



FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME PRELIMINAR	Día:	22	Mes:	Agosto	Año:	2019

Macroproceso:	APOYO A LA PRESTACION DE SERVICIOS
Proceso:	Rayos X
Líder de Proceso / Jefe(s) Dependencia(s):	José Manuel Cortés Lozano
Objetivo de la Auditoría:	Garantizar la adecuada y oportuna prestación de los servicios que se deriven de la atención básica en salud.
Alcance de la Auditoría:	Inicia con el ingreso al servicio de Rayos X evaluando el proceso de la atención dentro lo normado, la infraestructura y los insumos requeridos. Termina con la salida y entrega al usuario del resultado de la radiografía.
Criterios de la Auditoría:	Evaluación de controles, planes de mejora y riesgos del proceso.
Equipo auditor:	Yaneth Pulido Tenorio, Auditora de Cuentas Médicas Elizabeth Murillo Cruz, Jefe de Presupuesto
Auditados:	Alexander Rodríguez, Técnico Rayos X María Eufemia Alegrías. Auxiliar Administrativa.

Reunión de Apertura					Ejecución de la Auditoría				Reunión de Cierre						
Día	21	Mes	06	Año	2019	Desde	21/06/2019 D/M/A	Hasta	21/06/2019 D/M/A	Día	22	Mes	08	Año	2019

1. Descripción General del Desarrollo Metodológico de la Auditoría

La Auditoría al proceso de Rayos X se desarrolló atendiendo el Plan de Auditoría el cual fue socializado en reunión de apertura llevada a cabo el día 21 de Junio de 2019. Se describe a continuación la síntesis de ejecución de cada una de las actividades, los cuales se detallan en los siguientes apartes:

Fortalezas del Proceso y/o Conformidades

No Conformidades/Hallazgos (Análisis de situación presentada)



1.1 Descripción de las Actividades de la Auditoría

- Verificación de las normativas externas aplicables, así como de las políticas y procedimientos definidos por la administración.
- Identificación de los controles clave del proceso.
- Definición de las pruebas a realizar y muestras objeto de evaluación, junto con los requerimientos de información.
- Validación con el Coordinador de RX sobre los resultados de la auditoría.

2. Fortalezas del Proceso y/o Conformidades

- 2.1 La sala de estudios se encuentra debidamente protegida acorde a la normatividad establecida (paredes y puertas plomadas).
- 2.2 Cuenta con elementos de protección contra las cargas ionizantes.
- 2.3 Las instalaciones (puerta y paredes) cuentan con la normatividad en cuanto a protección con material plomado.
- 2.4 El área de rayos x cuenta con una amplia estructura en la sala de práctica técnica para la toma de estudios radiológicos.
- 2.5 La licencia se encuentra actualizada y vence en mayo de 2021.
- 2.6 Adecuados insumos como Cds, consola digital, casets, papelería y materiales de oficina.
- 2.7 Se evidencia dosimetría por usuario y el análisis por el técnico.

3. No Conformidades/Hallazgos

- 3.1 Se encontró "Procedimiento de Radiología" desactualizado en cuanto al horario de funcionamiento del proceso, los días de toma de Radiografías de Columna Lumbosacra (el procedimiento dice miércoles y jueves y actualmente se están tomando todos los días). El técnico desconoce los procedimientos ya sea en medio físico o digital.
- 3.2 No se evidencia oportuna entrega de estudios radiológicos.
- 3.3 El Técnico no está empleando el uso de los elementos de protección (Chaleco y gónadas), ni lo proporciona a los pacientes.
- 3.4 La Empresa Social del Estado no ha dado aplicación a la nueva Resolución 483 de 2018.
- 3.5 En Hoja de Vida del Funcionario José Alexander Rodríguez Caicedo no se encontró diploma de estudios de técnico o tecnólogo de rayos X, examen ocupacional de ingreso, copia de la Cédula, diploma de bachiller, certificado de curso de protección Radiológica (Art. 44 Resolución 482 de 2018).



