

# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

## Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

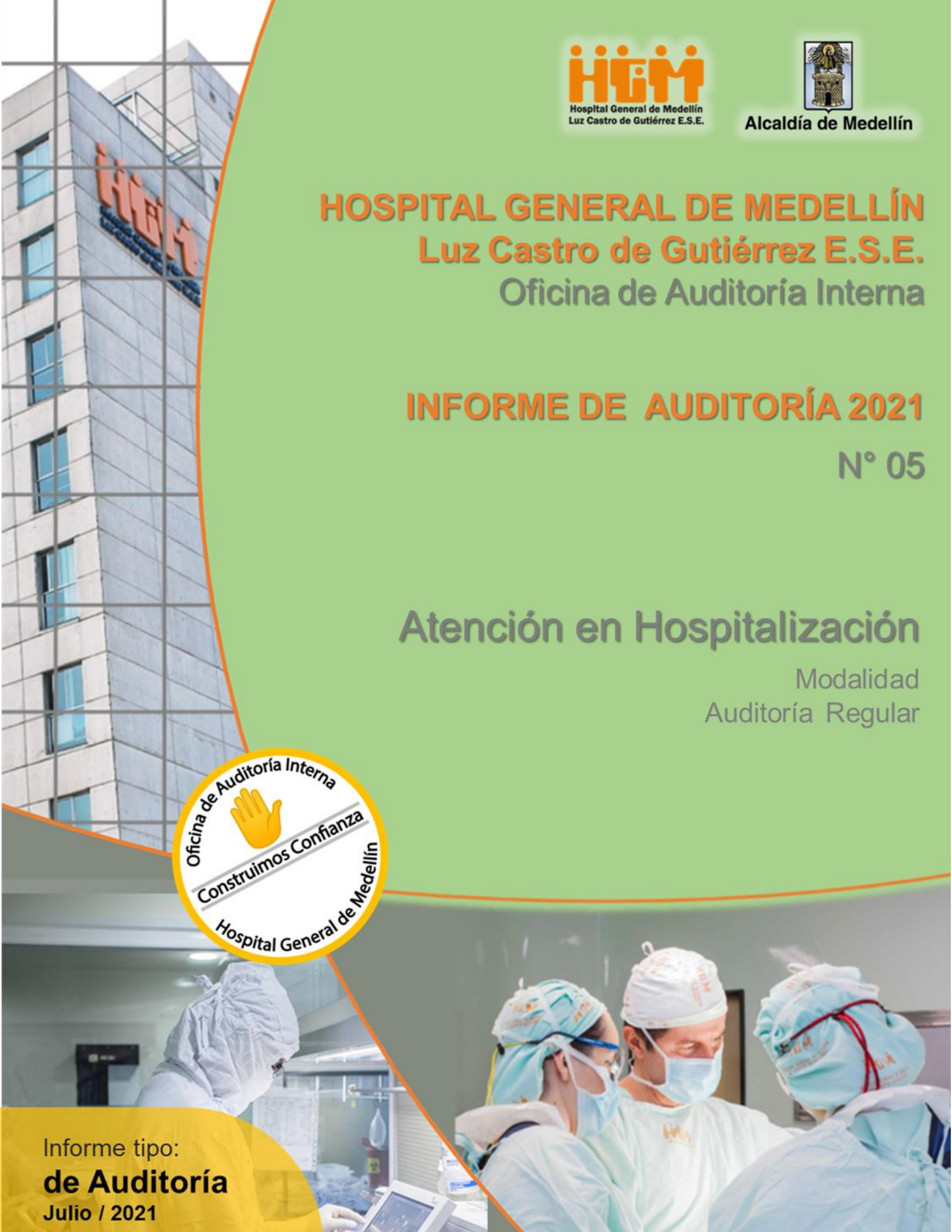
### Oficina de Auditoría Interna

## INFORME DE AUDITORÍA 2021

Nº 05

## Atención en Hospitalización

Modalidad  
Auditoría Regular





Alcaldía de Medellín

# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

## Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

### Oficina de Auditoría Interna

## INFORME DE AUDITORÍA 2021

### Nº 05

#### Equipo Oficina de Auditoría Interna

**Jefe de la Oficina:**  
Carlos Uriel López Ríos

**Audidores:**  
José Heriberto Vargas Lema  
María Janneth Agudelo Arango  
Karina Ruiz De la Hoz

**Técnico:**  
Julio E. Suescún Montoya

**Correo Oficina:**  
[oficinadeauditoria@hgm.gov.co](mailto:oficinadeauditoria@hgm.gov.co)

Oficina de Auditoría Interna  
Hospital General de Medellín  
Carrera 48 #32 – 102  
PBX: 3847300  
Medellín – Antioquia  
Colombia  
[www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)

## Atención en Hospitalización

### Modalidad Auditoría Regular





## CONTENIDO

<b>I. GENERALIDADES.....</b>	<b>5</b>
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Alcance.....	5
1.3. Metodología.....	5
1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.....	5
1.5. Fundamento Normativo.....	7
1.6. Documentos Base.....	7
1.7. Limitaciones.....	8
1.8. Terminología básica.....	8
 <b>II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....</b>	 <b>11</b>
2.1. Ficha Técnica de Auditoría.....	11
2.2. Fortalezas.....	11
2.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	11
 <b>III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	 <b>13</b>
3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	13
3.2. Para mejorar el Proceso de Control.....	15
3.3. Para mejorar el Proceso de Riesgos.....	19
 <b>IV. CONCLUSIONES.....</b>	 <b>21</b>
<b>V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....</b>	<b>21</b>
<b>VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....</b>	<b>21</b>





## PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de "Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI" y en desarrollo del Plan Anual de Auditoría Interna 2021 **"Para agregar Valor"**, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al Proceso de Atención en Hospitalización.

