia un formato parametrizado para realizar inventario de medicamentos.

Frente a los anteriores hechos se harán recomendaciones de acciones de mejora, que busquen fortalecer el servicio de acuerdo a los principios, objetivos y fines de la entidad.

Resultados positivos encontrados en la visita:

- Se encuentra que el servicio de farmacia brindado se hace con humanización y con la mayor agilidad posible por parte de las regentes.

“DUITAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.

- Se observa un trabajo coordinado en cabeza de la líder de farmacia.
- Se observa respeto y buen clima laboral entre las colaboradoras.
- Se resalta la experiencia e interés de la líder así como su adaptabilidad para desempeñarse.
- La líder ha revisado y ajustado varios procedimientos, entendiendo que esto conlleva un gran esfuerzo.
- Programa farmacéutica se observa Rotulación de medicamentos lasa y alto riesgo.
- Hay un trabajo concreto en ascenso respecto de los pacientes polimedificados.
- Dan cumplimiento de forma ejemplar a la estrategia de usuario Notable.
- Manejan en debida forma el boletín Notipharma.
- No se han materializado riesgos y cumplen los controles.
- Se encuentran al día en actividades PAMEC y Plan de acción del comité de farmacia.
- Muy buena disposición de la líder y del equipo de regentes para recibir la auditoría con el mayor respeto y seriedad del caso.
- No se encontraron diferencias en el inventario.
- Se detalló que a los medicamentos se les revisa en las facturas y en físico para que coincidan los lotes.
- Manejan archivo de semaforización de fechas de vencimiento de medicamentos.

6. HALLAZGOS U OBSERVACIONES.

6.1 HALLAZGO: Incumplimiento parcial por indebido diligenciamiento de los indicadores en el sistema Almera por parte del sub proceso de farmacia.

Criterio: La gestión de los indicadores tienen como fin establecer métricas que permitan identificar la eficacia, eficiencia y efectividad a todo nivel institucional.

Así mismo el modelo integrado de planeación y gestión, de la entidad se ejecuta mediante el sistema integrado de gestión Almera, este utiliza los indicadores como un mecanismo para generar resultados que atiendan el plan de desarrollo y resuelven problemas y necesidades de los ciudadanos.

El indebido y/o inoportuno diligenciamiento de los indicadores atenta contra el logro de objetivos de la institución, así como el cumplimiento del mejoramiento continuo de cada proceso y subproceso en estándares de acreditación y buena atención en servicios de salud.

Manual EGMCm02-110, denominado INDICADORES DE GESTIÓN: Que habla de los tipos de indicadores “1. **Indicadores de Primer orden**, son los que miden el cumplimiento de la plataforma estratégica y el plan de desarrollo. 2. **Indicadores de segundo orden**, son los que miden el cumplimiento de la gestión de procesos y obligatorios por normatividad legal vigente.

7.3.13.4 TIPO SE SEMAFORIZACIÓN

Semáforo Rojo. Rango considerado como deficiente en las mediciones del indicador, en las cuales, si se presenta, debe realizarse obligatoriamente plan de mejora en el periodo en el que sucedió...

EGMCi01-110 INSTRUCTIVO PLANES DE MEJORA ALMERA.

Objetivo: Orientar a los líderes de los servicios en la formulación y seguimiento de los planes de mejora desde el software de gestión Almera, encaminado a los indicadores de procesos y programas de la ESE Salud del Tundama, cuando los valores estén por debajo de lo esperado.

Procedimiento EGMCp02-110 ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA. Objetivo: Definir los criterios para la gestión de acciones correctivas y de mejora de tal forma que se identifiquen, analicen y eliminen las causas de las situaciones reales o potenciales no deseadas y se establezcan las actividades necesarias para prevenir que estas ocurran o que vuelvan a ocurrir, además de aquellas que lleven a mejorar los procesos, subprocesos y actividades...