3.6 En la Hoja de Vida del Equipo de Rayos X no se evidenció Licencia de funcionamiento emitido por la Unidad Ejecutora de Saneamiento, Certificado de Calibración y Mantenimiento, hoja de vida de empresa que alquila Equipo (documentos legales: Rut, Cámara y Comercio, etc), ni hoja de vida de la empresa SIEVER, quien realiza la lectura de dosímetros (Licencia vigente del Ministerio de Minas y energía).

3.7 No existe manual de procesos y procedimientos para la toma de estudios radiológicos, acorde con lo normado en la resolución 483 de 2018.

4. Oportunidades de Mejora

- 4.1.** El tiempo de entrega de placas actualmente es de 8 días se debería disminuir mínimo a 3 máximo 5 por ser un examen de diagnóstico médico.
- 4.2.** El mantenimiento del equipo de rayos x se debe hacer trimestral. (No se evidencia en equipos fechas de mantenimiento.)
- 4.3.** Valorar el área con el fin de establecer radiaciones debido a cambios en puertas y equipo digital.
- 4.4.** Adoptar protocolo de técnicas Radiológicas.
- 4.5.** Evaluar que registros se pueden sistematizar para optimizar papel y tiempo.
- 4.6.** Enviar al Radiólogo la orden médica con su respectivo diagnóstico para guiar la lectura del estudio radiológico.
- 4.7.** Garantizar el acompañamiento permanente de personal médico y/o auxiliar de enfermería para los pacientes de urgencias y hospitalización que son llevados para la toma de estudios radiológicos.
- 4.8.** Capacitar al personal de rayos x en políticas de seguridad del paciente, manejo de limpieza y desinfección de elementos del área.
- 4.9.** Fortalecer el programa de vigilancia epidemiológica en riesgo radiológico del personal que labora en el área.
- 4.10.** Realizar mantenimiento a la mesa de Rayos x (pasa energía).
- 4.11.** El brazo del equipo de Rayos X no tiene freno y utilizan un tarro con arena para frenarlo.
- 4.12.** Mantenimiento preventivo y correctivo de instalaciones eléctricas del proceso y adecuación del cableado eléctrico.
- 4.13.** No se evidencia el Registro de habilitación del área.
- 4.14.** No se evidencia formato de registro completo de clientes de hospitalización y urgencias.



5. Reportes de mejoramiento correspondiente a vigencias anteriores

Vigencia (1)	Tipo de Mejora (2)	Hallazgo (3)	Estado del Hallazgo (4)	Responsable (5)	Ultimo seguimiento (6)
2018	Acción Correctiva	Tachones y enmendaduras en el Formato AP-FT-58 "Registro diario de rayos x". No se diligencia el formato de cambios de líquidos y al igual los formatos para diligenciar no son legibles poca calidad de la impresión/copia.	Cerrada		
2018	Acción Correctiva	Incumplimiento al "manual de procesos y procedimientos radiología e imágenes diagnosticas" en el numeral 3.1.2 normas y procesos, subnumeral 6, ya que no se registra los datos de identificación CC, y hora de la toma del estudio en el sobre de remisión y adicional el número de identificación no es legible en la placa lo que ha sido motivo de devolución.	Cerrado		
2018	Acción Correctiva	"Procedimiento de Radiología" desactualizado en cuanto al horario de funcionamiento del proceso, los días de toma de Radiografías de Columna LumboSacra (el procedimiento dice miércoles y jueves y actualmente se están tomando todos los días). Los técnicos no tienen los procedimientos físicos o digitales disponibles en el área. (Los desconocen)	Abierto		
2018	Acción Correctiva	El cuarto oscuro de revelado presenta filtro de luz lo que hace que las placas no sean de calidad y haya que descartarlas.	Cerrado		
2018	Acción Correctiva	No se evidenció el uso de los elementos de protección (Chaleco y gónadas).	Abierto		
2018	Acción Correctiva	Al momento de la auditoria no hay disponibilidad de placas (14 x 17) en el servicio.	Cerrado		
2018	Acción Correctiva	No se evidenció en Hoja de Vida del Técnico, certificado de estudios de técnico o tecnólogo de rayos X. Al igual no se evidenció el examen ocupacional de ingreso.	Abierto		