En la presente actividad de auditoría interna se implementa, la aplicación de los estándares generalmente aceptados de auditoría interna y en la cual se articula el equipo interdisciplinario de Auditoría Interna, en el marco del Plan Estratégico 2017-2020 **"Construimos Confianza"** de la Oficina de Auditoría Interna.

El documento se estructura en seis (6) capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que comprende el objetivo, alcance, metodología, fundamento normativo, documentos base y terminología; el segundo contiene el resumen ejecutivo. Por su parte, en el tercero se describen y relacionan las observaciones y recomendaciones y en el capítulo cuarto se relacionan las conclusiones, en el quinto se determina la formulación del Plan de Mejoramiento y en el sexto se enuncia el proceso de comunicación y socialización del Informe.

Para fines de la mejor comprensión, comunicación y resultados de la auditoría, los avances del trabajo fueron puestos en conocimiento y socializados oportunamente con los líderes de cada proceso, los cuales expresaron su posición sobre las valoraciones y observaciones técnicas de la Auditoría Interna y que hacen parte integral del documento.

El presente **Informe de Auditoría** se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2017-2021 **"Construimos Confianza"** de la Oficina de Auditoría Interna, adoptado mediante Acuerdo N° 167 de la Junta Directiva del 21 de septiembre de 2017.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoría por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

**Oficina de Auditoría Interna.**

*Construimos Confianza*

**Hospital General de Medellín.**

*Atención Excelente y Calidad de Vida.*





## **I. GENERALIDADES.**

### **1.1. Objetivo.**

Evaluar y verificar el cumplimiento del Sistema Institucional de Control Interno SICI y sus componentes (ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo) al Proceso de Atención en Hospitalización-UCI'S del Hospital General de Medellín HGM.

### **1.2. Alcance.**

La auditoría comprende el periodo del 01 de enero del 2020 al 31 de mayo de 2021, el cual incluirá los procedimientos de la atención a hospitalización con sus procedimientos: gestión de la asignación de la cama en hospitalización y las unidades de cuidado crítico, traslado y entrega del paciente a salas de hospitalización general y las unidades de cuidados crítico y, ingreso del paciente al servicio de hospitalización y unidades de cuidados críticos.

### **1.3. Metodología.**

#### **1.3.1. Interacción con líderes del universo de auditoría.**

- Realización de reunión de apertura de la auditoría, para socializar el Programa Específico de Auditoría-PEAIN y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Indagación preliminar con el Director de Hospitalización.
- Entrevista con los médicos especialistas y enfermeros (as) de los diferentes servicios de unidades de cuidado crítico.
- Reunión de cierre para socializar y formalizar el Informe de Auditoría.

#### **1.3.2. Revisión y análisis documental.**

- Revisión y análisis de la información.
- Revisión de carpetas con soportes e informes generados.
- Identificación de las observaciones y formulación de las recomendaciones de la auditoría.
- Revisión de la información del avance del plan de acción de hospitalización.

#### **1.3.3. Verificación de gobierno, riesgos y control.**

- Revisión de los indicadores de gestión, la matriz de riesgos y de controles.
- Aplicación de cuestionario y listas de chequeos.
- Identificación de los controles claves del proceso.
- Definición de las pruebas a realizar y muestras objeto de evaluación, junto con los requerimientos de información
- Verificación de las evidencias.

#### **1.3.4. Preparación y socialización de los resultados de Auditoría.**

- Elaboración de Informe Preliminar de Auditoría.
- Envío del Informe Preliminar y posterior socialización.
- Elaboración del Informe Final de Auditoría.
- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.
- Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.

### **1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.**

La Oficina de Auditoría Interna del HGM evalúa y contribuye a la mejora de los procesos de Gobierno, Gestión de riesgos y Control de la organización, utilizando un enfoque sistemático, disciplinado y basado en riesgos; todo ello en cumplimiento de las mejores prácticas internacionales.



#### 1.4.1. Norma Internacional de Auditoría 2110 – Gobierno.

La auditoría interna debe evaluar y hacer recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno de la organización para:

- Tomar decisiones estratégicas y operativas.
- Supervisar la gestión de riesgos y el control.
- Promover la ética y los valores apropiados dentro de la organización.
- Asegurar la gestión y responsabilidad eficaces en el desempeño de la organización.
- Comunicar la información de riesgo y control a las áreas adecuadas de la organización.
- Coordinar las actividades y la información de comunicación entre el Consejo de Administración, los auditores internos y externos, otros proveedores de aseguramiento y la Dirección.

*Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. IIA. Enero 2017.*

#### 1.4.2. Norma Internacional de Auditoría 2120 – Gestión de Riesgos.

La auditoría interna debe evaluar la eficacia y contribuir a la mejora de procesos de gestión de riesgos, con relación a lo siguiente (Norma 2120.A1):

- El logro de los objetivos estratégicos de la organización.
- La fiabilidad y la integridad de la información financiera y operativa.
- La efectividad y la eficiencia de las operaciones y de los programas.
- La protección de los activos, y
- Cumplimiento de las leyes, regulaciones, políticas, procedimientos y contratos.

*Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. IIA. Enero 2017.*

#### 1.4.3. Norma Internacional de Auditoría 2130 – Control.

La auditoría interna debe asistir a la organización en el mantenimiento de controles efectivos, mediante la evaluación de la efectividad y la eficacia de los mismos y promoviendo la mejora continua.

*Fuente: Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna. Enero 2017.*

#### 1.4.4. Instrumentos de Auditoría Interna.

Para el desarrollo de su actividad la Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín cuenta con los siguientes Instrumentos de Auditoría Interna:

- EV-EVC-AI001D01 - Código de Ética de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D02 - Estatuto de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D03 - Carta de Representación de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D04 - Programa de Aseguramiento y Mejora de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001D05 - Directriz de Auditoría Interna.
- EV-EVC-AI001M01 - Manual de Auditoría Interna HGM.
- EV-EVC-AI001D06 - Medición Percepción Gestión Ética HGM.

*Fuente: Mapa de Procesos – Hospital General de Medellín.*



## 1.5. Fundamento Normativo.

### 1.5.1. Resolución 001446 de 8 de mayo 2006.

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención en Salud.

*Artículo 2º: Niveles de operación del sistema de información para la calidad.*

*Artículo 3º: Indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad.*

### 1.5.2. Decreto 4747 de 7 de diciembre 2007.

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

*Artículo 3º. Definiciones. Numeral d). Modelo de Atención.*

### 1.5.3. Resolución 2003 de 28 de mayo 2014.

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

*Estructura de los servicios de salud. Estándar N°5 Procesos Prioritarios Asistenciales.*

### 1.5.4. Resolución 5095 de 19 de Noviembre de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social.

Por el cual adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1"

*Anexo Técnico .10. Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial pág. 80. Registro e Ingreso.*

### 1.5.5. Resolución 3100 de 25 de Noviembre de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud"

*1.1. Estándares y Criterios de Habilitación. 11.4 Grupo Internación. 11.4.9 Servicio de Cuidado Intensivo Adultos. Pág. 182.*

## 1.6. Documentos Base.

### 1.6.1. Manual de Indicadores de Gestión. Código: AP-INF-CA003M01.

### 1.6.2. Caracterización Proceso Atención en Hospitalización. Código: MI-AIS-HO.

### 1.6.3. Procedimiento Gestión de la Asignación de Cama en Hospitalización General y Unidades de Cuidado Crítico. Código: MI-AIS-HO001.

### 1.6.4. Procedimiento Traslado y Entrega del Usuario a Salas de Hospitalización y Unidades de Cuidado Crítico. Código: MI-AIS-HO002.

### 1.6.5. Procedimiento Ingreso del Usuario al Servicio de Hospitalización y Unidades de Cuidado Crítico. Código: MI-AIS-HO003.

### 1.6.6. Procedimiento Planeación y Ejecución del Cuidado y Tratamiento. Código: MI-AIS-HO004.

### 1.6.7. Procedimiento Egreso del usuario. Código: MI-AIS-HO005.



- 1.6.8. Informe Reporte de Eventos Adversos generados desde el 1 de enero de 2020, hasta 31 de mayo 2021.
- 1.6.9. Instructivos asistenciales relacionados definidos en el proceso de Atención en hospitalización. Mapa de procesos.
- 1.6.10. Carpetas compartidas de Indicadores de gestión, Seguridad del paciente, Plan de Acción y Plan Estratégico.

## **1.7. Limitaciones**

El director de hospitalización, los profesionales, el personal de enfermería y los diferentes profesionales del proceso que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría entregando la información solicitada.

## **1.8. Terminología básica.**

### **1.8.1. Administración de camas.**

Es la asignación y distribución de camas de acuerdo a la disponibilidad por sistema SAP, historia clínica virtual.

### **1.8.2. Disponibilidad de camas.**

Conjunto de camas sin prestaciones pendientes de liberar y/o anular y que el paciente haya salido de la institución.

### **1.8.3. Egreso por muerte.**

Cuando se da el fallecimiento durante el proceso de atención.

### **1.8.4. Egreso por remisión.**

Cuando se requiere traslado del usuario a otra institución para dar continuidad al plan terapéutico, bien sea por decisión del médico tratante o de la EAPB.

### **1.8.5. Egreso por fuga.**

Cuando el usuario abandona la institución sin previo aviso.

### **1.8.6. Disponibilidad de camas.**

Conjunto de camas sin prestaciones pendientes de liberar y/o anular y que el paciente haya salido de la institución.

### **1.8.7. Egreso por mejoría.**

Es el alta del usuario cuando su recuperación es satisfactoria.





