



Alcaldía de Medellín

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. Oficina de Auditoría Interna

INFORME DE AUDITORÍA 2021

N° 12

Atención en Clínicas Quirúrgicas



Informe tipo:
de Auditoría
Diciembre / 2021





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



Alcaldía de Medellín

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Oficina de Auditoría Interna

INFORME DE AUDITORÍA 2021

N° 12

Atención en Clínicas Quirúrgicas

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:
Carlos Uriel López Ríos

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

Técnico:
Julio E. Suescún Montoya

Correo Oficina:
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



CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	5
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
II. ANTECEDENTES.....	9
III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....	11
3.1 Ficha Técnica de Auditoría.....	11
3.2 Fortalezas.....	11
3.2. Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	11
IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	15
4.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	15
4.2. Para mejorar el proceso de Control.....	23
4.3. Para mejorar el proceso de Riesgos.....	24
V. CONCLUSIONES.....	28
VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	28
VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....	28

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 Clínicas Quirúrgicas del Hospital General de Medellín.

En la presente auditoría interna se implementa, la aplicación de los estándares generalmente aceptados de auditoría interna, en el marco del Plan Estratégico 2017-2021 "Construimos Confianza" de la Oficina de Auditoría Interna. ¹

El documento se estructura en siete (7) capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que comprende el objetivo, alcance, marco de la práctica de auditoría, metodología, fundamento normativo, modalidad de auditoría, fundamento normativo, documentos base, limitaciones y terminología básica; el segundo se contiene los antecedentes. Por su parte, en el tercero se describe el resumen ejecutivo; en el cuarto se relacionan las observaciones y recomendaciones y en el capítulo quinto se presentan las conclusiones. En el sexto se determina la formulación del Plan de Mejoramiento y en el séptimo se define 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 durante su desarrollo 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.



¹ Plan Estratégico 2017-2021 "Construimos Confianza" Oficina de Auditoría Interna. Acuerdo Junta Directiva N° 167 - 21 de septiembre de 2017.

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 Clínicas Quirúrgicas del Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez" - HGM.

1.2. Alcance.

La auditoría comprende desde el periodo 1 de enero de 2021 a 31 de octubre de 2021.

1.3. Metodología.

Durante el desarrollo y la ejecución de la auditoría se aplicaron las siguientes técnicas de auditoría interna: observación, técnica de análisis, indagación, inspección y, revisión documental selectiva.

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 Interna-PEAIN y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Indagación preliminar con el personal de cirugía.
- Entrevista con personal de cirugía y programación de cirugía.
- 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 mejoramiento.

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-CI001D01 - Código de Ética de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D02 - Estatuto de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D03 - Carta de Representación de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D04 - Programa de Aseguramiento y Mejora de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001D05 - Directriz de Auditoría Interna.
- EV-EVC-CI001M01 - Manual de Auditoría Interna HGM.
- EV-EVC-CI001F06 - Medición Percepción Gestión Ética HGM.

Fuente: Mapa de Procesos – Hospital General de Medellín.

1.5. Fundamento Normativo.

- 1.5.1 Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen las normas para el ejercicio del Control interno en las entidades y organismos del estado.

Artículo 2 Objetivos del control interno: literal a). Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f). Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos.

- 1.5.2 Decreto Nacional 648 de abril de 2017. Modifica y adiciona Decreto Nacional 1083 de 2015. Reglamentario del sector de Función Pública.

Art. 17. El Artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, quedará así: "Las Unidades u Oficinas de Control Interno desarrollarán su labor a través de los siguientes roles: liderazgo estratégico, enfoque hacia la prevención, evaluación de la gestión del riesgo, evaluación y seguimiento, y relación con entes externos de control."

- 1.5.3 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.

- 1.5.4 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.

- 1.5.5 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.

- 1.5.6 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.

- 1.5.7 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 de Atención en Clínicas Quirúrgicas. Código: MI-AIS-CQ.
1.6.3 Procedimiento Programación de Cirugía Electiva. Código: MI-AIS-CQ001.

- 1.6.4 Procedimiento Preparación del Usuario para Acto Quirúrgico. Código: MI-AIS-CQ002.
- 1.6.5 Procedimiento Admisión y Recepción del Usuario en Sala de Preparación. Código: MI-AIS-CQ003.
- 1.6.6 Procedimiento Realización de Procedimiento Quirúrgico y Anestésico. Código: MI-AIS-CQ004.
- 1.6.7 Procedimiento Recuperación y Egreso del Usuario Quirúrgico. Código: MI-AIS-CQ005.
- 1.6.8 Procedimiento Atención del Usuario Urgente y Emergente. Código: MI-AIS-CQ006.
- 1.6.9 Informe Reporte de Eventos adversos generados desde el 1 de enero hasta 31 de octubre de la vigencia 2021.
- 1.6.10 Instructivos asistenciales relacionados definidos en el Proceso de Atención en Clínicas Quirúrgicas. Mapa de Procesos.
- 1.6.11 Carpetas compartidas de Indicadores de Gestión, Seguridad del Paciente, Plan de Acción y Plan Estratégico.
- 1.6.12 Informe Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias. Primer Semestre 2021.
- 1.6.13 Informe Visita Supersalud.
- 1.6.14 Manual de estructura documental. Código: ES-GIC-GC001M02.
- 1.6.15 Instructivo Control de Documentos y Registros del SGIC. Código: ES-GIC-GC001I01.
- 1.6.16 Manual de Gestión de Riesgos. Código: ES-PLI-GP006M01.
- 1.6.17 Manual de Indicadores de Gestión. Código: AP-INF-CA003M01.
- 1.6.18 Manual de Funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- 1.6.19 Informe Final Estudio de Cargas HGM 2020.

1.7. Limitaciones

La directora, los profesionales, el enfermero administrativo, el personal de enfermería y los responsables del proceso que fueron citados atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría entregando la información solicitada.

1.8. Terminología básica.

- **Consentimiento Informado.**

Autorización entendida, competente y voluntaria, de un tratamiento o un procedimiento médico, por parte del usuario y/o su representante legal.

- **Lista de Chequeo (Control Preoperatorio).**

Herramienta en el software institucional que permite verificar que todos los requisitos del usuario se cumplan para poder ser llevado a cirugía.

- **Lista de Chequeo para Seguridad Quirúrgica del Usuario.**

Herramienta física que permite identificar por medio de III fases los riesgos y anticipar y prevenir eventos adversos resultantes del acto quirúrgico.

- **Preparación Quirúrgica.**

Condiciones clínicas que debe cumplir el usuario para ser llevado a cirugía.

- **Procedimiento Quirúrgico.**

Es todo procedimiento que por sus características, requiere ser realizado en quirófano con el fin de contar con normas de asepsia, apoyo de monitoria, material quirúrgico y de personal especializado, si es necesario.

▫ **Programación Quirúrgica.**

Es una serie de pasos (proceso) que llevan a que un usuario con patología quirúrgica, se le asigne un horario para cirugía, un grupo quirúrgico, un quirófano y un material quirúrgico si este es requerido.

▫ **Quirófano.**

El quirófano es aquella sala que se halla en hospitales o centros de atención médica y que está especialmente acondicionada para la práctica de operaciones quirúrgicas a aquellos pacientes que así lo demanden.

▫ **Sala de Preparación.**

Es el lugar que comprende el estudio y preparación del paciente para la intervención quirúrgica, en donde se verifican los requisitos para la intervención quirúrgica.