Vigencia (1)	Tipo de Mejora (2)	Hallazgo (3)	Estado del Hallazgo (4)	Responsable (5)	Último seguimiento (6)
2018	Acción Correctiva	<p>Durante la auditoria no se evidenció Hoja de Vida del Equipo de Rayos X la cual debe contener Licencia de funcionamiento emitido por la UES, Certificado de Calibración y Mantenimientos.</p> <p>No se evidenció Hoja de Vida de Empresa que alquila Equipo (documentos legales: Rut, Cámara y Comercio, etc.).</p> <p>No se evidenció Hoja de Vida de la empresa que realiza la lectura de Dosímetros (Licencia Vigente del Ministerio de Minas y energía).</p>	Abierto		
2018	Acción Correctiva	El tiempo de entrega de placas actualmente es de 8 días se debería disminuir mínimo a 3 máximo 5 por ser un examen de diagnóstico médico.	Abierto		
2018	Acción Preventiva	El mantenimiento del equipo de rayos x debe ser trimestral	Abierto		
2018	Acción Preventiva	En aspectos tecnológicos digitalizar la toma de rayos x para mejorar la prestación del servicio.	Cerrado		
2018	Acción Preventiva	Adquirir protocolo de técnicas Radiológicas	Abierto		
2018	Acción Preventiva	Evaluar que registros se pueden sistematizar para optimizar papel y tiempo	Abierto		
2018	Acción Preventiva	Enviar al médico especialista la orden medica con su respectivo diagnóstico para guiar la lectura del estudio radiológico.	Abierto		
2018	Acción Preventiva	Garantizar el acompañamiento permanente de personal médico y/o auxiliar de enfermería para los pacientes de urgencias y hospitalización que son llevados para la toma de estudios radiológicos.	Abierto		
2018	Acción Preventiva	Capacitar al personal de rayos x en políticas de seguridad del paciente, protocolo de manejo de sustancias químicas y plan de gestión integral de residuos hospitalarios, manejo de limpieza y desinfección de elementos mesa, buky, etc.	Abierto		

Vigencia (1)	Tipo de Mejora (2)	Hallazgo (3)	Estado del Hallazgo (4)	Responsable (5)	Ultimo seguimiento (6)
2018	Acción Preventiva	Fortalecer el programa de vigilancia epidemiológica en riesgo radiológico con el fin de reducir el riesgo y garantizar la prestación del servicio y seguridad de fuentes de radiación, contemplando periodo de vacaciones semestrales y exámenes de rutina anual e incluirlos en hoja de vida como soporte de seguimiento por salud ocupacional.	Abierto		
2018	Acción Preventiva	Batas para pacientes deberían ser desechables o en su defecto tener unas 5 batas y enviar a lavandería diariamente.	Abierto		

(4) Estado del Hallazgo: Abierta y/o Cerrada

Se han cerrado el 44% de las acciones correctivas y el 11% de las acciones preventivas, pero no se evidencia seguimiento al cierre del plan de Auditoría por parte del Líder del Proceso.

6. Resumen de Fortalezas y no conformidades/Hallazgos

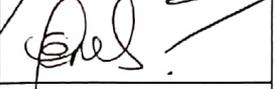
No. Fortalezas	No. Hallazgos	Oportunidades de mejora
7	7	14

7. Recomendaciones

- 7.1 La sala administrativa para revelado es muy estrecha, se puede reformar aprovechando los espacios que existen en el área de Rayos X.
- 7.2 Adoptar la resolución 482 del 22 de febrero del 2.018. (Ver anexo del acta de visita por parte de la Unidad Ejecutora de Saneamiento del 4 de julio del 2019).
- 7.3 Mejorar las condiciones de aseo.
- 7.4 Utilizar batas desechables para pacientes o en su defecto tener unas 5 batas y enviar a lavandería diario.
- 7.5 Instalar extensión telefónica interna.
- 7.6 Acondicionar archivo.



- 7.7 Adquirir Equipo de cómputo completo, Internet con mayor velocidad (10 megas) y un Disco Duro para almacenar el histórico de los estudios o el servicio de nube.

RESPONSABLES		
EQUIPO AUDITOR	Yaneth Pulido Tenorio	 
	Elizabeth Murillo Cruz	
ASESORA DE CONTROL INTERNO	Ruth Muñoz Duarte	