Procedimiento EGMCp36-110: Procedimiento de seguimiento de actividades del sistema de gestión integral Almera. El cual establece como objetivo: Realizar seguimiento de las actividades programadas y ejecutadas en el Sistema de Gestión Integral Almera, como herramienta fundamental, para brindar apoyo del logro de los objetivos y al mejoramiento continuo de cada proceso y subproceso en estándares de acreditación y buena atención en servicios de salud”

Paso 4. Definir el plan de acción.

Paso 5. Aprobación del plan de acción.

Decreto 1499 de 2017: ARTÍCULO 2.2.22.3.2. Definición del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

Condición: Se evidencia que no se está cumpliendo ordenado en el procedimiento EGMCi01-110 INSTRUCTIVO PLANES DE MEJORA ALMERA. respecto de uno de los indicadores pues se encontraron en rojo dos indicadores pero uno sin el correspondientes plan de mejora los indicadores en rojo obedecen a los siguientes obedecen a los siguientes;

- Porcentaje de medicamentos Vencidos. (sin plan de mejora), sin embargo se refiere por la líder que la acción correctiva se debe realizar cuando el rojo es reiterativo y se aclara que se debe es realizar plan de mejoramiento de acuerdo al procedimiento EGMCi01-110 Instructivo Planes De Mejora Almera, el cual tiene por objetivo la formulación de planes de mejora a indicadores cuando estén por debajo de lo esperado. También refiere que

“DUITAMA PARA TODOS”

se debe realizar plan de mejora el manual de seguimiento a indicadores Manual EGMCm02-110, denominado MANUAL INDICADORES DE GESTIÓN, cuando habla de la semaforización en rojo, donde refiere que debe realizarse al mismo periodo en que sucedió.

- Cobertura a pacientes polimedicados con educación sobre uso seguro de medicamentos.

Por parte de la líder se explica en la socialización del informe preliminar que ya se cuenta con acciones de mejora para garantizar el cumplimiento de este indicador, se anexa actividad y seguimiento establecido como compromiso del comité de farmacia, terapéutica y farmacovigilancia.

Causa: Falta de cumplimiento de las metas o variables de los indicadores.

Consecuencia: Incumplimiento de manual de indicadores y elaboración de planes de mejora que deben encontrarse en el Sistema de Gestión Integral Almera.

Posible riesgo materializado: Incumplimiento normatividad del Manual EGMCm02-110, denominado Indicadores de Gestión.

Valoración: Mayor.

HALLAZGO POSITIVO: Inventario con conteos Aleatorios.

Del 10% del total de medicamentos y dispositivos auditados mediante conteos aleatorios, se resalta la existencia del 100% de las cantidades registradas en el sistema frente a las unidades físicas.

OBSERVACIÓN: Manual de perfiles, cargos competencias y prerrogativas clínicas de contratistas y trabajadores en misión de la ESE Salud del Tundama AGTHm03-180:

Dicho manual no se había revisado por la líder del proceso al momento de la auditoría siendo de vital importancia para el correcto desempeño de las funciones de su equipo principalmente de las regentes.

Respecto de este manual adicionalmente se observa que, si bien existen unas funciones para el líder de farmacia, las mismas no se tienen en cuenta por la líder actual, toda vez que se encuentra vinculada por contrato de prestación de servicios de donde extrae sus obligaciones. Aunado a lo anterior al no conocerlo desconoce las funciones puntuales de las regentes de farmacia a, quienes como líder les coordina el trabajo.

Se deberá por parte de la entidad para dar aplicación al manual, buscar la forma de contratar un líder en la forma debida que garantice la presencia durante toda la jornada del servicio de farmacia.

Derivado de lo anterior, se deberá buscar que con apoyo de su supervisor(a) la líder conozca y se le informe donde se encuentran las funciones específicas de la colaboradora Concepción Blanco Bonilla así como el tipo de documentos debe revisar para advertir posibles incumplimientos de obligaciones por parte de las regentes de quienes ella no es supervisora.

OBSERVACIÓN: Manual de servicio Farmacéutico MADTFm02-173.

Se observa el cumplimiento de la mayoría de los parámetros establecidos.