#### **1.8.8. Historia Clínica.**

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

#### **1.8.9. Instructivo.**

Documento que describe detallada y secuencialmente, las actividades o pasos que ejecutan las personas responsables de un proceso y, que tiene que ver con instrucciones específicas en lo operativo, lo administrativo, y otras necesarias para la ejecución de los procesos.

#### **1.8.10. Egreso voluntario.**

Es la decisión consciente y voluntaria de un usuario de abandonar el plan de tratamiento intrahospitalario propuesto por el equipo de salud, luego de haber sido clara y ampliamente informado sobre los riesgos y consecuencias de esta decisión sobre su estado de salud. Esta decisión tiene validez siempre y cuando el usuario este en pleno uso de sus facultades mentales, en caso contrario es el representante legal quien puede tomar la decisión.

#### **1.8.11. Plan de Egreso.**

Planificación de la atención del usuario desde su ingreso a la institución, es diligenciado por todas las disciplinas que participan en la atención del usuario.

#### **1.8.12. Transporte de Paciente.**

Es el procedimiento por el cual el usuario es trasladado desde un servicio hacia exámenes diagnósticos, intervenciones terapéuticas a nivel intra o extra institucional, con las medidas de seguridad y control respectivas, a su vez, acompañados de equipo humano calificado, equipos, insumos y soporte farmacológico básico, si se requiere.

#### **1.8.13. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. REPS.**

Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

#### **1.8.14. Unidad Hospitalaria.**

Es la cama hospitalaria (cama, cuna, servocuna, incubadora, cubículo) y sus diferentes accesorios.



**HGM**  
Hospital General de Medellín  
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.



## Atención en Hospitalización





## II. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

### 2.1. Ficha Técnica de Auditoría.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Oficina de Auditoría Interna Auditoría Gestión de Hospitalización			
Ficha Técnica			
Asunto:	Auditoría Gestión de Hospitalización		
Entidad:	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.		
Dependencia:	Oficina de Auditoría Interna		
Auditor Líder:	María Janneth Agudelo Arango		
Líder del proceso	Doctor Jhon Fredy Macias Suarez		
Fecha:	Julio de 2021		

Cuadro N°1. Ficha Técnica de Auditoría



### 2.2. Fortalezas.

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:

- De manera general se resalta la disposición del equipo auditado en la atención de la auditoría y se evidencia buen conocimiento tanto del proceso auditado como de las diferentes normas aplicables.
- La auditoría destaca la disposición de los auditados para interactuar con el equipo de auditoría y formular el plan de mejoramiento respectivo, y su seguimiento.

### 2.3. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.

Como resultado de la verificación y evaluación, se identificaron deficiencias en el control interno, frente a lo cual y después de los análisis de Auditoría Interna se destacan las siguientes observaciones y recomendaciones:

		HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Atención excelente y calidad de vida OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Construimos Confianza Auditoría Proceso Hospitalización OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES			
N°	Descripción	Cantidad			
1	<b>Observaciones</b>	9	100%		
	En el Proceso de Gobierno	3	33%		
	En el Proceso de Riesgos	2	22%		
	En el Proceso de Control	4	44%		
2	<b>Recomendaciones</b>	15	100%		
	Para mejorar el Gobierno	3	20%		
	Para mejorar la Gestión del Riesgo	3	20%		
	Para mejorar el Control	9	60%		

Cuadro N°2. Observaciones y Recomendaciones

Fuente: Auditor Líder



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA		
Observaciones y Recomendaciones		
N°	Observaciones	Recomendaciones
1	Al realizar el análisis de la relación de las camas ofertadas en el REPS del servicio de cuidados intensivos (163) habilitadas transitoriamente, (43) habilitadas definitivamente, con las de cuidados intermedios (10), la auditoria evidencia una desproporción en la diferencia (153), esta diferencia en la disponibilidad de camas de UCI no logra resolver la demanda de la UCI, ocasionando estancias inadecuadas en UCI y por ende en glosas para la institución.	1.1 Implementar el Proyecto 8.1.1.: Infraestructura Humanizada el cual tiene como objetivo general: Propender por una infraestructura física que apoye y facilite el desarrollo de las actividades misionales de manera humanizada a través de un plan maestro de infraestructura en un periodo de tiempo determinado, cumpliendo con los requerimientos y normas técnicas exigidas para la prestación de servicios de salud. Con su proyecto 8.1.2. Adecuación de la Unidad de Cuidados Intermedios Adultos del Piso 7 de la Torre Sur.
2	Los indicadores son una herramienta de medición que permiten realizar un seguimiento de los procesos de mejora continua, comprobando si se están consiguiendo los objetivos fijados y, si se detectan desvíos significativos entre las expectativas y los resultados para realizar las modificaciones oportunas, Al revisar los indicadores del proceso se evidencia que este cuenta con dos (2) de resultado debidamente diligenciados y actualizados, sin embargo al revisar la presentación del plan de acción los indicadores que se socializan son los siguientes: cuatro (4) de resultados ; 3 (tres) de no calidad y, dos (2) de la resolución 408 del 2018, esta situación no permite el cumplimiento de las metas propuesta para el proceso y de evaluación de los resultados de la atención en salud.	2.1 Evaluar y/o unificar los indicadores para propender el cumplimiento de las metas y objetivos del proceso.
3	La Política de Seguridad del Paciente se encuentra inmersa desde su direccionamiento estratégico, orientada a garantizar por medio de un modelo de atención innovador que las personas tengan experiencias adecuadas en su proceso de atención, lo cual se presenta en las cinco líneas que agrupan los objetivos estratégicos, con especial énfasis en la línea número 1. Hospital General de Medellín Me Cuida, sin embargo durante el último año el índice de eventos adversos ha venido en aumento 10.5%, 12% y para el mes de julio 14.98% superando la meta que es menor de 7.0, ese índice de eventos adversos los que más aporte fue lesiones por úlceras por presión, esta situación se puede explicar por la pandemia generada por la COVID-19, con el aumento de	<p>3.1. Implementar la inducción virtual y presencial para todos los servidores que ingresan nuevos a la institución, independientemente del tipo de contrato, lo cual garantizará la adherencia a los protocolos institucionales.</p> <p>3.2. Realizar el entrenamiento para todos los servidores que ingresan nuevos a la institución, independientemente del tipo de contrato, lo cual garantizará la adherencia a los protocolos institucionales.</p> <p>3.3. Fomentar la capacitación continua en todo el personal de la institución.</p>