▫ **Usuario Programado o Electivo.**

Todo usuario que no se considera en urgencia o emergencia y que requiere de un procedimiento quirúrgico por patología que no compromete la vida en forma inmediata.

▫ **Usuario Quirúrgico Urgente.**

Todo usuario que presente una patología que requiera manejo quirúrgico en las próximas 6 horas.

▫ **Usuario Quirúrgico Emergente.**

Todo usuario que presente una patología que requiere manejo quirúrgico inmediato.

II. ANTECEDENTES

La Norma internacional de Auditoría número 2500 sobre Seguimiento del progreso establece que: El director ejecutivo de auditoría debe establecer y mantener un sistema para vigilar la disposición de los resultados comunicados a la dirección.

Para vigilar eficazmente la disposición de los resultados, el director ejecutivo de auditoría (DEA) establece procedimientos que incluyen lo siguiente:

- El marco de tiempo dentro del cual se requiera la respuesta de la dirección a las observaciones y recomendaciones del trabajo.
- La evaluación de la respuesta de la dirección.
- La verificación de la respuesta.
- La realización de un trabajo de seguimiento.

Es por ello, que la actividad de auditoría interna en el presente informe hace un seguimiento a las observaciones del último informe de auditoría efectuada en el año 2017, verificando el estado de implementación de las recomendaciones. A continuación, el detalle:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA		
Seguimiento a la Auditoría Clínicas Quirúrgicas año 2017		
Observaciones	Recomendaciones	Estado de implementación
1. Revisada la documentación del proceso de Atención al Paciente en Clínicas Quirúrgicas en la Etapa de contratación contratos solicitados a la dirección de gestión humana, para contratos de prestación de servicios profesionales con persona natural, sin importar cuantía, publicado en el mapa de procesos de la institución, la auditoría observa que los contratos por prestación de servicios de algunos médicos especialistas no se encuentran publicados en el SECOP.	1.1. Definir dentro del procedimiento el responsable de la publicación en el SECOP. 1.2. Implementar un sistema de seguimiento en la publicación al SECOP, que permita actualizar y controlar el proceso.	No implementado - Gestión Humana
2. La auditoría al verificar en campo la forma como se realiza la auditoría de cuentas por parte del auditor de los contratos para su respectivo aval y subsiguiente pago, evidencia que este proceso no se encuentra normalizado en el mapa de procesos, se dispone de alta manualidad con un sistema en Excel.	2.1. Implementar en BI el proceso de auditoría de cuentas a personas con contratos por prestación de servicios.	No implementado - Sistemas-Auditoría Médica
3. La auditoría ha identificado un riesgo medio en el procedimiento de ingreso del paciente ambulatorio, debido a que no porta la manilla de identificación, lo que va en contra de la seguridad del paciente.	3.1. Implementar con la auxiliar administrativa de facturación, la impresión de la manilla de identificación del paciente ambulatorio en el momento del ingreso a Cirugía.	Implementado
4. La auditoría puede evidenciar que para la programación de un paciente se necesitan los avales de Anestesia y de Trabajo Social, lo cual se hace lento debido a que en el puesto de trabajo del SAP de Trabajo Social llegan múltiples autorizaciones sin priorización.	4.1. Solicitar un desarrollo en SAP que permita identificar la prioridad en las autorizaciones para evitar sobrecostos y demoras en la atención.	No implementado-Sistemas
5. La auditoría evidencia que al permanecer el paciente en recuperación de Cirugía, no se observa la presencia del personal profesional de Enfermería para la gestión del cuidado	5.1. Asignar por cuadro de turnos a una Enfermera profesional para recuperación de cirugía, direccionando las intervenciones del cuidado del paciente.	Parcialmente implementado-Coordinación Enfermería
6. La auditoría observa que a las familias de los pacientes no se les brinda la información después de terminado el acto quirúrgico, lo que produce insatisfacción y desinformación en los usuarios.	6.1. Crear un mecanismo efectivo para una comunicación directa y oportuna con las familias de los pacientes a quienes se les realiza un procedimiento quirúrgico.	No implementado-Dirección Clínicas Quirúrgicas-Coordinación Enfermería
7. Al analizar los diferentes contratos de prestación de servicios (11), la auditoría puede evidenciar la falta de evaluación final para la terminación del contrato por parte del interventor.	7.1. Realizar lista de chequeo para seguir el procedimiento estandarizado con los contratos de prestación de servicios.	Parcialmente implementado – Nómina
8. Al analizar los diferentes contratos de prestación de servicios (11), la auditoría puede evidenciar la falta de evaluación final para la terminación del contrato por parte del interventor.	8.1. Validar por parte del interventor que todo contratista haya formalizado el contrato de prestación de servicios antes de iniciar sus actividades en la institución.	No implementado-Nómina
9. La auditoría evidencia que los pacientes que llegan de los servicios de hospitalización no cumplen con la lista de preparación quirúrgica, ya establecida en la institución.	9.1 Verificar y realizar la lista de chequeo de forma estricta, que permitan mantener las condiciones seguras para el paciente según el procedimiento quirúrgico a realizar.	Implementado.

Tabla N°1. Seguimiento Auditoría 2017. Fuente: Auditoría Clínicas Quirúrgicas 2017

III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

3.1 Ficha Técnica de Auditoría.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Oficina de Auditoría Interna Auditoría Atención Clínicas Quirúrgicas			
Ficha Técnica			
Asunto:	Auditoría Atención Clínicas Quirúrgicas		
Entidad:	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.		
Dependencia:	Oficina de Auditoría Interna		
Auditor Líder:	María Janneth Agudelo Arango		
Líder del proceso	Dra. Paula Juliana Vélez Parra		
Fecha:	Noviembre 2021		

Cuadro N°1. Ficha Técnica de Auditoría
Fuente: Auditor Líder

3.2 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.

3.2. 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 Atención Clínicas OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES			
N°	Descripción	Cantidad			
1	Observaciones	12	100%		
	En el Proceso de Gobierno	7	58%		
	En el Proceso de Riesgos	3	25%		
	En el Proceso de Control	2	17%		
2	Recomendaciones	24	100%		
	Para mejorar el Gobierno	14	58%		
	Para mejorar la Gestión del Riesgo	7	29%		
	Para mejorar el Control	3	13%		