Se encontró, que en el presente año no se han hecho inventarios por lo que será necesario definir la periodicidad y proceder.

De acuerdo a lo previsto en el manual y la revisión del lugar o área de farmacia se deberá buscar la forma de identificar con otro tipo de aviso y con letras más visibles el área, en cumplimiento al mismo y beneficio de los usuarios.

Como otra acción de mejora se sugiere planear la elaboración de un tablero o una señalización, cerca al área de SIAU o en la entrada que guie, indique y/o señale en que piso y hacia que dirección se encuentran los servicios, sin necesidad de preguntar la persona necesariamente en la ventanilla de información.

OBSERVACIÓN: Digiturno tiempos de espera.

Como se pudo establecer existen tiempos de espera que sobrepasan los 17 minutos promedio. Inclusive tratándose de casos de usuarios notables adulto mayor y persona con discapacidad con 50 y 56 minutos respectivamente. Lo anterior de acuerdo al reporte revisado por esta oficina para el día 19 de Septiembre de 2023.

Por lo anterior, se deberá tomar la correspondiente acción de mejora que tienda a disminuir esta situación o estos tiempos, la cual afecta el servicio con calidad y calidez de los usuarios notables.

OBSERVACIÓN: Procedimiento manejo de inventario de medicamentos y/o dispositivos médicos e insumos MADTFp13-176 versión 02 de 2021.

Se observa respecto de este procedimiento, que no se ha realizado inventario en el presente año y no se encuentra dentro del procedimiento un tiempo establecido de periodicidad, por lo cual se hace necesario su ajuste de acuerdo a la normatividad en la materia, para que se haga una vez al año.

Es necesario además, con base en lo anterior solicitar y/o recomendar producto de esta auditoría que se realice por parte del sub proceso de farmacia, inventario de medicamentos y/o dispositivos médicos e insumos.

OBSERVACIÓN: Remisión dentro del contrato de medicamentos.

Se observa una remisión de medicamentos de la empresa JEZA, quien tiene contrato de medicamentos con la entidad, omitiendo a la fecha la obligación de entrega de factura y supeditando la misma a condiciones que nada tienen que ver con las obligaciones del contrato. Deberá adelantarse la acción de mejora tendiente a demostrar la existencia de la factura correspondiente y se recomienda informar si se reportó a la oficina de contratación la situación de la no entrega de la factura a tiempo, así como si la situación se dejó por escrito en el informe de supervisión.

OBSERVACIÓN: Contrato de prestación de servicios N°137 de 2023

Se encuentra que el informe escrito que presenta la colaboradora líder de farmacia rendido del mes de agosto dentro del contrato en mención se encuentra inconcluso en las obligaciones 16, 23, 30, 41 y 54. Algunas de las anteriores obligaciones o bien no cuentan con soporte de evidencia o no tienen descrita la evidencia o bien la evidencia descrita no tiene el link o la fuente donde se pueda acreditar lo mencionado. Deberá coordinarse acciones de mejora con la supervisora del contrato.

7. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda dar cumplimiento a lo dispuesto en las observaciones y hallazgos en la presente auditoría.
2. Analizar jurídicamente la posibilidad de contar con la líder de farmacia de tiempo completo de acuerdo a lo que requieran sus obligaciones.
3. Se recomienda realizar acciones tendientes a solicitar y a destinar por la entidad los recursos para la restauración o renovación del mobiliario ubicado en la oficina de la líder de farmacia.
4. Se recomienda no disminuir el número de personal de regentes de farmacia y analizar la posibilidad de disponer de otra regente por medio tiempo para suplir las necesidades descritas en el informe.