	las UCI'S, además del ingreso de personal nuevo de enfermería y médico a la institución.	
4	Analizando el indicador promedio día estancia se observa que paulatinamente va en aumento alejándose de la meta, especialmente por la demora de algunas aseguradoras en la gestión del oxígeno domiciliario (31%) y remisión de pacientes a otro nivel de más baja complejidad (24%), están dos causas son externas a la gestión del hospital, sin embargo con un programa de altas tempranas y egreso seguro se podría disminuir algunos días de estancia inadecuada.	<p>4.1. Adelantar actividades efectivas que permitan disminuir los días estancias hospitalarias.</p> <p>4.2. Se sugiere implementar un programa de altas tempranas y altas seguras, el cual ya se encuentra documentado por parte del enfermero del centro de monitoreo flujo y atención del paciente</p>
5	Utilizando la metodología de paciente trazador, la auditoría interna realiza la entrevista a un paciente hospitalizado el cual tenía reportado en el sistema tres (3) eventos adversos, aplicando la lista de chequeo se le indaga al paciente sobre si se le notificó la ocurrencia de los eventos adversos a lo que el paciente respondió que no había sido informado, en ese orden de ideas se puede evidenciar que no se cumple con la información al paciente y su familia como parte del modelo de atención del paciente	<p>5.1 Fortalecer la divulgación de información al paciente y acompañante y contar con evidencias de las acciones realizadas para tal fin.</p> <p>5.2 Implementar el programa de educación al paciente y su familia para disminuir el impacto negativo en la salud.</p> <p>5.3 Desplegar el programa educativo para el paciente y familia en los servicios críticos y de hospitalización, con cobertura gradual a otras patologías, programas asistenciales y grupos priorizados de pacientes, incluyendo los expuestos a riesgos específicos</p>

Cuadro N° 3. Observaciones y recomendaciones.

Fuente: Auditor Líder.

### III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían posibilitar la materialización de los riesgos definidos, y los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. A continuación, se presenta un resumen con la calificación general de los riesgos de los subprocesos evaluados.

El consolidado de observaciones y recomendaciones se presenta a continuación:

#### 3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

##### Observación de Auditoría Interna N° 1.

##### a. Descripción.

Al realizar el análisis de la relación de las camas ofertadas en el REPS del servicio de cuidados intensivos (163) habilitadas transitoriamente, (43) habilitadas definitivamente, con las de cuidados intermedios (10), la auditoría evidencia una desproporción en la diferencia (153), esta diferencia en la disponibilidad de camas de UCI no logra resolver la demanda de la UCI, ocasionando estancias inadecuadas en UCI y por ende en glosas para la institución.

##### b. Criterios.

- Plan de Desarrollo 2020-2023.





**c. Riesgo.**

- Estancias inadecuadas.
- Glosas

**d. Recomendación.**

Implementar el Proyecto 8.1.1.: Infraestructura Humanizada el cual tiene como objetivo general: Propender por una infraestructura física que apoye y facilite el desarrollo de las actividades misionales de manera humanizada a través de un plan maestro de infraestructura en un periodo de tiempo determinado, cumpliendo con los requerimientos y normas técnicas exigidas para la prestación de servicios de salud. Con su proyecto 8.1.2. Adecuación de la Unidad de Cuidados Intermedios Adultos del Piso 7 de la Torre Sur.

**e. Posición del auditado.**

El proyecto de ampliación de las Unidades de Cuidados Especiales se tiene proyectado para la actual vigencia.