Cuadro N°2. Observaciones y Recomendaciones
Fuente: Auditor Líder

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA		
Observaciones y Recomendaciones		
N°	Observaciones	Recomendaciones
1	<p>Procedimientos Se evidencian desactualización de los procedimientos e instructivos.</p>	<p>1.1. Actualizar la documentación del proceso y los procedimientos. 1.2. Documentar y normalizar todos los procedimientos e instructivos del proceso de Clínicas Quirúrgicas.</p>
2	<p>Riesgos. La auditoría observa que entre los riesgos operativos identificados se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Fallas en la programación quirúrgica. ▫ Incorrecta preparación del paciente quirúrgico. ▫ Atención insegura-Posibilidad de eventos adversos durante la atención quirúrgica. ▫ Disminución de la productividad del servicio. <p>Estos riesgos no presentan seguimiento desde el 2019, ni una efectiva valoración y análisis periódico, para determinar el riesgo residual y la valoración de controles. Adicionalmente la auditoría observa que aún no se presentan al comité coordinador de control interno el seguimiento a éstos riesgos, con la respectiva evaluación de controles, con una supervisión con la segunda y primera línea generando acciones para mitigar éstos riesgos.</p>	<p>2.1. Presentar informe de seguimiento, valoración, análisis y seguimiento de los riesgos operacionales del proceso. 2.2. Documentar y normalizar todos los procedimientos e instructivos del proceso de Clínicas Quirúrgicas.</p>
3	<p>Un indicador es una medida cuantitativa que se puede observar, medir y seguir en el tiempo, la cual permite describir un comportamiento, característica o fenómeno y compararlo con respecto a metas, objetivos y/o periodos previos. La auditoría observa que entre los indicadores de gestión se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Promedio de días de espera para la realización de cirugía programada. ▫ Proporción de complicaciones quirúrgicas. ▫ Proporción de muertes quirúrgicas ▫ Promedio días de espera para la realización de trasplante de tejido osteomuscular. <p>Estos indicadores tienen los respectivos seguimientos durante la vigencia 2021. Al analizar los indicadores que presentan en el plan de acción el cual se realiza cada trimestre se puede observar en la presentación que solo se presentan 2 de los 4 indicadores, lo que no permite generar información útil para mejorar el proceso de toma de decisiones y el proceso de evaluación de la atención, la gestión, planes programas, entre otros.</p>	<p>3.1 Evaluar la posibilidad de unificar los indicadores que se evalúan periódicamente en el proceso con los presentados en el plan de acción, lo que permite generar información útil para la mejora del proceso.</p>
4	<p>La institución ha implementado estrategias para disminuir las cancelaciones de cirugías como son: disminución de tiempos en el montaje de pacientes, atenciones más seguras en el servicio, capacitación del 100% del personal en manejo del paciente quirúrgico, camillero asignado exclusivamente para el servicio. En lo que va corrido de la vigencia y con</p>	<p>4.1 Analizar y definir en los grupos de mejoramiento del proceso las acciones, actividades y estrategias necesarias para disminuir la cancelación de cirugías relacionadas con la institución. 4.2 Considerar la pertinencia de incluir en los indicadores de gestión, un indicador que permita</p>

	<p>corte al 31 de octubre, se han cancelado 111 pacientes por causas inherentes al hospital, A continuación relacionamos al detalle las causas de cancelación:</p> <p>Del cuadro anterior se puede deducir que las cuatro (4) principales causas de cancelación relacionadas con el hospital son: retardo en la cirugía anterior con 26%, no disponibilidad de UCE/UCI con 18%, cambio en el plan de tratamiento 14%, urgencia vital 12%, estas causas aunque sean trabajadas por medio de diferentes estrategias aún no impactan de manera favorable en la disminución de las cancelaciones de cirugía. Es de anotar que en los indicadores institucionales no se encuentran el indicador de Cancelación de Cirugía.</p>	<p>monitorear y tomar decisiones sobre la cancelación de cirugías.</p>
<p>5</p>	<p>El manual de funciones, ayuda a los servidores públicos a conocer las tareas propias del cargo para el cual fueron designados. La implementación del manual de funciones para la gestión del talento humano en las organizaciones, logra aportar elementos de valor. La auditoría interna al revisar el manual de funciones y validar los cargos evidencia que la dirección de clínicas quirúrgicas esta denominada como dirección área asistencial con cargo del jefe inmediato el gerente, a nivel operacional la dirección de clínicas quirúrgicas depende de la subgerencia asistencial, esta ambigüedad en la estructura organizacional se convierte en un riesgo debido a las jerarquías y autoridades competentes, aunque internamente tengan un entendimiento de los jefes inmediatos y mediatos</p>	<p>5.1 Evaluar y/o reevaluar la estructura organizacional con base en el plan estratégico al 2027 y, en el informe de cargas del HGM del 2020. 5.2 Considerar la reconfiguración del proceso de clínicas quirúrgicas. 5.3 Actualizar el manual de funciones con sus respectivos niveles jerárquicos.</p>
<p>6</p>	<p>El objetivo del procedimiento “Programación de Cirugía Electiva” es programar procedimientos quirúrgicos, en forma electiva, a los usuarios provenientes de los servicios de hospitalización y fuera del Hospital. Según el alcance del procedimiento: se inicia con la generación de una orden clínica para un procedimiento quirúrgico y finaliza con usuario incluido en el programa quirúrgico, la auditoría verifica que dentro de los pasos del cómo se hace se tienen definidos 4 actividades con sus respectivos responsables, en estas actividades intervienen varios procesos (facturación, trabajo social, anestesia...) los cuales se deben alinear para que no se generen retrasos en la programación de la cirugía. Se evidencia que existe un cuello de botella en lo concerniente a la generación de autorizaciones debido a la falta de personal de trabajo social quienes son las encargadas de la verificación de la cuenta del usuario hospitalizado y la consecución de las autorizaciones para la programación del</p>	<p>6.1 Evaluar y/o reevaluar la estructura organizacional con base en el plan estratégico al 2027 y, en el informe de cargas del HGM del 2020. 6.2 Evaluar los puntos de control del procedimiento de programación de cirugía.</p>

	<p>paciente. Esta situación acarrea estancias prolongadas, e insatisfacción en los usuarios pacientes y cirujanos.</p>	
7	<p>Actualmente existe un enfermero con funciones administrativas en el servicio de Cirugía, el cual tiene asignadas unas actividades desde la coordinación de Enfermería, sin su respectivo acto administrativo que valide sus funciones desde el área de Gestión Humana; lo que implica un ejercicio de coordinación carente de autoridad y con dificultades en toma de decisiones.</p> <p>Las funciones de las enfermeras administrativas se concentran en acciones de calidad, manejo de cuadros de turno, evaluación periódica de los servicios, en algunas ocasiones hacen turnos asistenciales, participaciones en reuniones de eventos adversos, apoyo del proceso docente y montaje de solpedidos de los servicios. Estas funciones no se encuentran normalizadas ni estandarizadas ya que difieren dependiendo del servicio en que se encuentren.</p>	<p>7.1 Definir, actualizar y normalizar las funciones de las enfermeras administrativas del HGM, aprobadas desde Gestión humana.</p> <p>7.2 Estudiar la probabilidad de crear los cargos de Coordinadoras administrativas en la planta de cargos.</p>
8	<p>Se realiza revisión en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, respecto del servicio de cirugía encontrando que tiene habilitados (8) quirófanos. Se verifica la distribución de los quirófanos así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quirófano 1: procedimientos realizados de cirugía cardiovascular • Quirófano 2: realización de cirugías electivas • Quirófano 3: realización de cirugías urgentes • Quirófano 4: realización de cirugías urgentes • Quirófano 5: procedimientos de Cirugía plástica y Urología • Quirófano 6: procedimiento de cirugía general • Quirófano 7 y 8: procedimientos de ortopedia salas con protección plomada <p>Se observa sala de recuperación dotada con (6) camillas, en la cual se encuentran (2) auxiliares de enfermería y una enfermera jefe. Según la norma 3100 de habilitación por cada quirófano habilitado se debe tener 2 camillas en recuperación, la auditoría advierte un riesgo alto al no cumplir con la norma establecida</p>	<p>8.1 Habilitar las camillas en recuperación según lo establecido por la normatividad.</p>
9	<p>Según lo expresado por la coordinación del proceso de clínicas quirúrgicas y las enfermeras profesionales, el personal asistencial de enfermería no es suficiente para suplir los requerimientos dentro de los quirófanos, es por esto que se cuenta dentro del turno con personal de enfermería vinculado por el hospital</p>	<p>9.1 Evaluar la pertinencia de tener el personal mixto dentro del servicio de cirugía.</p> <p>9.2 Establecer un proceso técnico de selección para el cubrimiento de los requerimientos de personal en los servicios.</p> <p>9.3 Seguir los lineamientos del procedimiento de selección de funcionarios y colaboradores</p>