5. Solicitar por escrito, por parte de la líder de farmacia y que se autorice por parte de la entidad el remplazo de las canecas de color gris que se encuentran en el área del servicio farmacéutico por canecas blancas que indica la norma.
6. Reemplazar el equipo de cómputo que pertenece a la colíder del proceso de farmacia por un equipo óptimo para el cumplimiento de sus labores.
7. Se solicite por la líder y se analice por parte de la Entidad la posibilidad de usar chalecos institucionales como dotación, para las regentes y para la líder previniendo situaciones asociadas a la salud y con el fin de mejorar su calidad de vida en sus trabajos.
8. Definir por parte de la entidad la viabilidad legal de préstamo de medicamentos entre entidades y de ser procedente legalmente proceder a su reglamentación mediante manual o procedimiento.
9. Realizar por la líder de farmacia una estrategia, charla o jornada de concientización sobre tiempos de atención para el equipo de regentes y el impacto que tiene esto sobre el usuario.
10. Solicitar por parte de la líder de farmacia el apoyo del líder de la estrategia de usuario notable, para que su equipo de regentes y ella reciban una jornada de sensibilización sobre los efectos que tiene para los usuarios y para la entidad, la priorización de la aplicación de la estrategia de usuario notable.
11. Por parte de la Profesional especializado(a) Área de la Salud, solicitar el análisis legal para la inclusión de un nuevo sticker de usuario notable para usuarios campesinos y en caso de análisis afirmativo desplegar las acciones necesarias para materializar y consolidar dicho sticker.
12. Por parte de la líder solicitar capacitación u orientación al líder de talento humano o a la supervisora de su contrato, respecto de las funciones de la colaboradora Concepción Blanco Bonilla y del tipo de vinculación.
13. Se recomienda a la líder de farmacia concertar en la oficina de contratación de la entidad el conducto regular para reportar novedades por posibles incumplimientos de las colaboradoras regentes que están o se puedan encontrar vinculadas por planta o nómina, por empresa temporal y/o por prestación de servicios con la entidad.
14. Se recomienda respecto de las donaciones de medicamentos desarrollar o proyectar la necesidad ante las instancias correspondientes de que la ESE Salud del Tundama cuente con documento que oriente el procedimiento para recibirlas o hacerlas y demás soportado legalmente.

15. Respeto de la ejecución del contrato de prestación de servicios N°137 de 2023, adelantar las actuaciones necesarias en coordinación con la supervisora de su contrato, tendientes a corregir lo observado en esta auditoría respecto del informe de actividades de agosto de 2023 en las obligaciones mencionadas y de los informes siguientes hasta su culminación y que cumplan con todos los parámetros que reflejen efectivamente las actividades y el cumplimiento de las mismas.
16. Parametrizar y proponer un formato para la entidad que facilite la realización de los inventarios y que este mismo sea aprobado en comité de farmacia y por calidad.
17. Implementar de forma concertada con la oficina de control interno, el plan de mejoramiento frente a lo descrito en el presente informe de auditoría cumpliendo así al procedimiento denominado auditorías internas.

8. CONCLUSIONES

1. El proceso de farmacia en cabeza de la líder tiene un desempeño sobresaliente con un servicio humano de calidad y calidez, de acuerdo se determinó en la auditoría.
2. La líder a pesar del corto tiempo que lleva al frente del proceso ha tenido la adaptación que se requiere para brindar con su equipo el buen servicio y además conoce y aplica la gran mayoría de los procesos, manuales, procedimientos y formatos que maneja la entidad.
3. Existen situaciones importantes que requieren del apoyo de la entidad a la líder para lograr la solución a las recomendaciones y acciones de mejora a su sub proceso.
4. Se sigue requiriendo mejorar en el proceso diversos aspectos en la atención con esfuerzo, empeño y dedicación del tiempo necesario.
5. Se debe realizar inventario de medicamentos y/o dispositivos e insumos médicos antes de la culminar la vigencia.
6. Existe un muy buen equipo de regentes con experiencia y compromiso que a pesar de adversidades sostienen el mejor servicio posible a los usuarios.

Cordialmente,

“DUITAMA PARA TODOS”

Calle 28 No. 15 -120 - Teléfono 7601640 - 7629612. www.saludtundama.gov.co
Duitama. Boyacá.



ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ
Asesor Control Interno
E.S.E. Salud del Tundama.