**f. Plan de mejoramiento.**

**Observación de Auditoría Interna N° 2.**

**a. Descripción.**

Los indicadores son una herramienta de medición que permiten realizar un seguimiento de los procesos de mejora continua, comprobando si se están consiguiendo los objetivos fijados y, si se detectan desvíos significativos entre las expectativas y los resultados para realizar las modificaciones oportunas, Al revisar los indicadores del proceso se evidencia que este cuenta con dos (2) de resultado debidamente diligenciados y actualizados, sin embargo al revisar la presentación del plan de acción los indicadores que se socializan son los siguientes: cuatro (4) de resultados ; 3 (tres) de no calidad y, dos (2) de la resolución 408 del 2018, esta situación no permite el cumplimiento de las metas propuesta para el proceso y de evaluación de los resultados de la atención en salud.

**b. Criterios.**

- Indicadores Misionales – Hospitalización.
- Plan de Acción – Hospitalización Ucis 2021.

**c. Riesgo.**

- Ineficiencia del servicio.

**d. Recomendación.**

Evaluar y/o unificar los indicadores para propender el cumplimiento de las metas y objetivos del proceso.



**e. Posición del auditado.**

Durante el plan de acción y, en el comité gerencial de seguridad del paciente se socializan los indicadores del proceso, sin embargo con la reestructuración del plan de acción se presentaran los indicadores que se definieron para la ejecución de los proyectos en el plan de desarrollo 2020-2023.

**f. Plan de mejoramiento.**

### Observación de Auditoría Interna N° 3.

**a. Descripción.**

La auditoría al validar la caracterización y los cinco (5) procedimientos del proceso de hospitalización con el enfermero del centro de monitoreo y flujo del paciente puede evidenciar que aunque se encuentran actualizados, la institución implementó la ronda técnico administrativa en urgencias, en la cual su objetivo principal es la ocupación de pacientes de este nivel de complejidad y el flujo de los estos a los diferentes servicios de la institución, la auditoria puede evidenciar que esta no se está realizando, lo que impacta en la toma de decisiones concernientes al flujo de paciente y su tratamiento.

**b. Criterios.**

- Procedimiento Gestión de la Asignación de Cama en Hospitalización General y Unidades de Cuidado Crítico. Código MI-AIS-HO001.

**c. Riesgo.**

- Disminución de la productividad del servicio.
- Ineficiencia del servicio.

**d. Recomendación.**

Se recomienda realizar la ronda técnico administrativa en el servicio de urgencias conforme está definido en el instructivo definido para tal fin.

**e. Posición del auditado.**

Este proceso se encuentra liderado por el director de urgencias y ambulatorio.

**f. Plan de mejoramiento.**

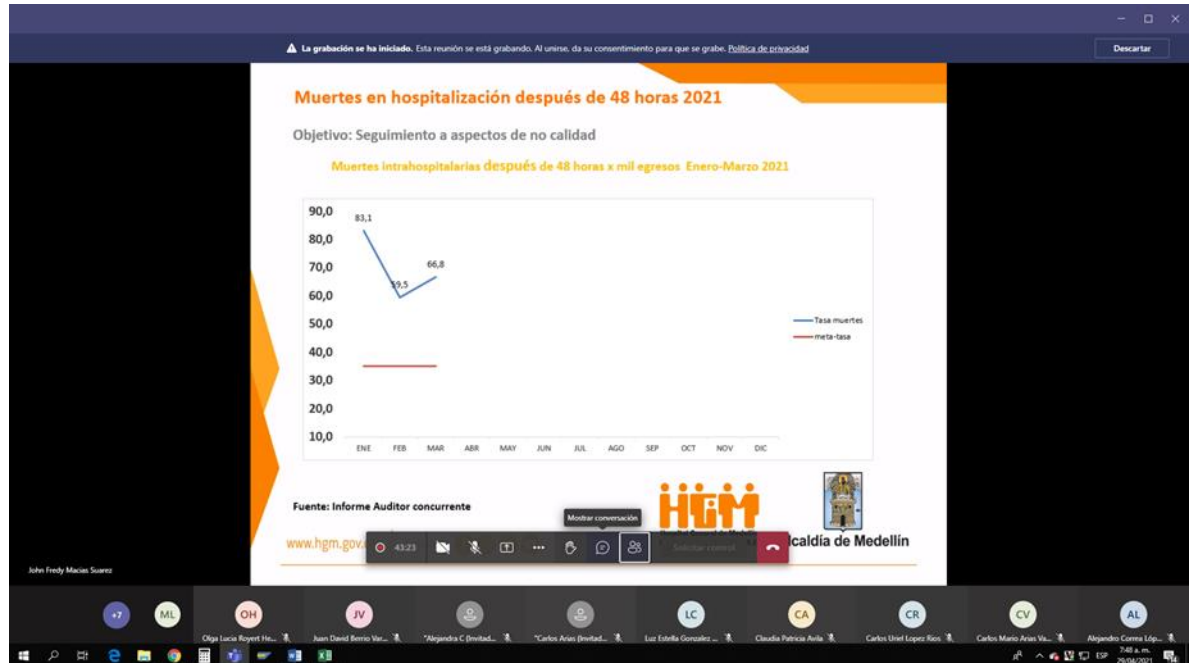
### 3.2. Para mejorar el Proceso de Control.