	y de la asociación gremial sindical Prodesa , esta situación está generando deterioro en el clima laboral dentro del servicio, anudado con que la curva de aprendizaje en un servicio tan especializado requiere de tiempo, desarrollo de competencias , entrenamiento y acompañamiento continuo.	normalizado en el proceso de administración de personal.
10	Se implementa la estrategia, QTH Ideal en el servicio de cirugía, con el fin de mejorar los procesos de calidad inicialmente en el servicio de cirugía, para generar conciencia sobre la seguridad del paciente, así como fomentar la participación de los integrantes de los procesos asistenciales en los planes de mejoramiento institucional, se realiza capacitación por cada uno de los grupos que intervienen en el proceso de atención con el resto del equipo y genero disminución de tiempos en el montaje de pacientes, disminución en las cancelaciones de procedimientos y atenciones más seguras en el servicio, capacitación del 100% del personal. El personal médico asignado para el acompañamiento de esta estrategia realiza otras actividades asistenciales que le impiden fortalecer y mejorar continuamente la estrategia.	10.1 Asignar el recurso humano necesario para que la estrategia de QTH sea implementada, evaluada y continúe en el tiempo.

Cuadro N° 3. Observaciones y recomendaciones.
 Fuente: Auditor Líder

IV. 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 descritos en cada observación de la auditoría practicada al proceso de gestión de Clínicas Quirúrgicas los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. A continuación, se presentan las observaciones y sus respectivos riesgos y recomendaciones del proceso de Atención en Clínicas Quirúrgicas.

4.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

a. Descripción.

Desactualización del proceso y procedimientos.

Se evidencian desactualización de los procedimientos e instructivos, dado que datan desde el año 2014, y de acuerdo al sistema de gestión de Calidad del HGM, en el manual de estructura documental, esta documentación deberá tener una vigencia de 5 años; *“la revisión general de la documentación del Sistema de Gestión Integral, deberá hacerse y evidenciarse cada cinco (5) años; salvo aquellos casos en que por*

la dinámica de mejoramiento continuo de los procesos a través de evaluaciones internas y externas, cambios en la normatividad u otros, requieran una actualización fuera de este tiempo. En el campo de "Modificaciones", antes de la aprobación, deberá indicarse la Versión / Fecha / Razón De La Actualización (histórico de cambios). Además, el sistema de gestión documental de la calidad Eurodoc, cuenta con la funcionalidad de ejecutar en forma automática 3 meses antes la notificación de vencimiento de los documentos vía Workflow o correo electrónico con el objetivo de cumplir con los estándares documentales y la vigencia establecida en la institución". A continuación, relacionamos el detalle de los documentos desactualizados pertenecientes al Proceso de Atención en Clínicas Quirúrgicas:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. Oficina de Auditoría Interna Auditoría Atención Clínicas Quirúrgicas				
Proceso y procedimientos desactualizados				
NOMBRE DEL DOCUMENTO	Archivo	No. Documento	Fecha Docu	Días de vigencia del documento
INSTRUCTIVO FACTURACIÓN PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS	HGM01500000000000000000000265_0001.PDF	MI-AIS-CQ001I01	1/06/2014	2.647
INSTRUCTIVO ESTERILIZACIÓN	HGM01500000000000000000000270_0002.PDF	MI-AIS-CQ001I06	1/06/2014	2.647
INGRESO Y EGRESO DEL PERSONAL A LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	HGM01500000000000000000000274_0003.PDF	MI-AIS-CQ001I10	2/11/2016	1.762
FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE PREPARACIÓN PREQUIRÚRGICA	HGM01500000000000000000000278_0001.PDF	MI-AIS-CQ002F01	1/04/2015	2.343
INSTRUCTIVO "MI CIRUGÍA ES"	HGM01500000000000000000000279_0001.PDF	MI-AIS-CQ002I01	1/06/2014	2.647
PROCEDIMIENTO ADMISIÓN Y RECEPCIÓN DEL USUARIO EN SALA DE PR	HGM01500000000000000000000280_0001.PDF	MI-AIS-CQ003	1/06/2014	2.647
FORMATO CONTROL PREOPERATORIO	HGM01500000000000000000000281_0001.PDF	MI-AIS-CQ003F01	1/04/2015	2.343
FORMATO IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN ÁREA QUIRÚRGICAS	HGM01500000000000000000000282_0001.PDF	MI-AIS-CQ003F02	1/04/2015	2.343
INSTRUCTIVO SEGUIMIENTO TELEFÓNICO POSTQUIRÚRGICO	HGM01500000000000000000000284_0001.PDF	MI-AIS-CQ004I01	1/11/2014	2.494
INSTRUCTIVO LAVADO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTERILES	HGM01500000000002016000233_0001.PDF	MI-AIS-CQ001I15	8/11/2016	1.756
INSTRUCTIVO RECEPCIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS ESTERILES	HGM01500000000002016000234_0001.PDF	MI-AIS-CQ001I16	8/11/2016	1.756
FORMATO ENTREGA Y RECIBO DE TURNO PARA CENTRAL DE ESTERILIZAC	HGM01500000000002016000243_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F12	15/11/2016	1.749
FORMATO REGISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS ENTREGADOS DIARIAN	HGM01500000000002016000244_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F13	15/11/2016	1.749
FORMATO ORDEN DE SALIDA DISPOSITIVOS MÉDICOS	HGM01500000000002016000245_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F14	15/11/2016	1.749
FORMATO REGISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS EN PRESTAMO A AREA	HGM01500000000002016000246_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F15	15/11/2016	1.749
FORMATO REGISTRO DE ENTREGA DE DISPOSITIVOS MEDICOS AL AREA	HGM01500000000002016000247_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F16	15/11/2016	1.749
FORMATO REGISTRO DE DISPOSITIVOS MEDICOS ENTREGADOS DIARIAN	HGM01500000000002016000248_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F17	15/11/2016	1.749
FORMATO REGISTRO TEST DE BOWIE AND DICK	HGM01500000000002016000249_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F18	15/11/2016	1.749
FORMATO REGISTRO INDICADOR FISICO, BIOLÓGICO Y QUIMICO DEL PR	HGM01500000000002016000250_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F19	15/11/2016	1.749
FORMATO ETIQUETA PARA DM EN PLASMA	HGM01500000000002016000251_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F20	15/11/2016	1.749
FORMATO ETIQUETA PARA DM EN VAPOR	HGM01500000000002016000252_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F21	15/11/2016	1.749
FORMATO RECIBO DE DISPOSITIVOS MEDICOS EN EL AREA DE PRELAVAD	HGM01500000000002016000253_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F22	15/11/2016	1.749
FORMATO RECIBO DE DISPOSITIVOS MEDICOS	HGM01500000000002016000254_0001.XLSX	MI-AIS-CQ001F23	15/11/2016	1.749

Cuadro N°3. Procesos y procedimientos desactualizados.

Fuente: cuadro elaborado por el auditor, con información suministrada por el Proceso de Calidad y Planeación.

b. Criterios.

- Mapa de procesos de la institución. Procesos Misionales. Atención Integral en Salud.
- Manual de estructura documental. Código: ES-GIC-GC001M02.
- Instructivo Control de Documentos y Registros del SGIC. Código: ES-GIC-GC001I01.Pág.4.Numeral 5.1.3

c. Riesgo.

- Ejecución de actividades que no están documentadas.
- Desactualización de los procesos y procedimientos institucionales.

d. Recomendación.

- Actualizar la documentación del proceso y los procedimientos.
- Documentar y normalizar todos los procedimientos e instructivos del proceso de Clínicas Quirúrgicas.

e. Posición del auditado.

De acuerdo con la observación

f. Plan de mejoramiento.

Se actualizar la documentación del proceso y los procedimientos vencidos.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

a. Descripción.

Riesgos.

La auditoría observa que entre los riesgos operativos identificados se encuentran:

- Fallas en la programación quirúrgica.
- Incorrecta preparación del paciente quirúrgico.
- Atención insegura-Posibilidad de eventos adversos durante la atención quirúrgica.
- Disminución de la productividad del servicio.

Estos riesgos no presentan seguimiento desde el 2019, ni una efectiva valoración y análisis periódico, para determinar el riesgo residual y la valoración de controles. Adicionalmente la auditoría observa que aún no se presentan al comité coordinador de control interno el seguimiento a éstos riesgos, con la respectiva evaluación de controles, con una supervisión con la segunda y primera línea generando acciones para mitigar éstos riesgos.

SEGUIMIENTOS TRIMESTRAL O SEMESTRAL Y MONITOREO LIDER PROCESO			SEGUIMIENTOS TRIMESTRAL O SEMESTRAL Y MONITOREO LIDER PROCESO			SEGUIMIENTOS TRIMESTRAL O SEMESTRAL Y MONITOREO LIDER PROCESO			SEGUIMIENTOS TRIMESTRAL O SEMESTRAL Y MONITOREO LIDER PROCESO			SEGUIMIENTOS TRIMESTRAL O SEMESTRAL Y MONITOREO LIDER PROCESO		
Nro. Seg.	FECHA	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO	Nro. Seg.	FECHA	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO	Nro. Seg.	FECHA	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO	Nro. Seg.	FECHA	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO	Nro. Seg.	FECHA	DESCRIPCION DEL SEGUIMIENTO
2	31 de octubre de 2018	Se viene haciendo seguimiento automatizado de las cancelaciones en SAP (B), como también en excel por el servicio de cirugía donde se registra las que no se realizan efectivamente en el día. El análisis se hace cada mes, se clasifican por tipo y se revisan los resultados en la presentación del Plan de Acción, con el Grupo de Mejoramiento de Cirugía en la Gestión de EA. El comportamiento comparativo con el año anterior tiene un incremento del 15%, siendo las causas más relevantes las atribuibles a la institución, y de estas la disponibilidad de UCI y el retraso en cirugía previa son las más relevantes. Se hace lo posible por reprogramar el mismo día si se dan las condiciones, de lo contrario se reprograma para el día siguiente.	1	31 de marzo de 2019	Se realiza seguimiento semanal de los motivos de cancelación. Se cuenta con enfermera administrativa en el servicio con el fin de buscar impactar este indicador. Para las cirugías ambulatorias, se implementó la actualización del quirófano 9 lo que ha disminuido los tiempos de espera y se está haciendo seguimiento diario por auditoría a los equipos quirúrgicos. Se viene trabajando con personal de enfermería de los pisos para que se socialicen los principales motivos de cancelación y se evite la materialización de esos riesgos.	2	30 de junio de 2019	Se cuenta con enfermera Coordinadora del servicio la cual se encarga de la gestión del quirófano para disminuir los tiempos muertos y realizar toda la gestión del quirófano. Se realiza montaje de cirugías en el quirófano de gine que cual mejora la oportunidad del montaje de las cirugías dado que lo ginecológico se realiza en este y no en cirugía para mejorar la oportunidad. Se socializan causas de cancelaciones y retrasos al grupo de especialista para buscar impactar estos.	3	30 de septiembre de 2019	Se inicia estrategia de QTH Ideal la cual busca que cada integrante en la atención del paciente en el servicio de cirugía cuente al grupo su función y como contribuye a lograr un QTH Ideal (quirófano con trato humanizado). El indicador de cancelaciones por causa institucional es de 4.6%, con tendencia a disminuir, aunque por fuera de la meta, aceptable (2-4%), como principal causa se tiene falta de cama de UCI y prolongación de tiempo quirúrgico dado que hay demoras en el montaje por los traslados. En comité Técnico científico se propuso crear el grupo de gestión de la cama y con esto buscar impactar de manera positiva el indicador.	4	31 de diciembre de 2019	Se finaliza estrategia QTH Ideal donde se logra la intervención de todo el grupo, como servicios generales, central de esterilización, enfermería y auxiliares, vigilancia epidemiológica, anestesiólogos, especialistas quirúrgicos y demás logrando una sensibilización de la importancia de cada uno de los integrantes para lograr la prestación de un servicio seguro y con calidad a los pacientes. Se logra evidenciar el impacto positivo en los retrasos en el proceso de montaje de cirugías, dado que no se contaba con consentimiento informado y se demoraba el inicio o se cancelaba el paciente, se logra evidenciar que el cambio en el proceso presento un impacto positivo mejorando los retrasos en el montaje. Se logra la consecución de metas.
2	31 de octubre de 2018	Se continúa con la parateca de control con el hablador "Mi cirugía es", se ha tenido buena adherencia y con ello se viene logrando que las cancelaciones por aspectos de mala preparación del paciente sean solo 7 de 237 cancelaciones en los 10 primeros meses. De igual forma la lista de chequeo prequirúrgica en SAP se aplica de manera rutinaria.	1	31 de marzo de 2019	Se evidencia el impacto en la adherencia al diligenciamiento del hablador de "mi cirugía es" y la lista de chequeo prequirúrgica. Ambos indicadores han mejorado en el último trimestre.	2	30 de junio de 2019	Se da continuidad a la estrategia del hablador de "mi cirugía es" y la lista de chequeo prequirúrgica. Con mejoría notoria en la adherencia. Se socializan causas de cancelación en el servicio por mala preparación del día a día a la coordinación de enfermería para que se retroalimente el servicio y mejorar en futuros eventos.	3	30 de septiembre de 2019	Se da continuidad a la estrategia del hablador de "mi cirugía es" y la lista de chequeo prequirúrgica. Con mejoría notoria en la adherencia. Se implementa estrategia desde cirugía en horas de noche llamando a pisos en caso que paciente de la mañana requiera algo especial así como recordando que el paciente va a cirugía para cumplir con requisitos en el momento del traslado al servicio de cirugía.	4	31 de diciembre de 2019	Se continúa con la estrategia de retroalimentación al servicio en caso de mala preparación, falta de ayuno o incumplimiento de profilaxis para disminuir estos retrasos o riesgos en proceso de atención y se incluye el tema de la importancia de la profilaxis antibiótica en la estrategia del QTH Ideal, tema dado por el especialista encargado de infecciones del servicio de ortopedia.
2	31 de octubre de 2018	Se vienen aplicando las rondas de seguridad, el seguimiento a Higiene de manos y la Lista de chequeo de seguridad quirúrgica. Se está reforzando la estrategia de higiene de manos en este trimestre de fin de año. Se viene haciendo la medición de adherencia a las GPC - y de HC- según la programación enviada por Estadística y se realimentan resultados a los especialistas.	1	31 de marzo de 2019	Para el año 2019 se cumplió con las rondas de seguridad, se evidencia en las actas de las mismas. Para 2019, se ha cumplido con las rondas mensuales, abordando temas como higiene de manos, eventos adversos y comportamiento en quirófanos. Se viene siguiendo el cronograma propuesto por oficina de calidad. En el indicador de higiene de manos, el comportamiento es muy similar con evidencias de baja adherencia en el segundo momento.	2	30 de junio de 2019	Se socializa e higieniza epidemiológica una intervención más continua en el servicio dado que el indicador de adherencia a lavado de manos no estaba en lo esperado y se realiza socialización de lavado de manos prequirúrgicos, se realizan auditorías continuas en el servicio con hallazgo claro con reporte del personal en el cual se retroalimentaban resultados buscando mejorar la	3	30 de septiembre de 2019	Se continúa por parte de vigilancia epidemiológica las auditorías de adherencia a higiene de manos y lavado quirúrgico del grupo con notable mejoría en la adherencia, se mejoran los resultados de las luminometría en el servicio mejorando en la atención segura y prevención de infecciones. Se implementa lista de chequeo y rondas previas al inicio de la jornada quirúrgica diaria por parte del ingeniero	4	31 de diciembre de 2019	Se incluye en la estrategia QTH Ideal, charlas por parte del ingeniero biomédico para sensibilizar la importancia del uso adecuado de equipos y dispositivos biomédicos lo que impactó en la disminución de daños y reparaciones en el último bimestre. Se logra mejoría en la adherencia a higiene de manos en el servicio y lavado prequirúrgico.