### Observación de Auditoría Interna N° 4.

**a. Descripción.**

Al realizar la entrevistas con el equipo de trabajo sobre el análisis de las principales causas de morbilidad y mortalidad y, aquellas que corresponden a causas inespecíficas, se puede evidenciar que han revisado y depurado el perfil de morbilidad y mortalidad solo para el año 2020, se encuentra

pendiente el ajuste 2021, esto conforme a la oportunidad de mejora dejado por el equipo evaluador de acreditación tanto en morbilidad como mortalidad.



Gráfica N°1. Muertes por Hospitalización.

Fuente: Presentación Comité Gerencial de Seguridad del Paciente.

#### b. Criterios.

- Informe de Evaluación de Seguimiento Remoto Hospital General de Medellín - ICONTEC. Perfil de Morbilidad y Mortalidad. Pág.16.

#### c. Riesgo.

- Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales.
- Disminución de la productividad del servicio

#### d. Recomendación.

Fortalecer el análisis y la depuración de las principales causas de morbilidad y mortalidad y, precisar aquellas que corresponden a causas inespecíficas, que permitan mejorar la toma decisiones en cumplimiento de los objetivos estratégicos.

#### e. Posición del auditado.

Aceptada por el proceso auditado.

#### f. Plan de mejoramiento.



## Observación de Auditoría Interna N° 5.

### a. Descripción.

La Política de Seguridad del Paciente se encuentra inmersa desde su direccionamiento estratégico, orientada a garantizar por medio de un modelo de atención innovador que las personas tengan experiencias adecuadas en su proceso de atención, lo cual se presenta en las cinco líneas que agrupan los objetivos estratégicos, con especial énfasis en la línea número 1. Hospital General de Medellín Me Cuida, sin embargo durante el último año el índice de eventos adversos ha venido en aumento 10.5%, 12% y para el mes de julio 14.98% superando la meta que es menor de 7.0, ese índice de eventos adversos los que más aporte fue lesiones por úlceras por presión, esta situación se puede explicar por la pandemia generada por la COVID-19, con el aumento de las UCI'S, además del ingreso de personal nuevo de enfermería y médico a la institución.

### b. Criterios.

- Política de Seguridad del Paciente.
- Programa de Seguridad del Paciente.
- Programa tu piel mi Piel.

### c. Riesgo.

- Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales.
- Reputacional.

### d. Recomendación.

- Implementar la inducción virtual y presencial para todos los servidores que ingresan nuevos a la institución, independientemente del tipo de contrato, lo cual garantizará la adherencia a los protocolos institucionales.
- Realizar el entrenamiento para todos los servidores que ingresan nuevos a la institución, independientemente del tipo de contrato, lo cual garantizará la adherencia a los protocolos institucionales.
- Fomentar la capacitación continua en todo el personal de la institución.

### e. Posición del auditado.

Estas recomendaciones ya se encuentran en desarrollo por parte de la dirección de gestión humana.

### f. Plan de mejoramiento.

## Observación de Auditoría Interna N° 6.

### a. Descripción.

Utilizando la metodología de paciente trazador, la auditoria interna realiza la entrevista a un paciente hospitalizado el cual tenía reportado en el sistema tres (3) eventos adversos, aplicando la lista de chequeo se le indaga al paciente sobre si se le notificó la ocurrencia de los eventos adversos a lo que el paciente respondió que no había sido informado, en ese orden de ideas se puede evidenciar que no se cumple con la información al paciente y su familia como parte del modelo de atención del paciente.



**b. Criterios.**

- Política de Seguridad del Paciente.
- Programa de Seguridad del Paciente.

**c. Riesgo.**

- Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales.

**d. Recomendación.**

- Fortalecer la divulgación de información al paciente y acompañante y contar con evidencias de las acciones realizadas para tal fin.
- Implementar el programa de educación al paciente y su familia para disminuir el impacto negativo en la salud.
- Desplegar el programa educativo para el paciente y familia en los servicios críticos y de hospitalización, con cobertura gradual a otras patologías, programas asistenciales y grupos priorizados de pacientes, incluyendo los expuestos a riesgos específicos

**e. Posición del auditado.**

Se acepta la recomendación, se desarrollarán actividades con la asesoría de calidad y planeación.

**f. Plan de mejoramiento.**

**Observación de Auditoría Interna N° 7.**

**a. Descripción.**

Analizando el indicador promedio día estancia se observa que paulatinamente va en aumento alejándose de la meta, especialmente por la demora de algunas aseguradoras en la gestión del oxígeno domiciliario (31%) y remisión de pacientes a otro nivel de más baja complejidad (24%), están dos causas son externas a la gestión del hospital, sin embargo con un programa de altas tempranas y egreso seguro se podría disminuir algunos días de estancia inadecuada.

**b. Criterios.**

- Manual de Indicadores de Gestión.

**c. Riesgo.**

- Estancias Inadecuadas.
- Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales.

**d. Recomendación.**

- Adelantar actividades efectivas que permitan disminuir los días estancias hospitalarias.
- Se sugiere implementar un programa de altas tempranas y altas seguras, el cual ya se encuentra documentado por parte del enfermero del centro de monitoreo flujo y atención del paciente





**e. Posición del auditado.**

Se acepta la recomendación, se desarrollarán actividades con la asesoría de calidad y planeación.