b. Criterios.

- Manual de Gestión de Riesgos. Código: ES-PLI-GP006M01.Pág 24.
- Carpeta compartida gestión de riesgos.

c. Riesgo.

- Afectación del nivel de madurez de la gestión de riesgos en la institución.

d. Recomendación.

- Presentar informe de seguimiento, valoración, análisis y seguimiento de los riesgos operacionales del proceso.
- Realizar el seguimiento de los riesgos operacionales, que permitan la toma de decisiones.

e. Posición del auditado.

De acuerdo con la observación

f. Plan de mejoramiento.

Se realizará el seguimiento a los riesgos del proceso.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

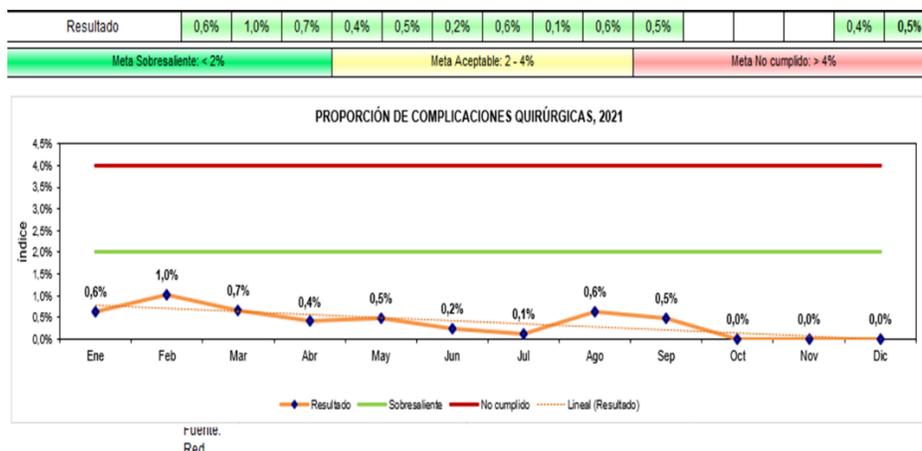
a. Descripción.

Indicadores.

Un indicador es una medida cuantitativa que se puede observar, medir y seguir en el tiempo, la cual permite describir un comportamiento, característica o fenómeno y compararlo con respecto a metas, objetivos y/o periodos previos. La auditoría observa que entre los indicadores de gestión se encuentran:

- Promedio de días de espera para la realización de cirugía programada.
- Proporción de complicaciones quirúrgicas.
- Proporción de muertes quirúrgicas
- Promedio días de espera para la realización de trasplante de tejido osteomuscular.

Estos indicadores tienen los respectivos seguimientos durante la vigencia 2021. Al analizar los indicadores que presentan en el plan de acción el cual se realiza cada trimestre se puede observar en la presentación que solo se presentan 2 de los 4 indicadores, lo que no permite generar información útil para mejorar el proceso de toma de decisiones y el proceso de evaluación de la atención, la gestión, planes programas, entre otros.



b. Criterios.

- Manual de Indicadores de Gestión. Pág. 95

c. Riesgo.

- Ineficiencia del Proceso.

d. Recomendación.

- Evaluar la posibilidad de unificar los indicadores que se evalúan periódicamente en el proceso con los presentados en el plan de acción, lo que permite generar información útil para la mejora del proceso.

e. Posición del auditado.

El indicador de Promedio días de espera para la realización de trasplante de tejido osteomuscular se gestiona a través de la líder de trasplante y, es presentado en el plan de acción.

f. **Plan de mejoramiento.**

No aplica

Observación de Auditoría Interna N° 4.

a. **Descripción.**

Cancelación de Cirugías.

La institución ha implementado estrategias para disminuir las cancelaciones de cirugías como son: disminución de tiempos en el montaje de pacientes, atenciones más seguras en el servicio, capacitación del 100% del personal en manejo del paciente quirúrgico, camillero asignado exclusivamente para el servicio. En lo que va corrido de la vigencia y con corte al 31 de octubre, se han cancelado 111 pacientes por causas inherentes al hospital, A continuación relacionamos al detalle las causas de cancelación:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. Oficina de Auditoría Interna Auditoría Atención Clínicas Quirúrgicas													
Cancelación Cirugías por causa del HGM													
POR CAUSA DEL HOSPITAL	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT	Total	%	
Retardo en cirugía anterior	3	2	4	0	2	3	3	3	2	7	29	26%	
No disponible UCI/UCE	3	0	1	3	2	2	4	0	1	4	20	18%	
Cambio en plan de tratamiento	0	1	0	0	0	2	6	1	3	2	15	14%	
Urgencia Vital	0	4	1	0	0	3	4	0	1	0	13	12%	
Inconveniente del recurso humano en Cx	1	1	1	0	0	1	2	0	1	3	10	9%	
Fallas en comunicación - Incluye información	0	1	2	1	0	0	1	0	1	1	7	6%	
Mala programación	0	0	2	0	0	0	2	1	1	0	6	5%	
No disponible equipo tecnológico	0	0	2	0	0	0	0	2	1	0	5	5%	
Falta de ayuno incluye preparación y exámenes	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	4	4%	
Falta de consentimiento informado	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1%	
Falta de insumo/Material MQQ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1%	
Falta de documentación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%	
Total	7	9	13	4	4	12	22	7	15	18	111	100%	

Cuadro N°4. Cancelación Cirugías por causa del HGM.

Fuente: Consolidado Cancelación de Cx. Personal de Enfermería.

Cuadro elaborado por el auditor Líder.

Del cuadro anterior se puede deducir que las cuatro (4) principales causas de cancelación relacionadas con el hospital son: retardo en la cirugía anterior con 26%, no disponibilidad de UCE/UCI con 18%, cambio en el plan de tratamiento 14%, urgencia vital 12%, estas causas aunque sean trabajado por medio de diferentes estrategias aún no impactan de manera favorable en la disminución de las cancelaciones de cirugía. Es de anotar que en los indicadores institucionales no se encuentran el indicador de Cancelación de Cirugía.

b. Criterios.

- Manual de Indicadores de Gestión. Código: AP-INF-CA003M01.
- Carpeta compartida indicadores.

c. Riesgo.

- Ineficiencia del Proceso.

d. Recomendación.

- Analizar y definir en los grupos de mejoramiento del proceso las acciones, actividades y estrategias necesarias para disminuir la cancelación de cirugías relacionadas con la institución.
- Considerar la pertinencia de incluir en los indicadores de gestión, un indicador que permita monitorear y tomar decisiones sobre la cancelación de cirugías.

e. Posición del auditado.

De acuerdo con la observación

f. Plan de mejoramiento.

Como plan de acción se está trabajando con los procesos interrelacionados como: apoyo logístico, farmacia, comunicación directa con las EPS.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.

Manual de Funciones.

El manual de funciones, ayuda a los servidores públicos a conocer las tareas propias del cargo para el cual fueron designados. La implementación del manual de funciones para la gestión del talento humano en las organizaciones, logra aportar elementos de valor. La auditoría interna al revisar el manual de funciones y validar los cargos evidencia que la dirección de clínicas quirúrgicas esta denominada como dirección área asistencial con cargo del jefe inmediato el gerente, a nivel operacional la dirección de clínicas quirúrgicas depende de la subgerencia asistencial, esta ambigüedad en la estructura organizacional se convierte en un riesgo debido a las jerarquías y autoridades competentes, aunque internamente tengan un entendimiento de los jefes inmediatos y mediatos.

b. Criterios.

- Manual de Funciones. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Informe Final de Cargas HGM 2020.

c. Riesgo.

- Disminución de la productividad del servicio.
- Pérdida de Autoridad.

d. Recomendación.

- Evaluar y/o reevaluar la estructura organizacional con base en el plan estratégico al 2027 y, en el informe de cargas del HGM del 2020.
- Revisión de la estructura organizacional y la determinación real de las necesidades del recurso humano.
- Considerar la reconfiguración del proceso de clínicas quirúrgicas. (Estudio de Cargas).
- Actualizar el manual de funciones con sus respectivos niveles jerárquicos.

e. Posición del auditado.

La implementación de estas recomendaciones no depende del proceso, se traslada al proceso de gestión humana.

f. Plan de mejoramiento.

Se traslada al proceso de gestión humana.

Observación de Auditoría Interna N° 6.

a. Descripción.

Manual de Funciones - Cargas Laborales.

La auditoría interna en visita de campo puede observar que la directora de clínicas quirúrgicas tiene a cargo dos direcciones (Clínicas Quirúrgicas, Gineco-obstetricia) en ambas direcciones se ejecutan múltiples tareas inherentes a su cargo, estas actividades operacionales demandan mucho tiempo en el "día a día", lo que impide que el propósito principal del cargo, el cual se encuentra definido en el manual de funciones que es "Dirigir, planear y coordinar las diferentes actividades de la dirección asignada, con el fin de garantizar la prestación del servicio de acuerdo a la disponibilidad de los recursos humanos, financieros y técnicos" no se cumpla a cabalidad y no se obtengan los resultados esperados dentro de los procesos.

b. Criterios.

- Manual de Funciones. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Informe Final de Cargas HGM 2020.

c. Riesgo.

- Disminución de la productividad del servicio.

d. Recomendación.

- Evaluar y/o reevaluar la estructura organizacional con base en el plan estratégico al 2027 y, en el informe de cargas del HGM del 2020.
- Revisión de la estructura organizacional y la determinación real de las necesidades del recurso humano.
- Considerar la reconfiguración del proceso de clínicas quirúrgicas.

e. Posición del auditado.

La implementación de estas recomendaciones no depende del proceso, se traslada al proceso de gestión humana.

f. Plan de mejoramiento.

Se traslada al proceso de gestión humana.

4.2. Para mejorar el proceso de Control.

Observación de Auditoría Interna N° 7.

a. Descripción.

Indicadores de Calidad.

La auditoría interna al verificar la información generada de los indicadores experiencia en la atención según la resolución 256 de 2016, valida que la institución realiza el cálculo de los indicadores, sin embargo, en algunos no establece meta de cumplimiento como es el caso del indicador Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General, así mismo en el contenido de las fichas de cada indicador no se observó análisis ni implementación de estrategias de mejoramiento.

b. Criterios.

- Resolución 256 de 2016. Anexo técnico N°1, pág. 9

c. Riesgo.

- Ineficiencia en el proceso.
- Sanciones administrativas.

d. Recomendación.

- Actualizar los indicadores experiencia en la atención conforme a lo requerido por la resolución 256 de 2016 de la Supersalud.

e. Posición del auditado.

Este indicador pertenece a la dirección de urgencias y consulta externa.

f. Plan de mejoramiento.

Se tiene comunicación con el director de ambulatorios y con el jefe del servicio en donde se entregaron las necesidades de tiempo de los especialistas, que permitan dar cumplimiento a los indicadores de los entes de control.

Observación de Auditoría Interna N° 8.

a. Descripción.

Programación de Cirugía.

El objetivo del procedimiento "Programación de Cirugía Electiva" es programar procedimientos quirúrgicos, en forma electiva, a los usuarios provenientes de los servicios de hospitalización y fuera del Hospital. Según el alcance del procedimiento: se inicia con la generación de una orden clínica para un procedimiento quirúrgico y finaliza con usuario incluido en el programa quirúrgico, la auditoría verifica que dentro de los pasos del cómo se hace se tienen definidos 4 actividades con sus respectivos responsables, en estas actividades intervienen varios procesos (facturación, trabajo social, anestesia...) los cuales se deben alinear para que no se generen retrasos en la programación de la cirugía. Se evidencia que existe un cuello de botella en lo concerniente a la generación de autorizaciones debido a la falta de personal de trabajo social quienes son las encargadas de la verificación de la cuenta del usuario hospitalizado y la consecución de las autorizaciones para la programación del paciente. Esta situación acarrea estancias prolongadas, e insatisfacción en los usuarios pacientes y cirujanos.

b. Criterios.

- Procedimiento programación de cirugía. Código: MI-AIS-CQ001.

c. Riesgo.

- Ineficiencias en el proceso.
- Estancias prolongadas.
- Insatisfacción de los usuarios.

d. Recomendación.

- Evaluar y/o reevaluar la estructura organizacional con base en el plan estratégico al 2027 y, en el informe de cargas del HGM del 2020.
- Evaluar los puntos de control del procedimiento de programación de cirugía.

e. Posición del auditado.

De acuerdo con la observación.

f. Plan de mejoramiento.

Se realizará revisión del procedimiento de programación de cirugía, con área de facturación para realizar los ajustes necesarios al proceso.

4.3. Para mejorar el proceso de Riesgos.

Observación de Auditoría Interna N° 9.

a. Descripción.

Coordinador Administrativo.