**f. Plan de mejoramiento.**

**3.3. Para mejorar el Proceso de Riesgos.**

**Observación de Auditoría Interna N° 8.**

**a. Descripción.**

El plan de egreso es un instrumento que permite desde el ingreso evaluar algunas necesidades del paciente al momento del alta, la auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería sin que otros miembros del equipo de salud intervengan en la detección de estas para el momento del alta, lo que puede implicar estancias inadecuadas y/o insatisfacción del usuario.

**b. Criterios.**

- Instructivo Identificación de Riesgos y Necesidades del Usuario. Código: MI-AIS-HO03I01.
- Instructivo Plan de Egreso. Código: MI-AIS-HO005I01.

**c. Riesgo.**

- Estancias Inadecuadas.
- Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales.

**d. Recomendación.**

Verificar en las visitas de calidad y en el paciente trazador, la adherencia a la lista de chequeo de prácticas seguras y elaboración del plan de egreso.

**g. Posición del auditado.**

Se acepta la observación, se reforzará la implementación en las visitas de calidad.

**h. Plan de mejoramiento.**

**Observación de Auditoría Interna N° 9.**

**a. Descripción.**

En la gestión de riesgos del proceso de Hospitalización, se evidencia que se encuentran desactualizados en la caracterización del proceso publicado en la intranet. Adicionalmente se evidencia que no cuentan con seguimiento durante la vigencia.



N° del Riesgo	Riesgo	Descripción
R1	Atención insegura	Atención insegura con ocurrencia de eventos adversos en los servicios Ambulatorios (Fisioterapia, Odontología, Madre Canguro, Quimioterapia, Consulta Externa, Clínica de Heridas).
R2	Interrupción del sistema de Información SAP	No disponibilidad de SAP por caída del sistema, problemas de comunicación de datos, o por uso inadecuado de la herramienta por capacitación insuficiente. Todo lo anterior conlleva a la no disponibilidad de la información de la HC electrónica y a la afectación de la atención del paciente.
R3	Disminución de la productividad del servicio	Subutilización de la capacidad instalada definida (consultorios) que da lugar a tiempos muertos y al no cumplimiento de las metas de atención establecidas.
R4	Posibilidad de recibir o solicitar cualquier dádiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin celebrar un contrato.	Debilidades en la etapa de la planeación del contrato, la excesiva discrecionalidad, las presiones indebidas, la carencia de controles, la falta de conocimiento y/o experiencia, sumados a la falta de integridad pueden generar un riesgo de corrupción en la contratación, como por ejemplo "exigencias de condiciones en los procesos de selección que solo cumple un determinado proponente".
R5	Inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad	La combinación de factores como insuficiente capacitación del personal de contratos, cambios en la regulación contractual, inadecuadas políticas de operación y carencia de controles en el procedimiento de contratación pueden ocasionar inoportunidad en la adquisición de los bienes y servicios requeridos por la entidad y, en consecuencia, afectar la continuidad de su operación.

Cuadro N° 4. Riesgos del Proceso.

Fuente: Matriz de Riesgos.

#### b. Criterios.

- Matriz de riesgos de Hospitalización.
- Caracterización del proceso.

#### c. Riesgo.

- Desviación o incumplimiento de los objetivos institucionales.

#### d. Recomendación.

- Actualizar los riesgos del proceso y fortalecer los controles establecidos en la matriz de riesgos de gestión de hospitalización.
- Realizar el seguimiento de los riesgos del proceso conforme a lo dispuesto por el manual de riesgos.

#### e. Posición del auditado.

Se acepta la observación, se pedirá acompañamiento y asesoría al área de calidad y planeación.

#### f. Plan de mejoramiento.



#### IV. CONCLUSIONES.

La Oficina de Auditoría Interna como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que la gestión del proceso auditado es favorable, desde la perspectiva del sistema de control interno, se aprecia la ejecución de controles que son resultado de un análisis técnico de administración de riesgos.

El responsable del proceso deben planear y ejecutar las acciones de mejoramiento necesarias para subsanar las debilidades encontradas en el procedimiento auditor, las acciones de mejoramiento deben ser coordinadas por el responsable del proceso.

#### V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Una vez socializado el Informe de Auditoría, el responsable del proceso auditado elabora con su grupo de trabajo el Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna respectivo, para lo cual dispondrá de 10 días hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance bimestral.

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento bimestral del Plan de Mejoramiento a la segunda línea y presentará el Informe correspondiente; además como valor agregado se realizará una labor de consultoría y acompañamiento del proceso auditado.

#### VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.

La comunicación y socialización del avance, informe preliminar, Informe Final y Plan de Mejoramiento, se realizó en las siguientes instancias:

En firme el Informe Final de la Auditoría será socializado a la Gerencia, al Subgerente de Procesos Asistenciales, al Comité Coordinador de Control Interno y a la Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

Documento elaborado y revisado por:

Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

Preparó: **Karina Ruíz De la Hoz,**  
Profesional de Auditoría Interna.  
**María Janneth Agudelo**  
Profesional de Auditoría Interna.  
**Heriberto Vargas Lema**  
Profesional de Auditoría Interna.

Revisó: **Carlos Uriel López Ríos,**  
Jefe de Auditoría Interna.



Medellín, Julio 30 de 2021.