Actualmente existe un enfermero con funciones administrativas en el servicio de Cirugía, el cual tiene asignadas unas actividades desde la coordinación de Enfermería, sin su respectivo acto administrativo que valide sus funciones desde el área de Gestión Humana; lo que implica un ejercicio de coordinación carente de autoridad y con dificultades en toma de decisiones.

Las funciones de las enfermeras administrativas se concentran en acciones de calidad, manejo de cuadros de turno, evaluación periódica de los servicios, en algunas ocasiones hacen turnos asistenciales, participaciones en reuniones de eventos adversos, apoyo del proceso docente y montaje de solpedidos de los servicios. Estas funciones no se encuentran normalizadas ni estandarizadas ya que difieren dependiendo del servicio en que se encuentren.

b. Criterios.

- Manual de Funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.Pág 208.

c. Riesgo.

- Probable riesgo de extralimitación de funciones, por no contemplar las funciones mediante acto administrativo desde Gestión Humana.
- Demandas institucionales.

d. Recomendación.

- Definir, actualizar y normalizar las funciones de las enfermeras administrativas del HGM, aprobadas desde Gestión humana.
- Estudiar la probabilidad de crear los cargos de Coordinadoras administrativas en la planta de cargos.

e. Posición del auditado.

Esta observación no pertenece al proceso.

f. Plan de mejoramiento.

Se trasladará al proceso de gestión humana y coordinación de enfermería.

Observación de Auditoría Interna N° 10.

a. Descripción.

Área Quirófanos vs Área Recuperación.

Se realiza revisión en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, respecto del servicio de cirugía encontrando que tiene habilitados (8) quirófanos. Se verifica la distribución de los quirófanos así:

- Quirófano 1: procedimientos realizados de cirugía cardiovascular
- Quirófano 2: realización de cirugías electivas
- Quirófano 3: realización de cirugías urgentes
- Quirófano 4: realización de cirugías urgentes
- Quirófano 5: procedimientos de Cirugía plástica y Urología
- Quirófano 6: procedimiento de cirugía general
- Quirófano 7 y 8: procedimientos de ortopedia salas con protección plomada

Se observa sala de recuperación dotada con (6) camillas, en la cual se encuentran (2) auxiliares de enfermería y una enfermera jefe. Según la norma 3100 de habilitación por cada quirófano habilitado se

debe tener 2 camillas en recuperación, la auditoría advierte un riesgo alto al no cumplir con la norma establecida.

b. Criterios.

- Resolución 3100 de 2019.

c. Riesgo.

- Posible pérdida de la habilitación

d. Recomendación.

- Habilitar las camillas en recuperación según lo establecido por la normatividad.

e. Posición del auditado.

De acuerdo con la observación.

f. Plan de mejoramiento.

Con la autoevaluación de la 3100 se envía a infraestructura la solicitud de la elaboración de un proyecto de ampliación de recuperación que permita cumplir con la normatividad vigente.

Observación de Auditoría Interna N° 11.

a. Descripción.

Clima laboral

Según lo expresado por la coordinación del proceso de clínicas quirúrgicas y las enfermeras profesionales, el personal asistencial de enfermería no es suficiente para suplir los requerimientos dentro de los quirófanos, es por esto que se cuenta dentro del turno con personal de enfermería vinculado por el hospital y de la asociación gremial sindical Prodesa, esta situación está generando deterioro en el clima laboral dentro del servicio, anudado con que la curva de aprendizaje en un servicio tan especializado requiere de tiempo, desarrollo de competencias, entrenamiento y acompañamiento continuo.

b. Criterios.

- Procedimiento selección de funcionarios y colaboradores. Código: AP-GHU-AP002.
- Proyecto estratégico Cultura Organizacional.

c. Riesgo.

- Insatisfacción del cliente interno
- Pérdidas operacionales
- Demandas institucionales

d. Recomendación.

- Evaluar la pertinencia de tener el personal mixto dentro del servicio de cirugía.

- Establecer un proceso técnico de selección para el cubrimiento de los requerimientos de personal en los servicios.
- Seguir los lineamientos del procedimiento de selección de funcionarios y colaboradores normalizado en el proceso de administración de personal.

e. Posición del auditado.

De acuerdo con la observación.

f. Plan de mejoramiento.

La dirección de clínicas Quirúrgicas con el programa de cultura organizacional, realizaron unas charlas motivacionales, posterior a esto se diligenció una encuesta de clima organización, la cual se encuentra en espera de los resultados para la toma de decisiones.

Observación de Auditoría Interna N° 12.

a. Descripción.

Estrategia QTH –Quirófano Humanizado.

Se implementa la estrategia, QTH Ideal en el servicio de cirugía, con el fin de mejorar los procesos de calidad inicialmente en el servicio de cirugía, para generar conciencia sobre la seguridad del paciente, así como fomentar la participación de los integrantes de los procesos asistenciales en los planes de mejoramiento institucional, se realiza capacitación por cada uno de los grupos que intervienen en el proceso de atención con el resto del equipo y genero disminución de tiempos en el montaje de pacientes, disminución en las cancelaciones de procedimientos y atenciones más seguras en el servicio, capacitación del 100% del personal. El personal médico asignado para el acompañamiento de esta estrategia realiza otras actividades asistenciales que le impiden fortalecer y mejorar continuamente la estrategia.

b. Criterios.

- Sistema Obligatorio de garantía de la calidad.

c. Riesgo.

- Disminución de la productividad.
- Atención Insegura

d. Recomendación.

- Asignar el recurso humano necesario para que la estrategia de QTH sea implementada, evaluada y continúe en el tiempo.

e. Posición del auditado.

De acuerdo con la observación.

f. Plan de mejoramiento.

Se asignará tiempo del personal médico para mantener y fortalecer la estrategia de Quirófano Humanizado.

V. CONCLUSIONES.

De la evaluación realizada al proceso de Clínicas Quirúrgicas, se concluye que esta cumple con las políticas administrativas establecidas por la entidad, no obstante, presenta algunas desviaciones operativas y de gestión que requieren suscribir acciones de mejora para fortalecer el proceso, tal como se describe en las observaciones del presente informe.

Igualmente se debe fortalecer el tema de indicadores, riesgos y controles al interior del proceso, con el fin de establecer mecanismos de seguimiento eficientes que permitan medir el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Se deberá socializar e interiorizar con todo el equipo de trabajo, temas transversales de obligatorio cumplimiento como el código de integridad, dimensiones del MIPG, líneas de defensa y conflicto de interés entre otros, con el fin de fortalecer el conocimiento de la gestión pública en el desarrollo de las actividades propias tanto del proceso como de la institución.

Se resalta por parte del equipo auditor, la disponibilidad y cumplimiento oportuno en la entrega de la información requerida y el compromiso permanente por parte de los funcionarios adscritos al proceso para atender todo lo relacionado con la etapa de ejecución de la auditoría, mostrando un avance significativo con la cultura del Control.

VI. 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 se realizará una labor de acompañamiento del proceso auditado.

VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.

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

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

Nota: De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011: "Los informes de los funcionarios de control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten".



Documento elaborado y revisado por:
Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna**.

Preparó: **María Janneth Agudelo Arango**
Profesional de Auditoría Interna.
Karina Marina Ruiz de la Hoz
Profesional de Auditoría Interna
Heriberto Vargas Lema
Profesional de Auditoría Interna.
Julio E. Suescún Montoya
Técnico de Auditoría

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



Medellín, Diciembre de 2021.