

# INFORME DE AUDITORÍA 2022

## Gestión de la Investigación

N° 01

22 de febrero de 2022

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



Alcaldía de Medellín

Informe tipo **de Auditoría**



N° 01

# HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

## Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Oficina de Auditoría Interna

### INFORME DE AUDITORÍA 2022

#### Gestión de la Investigación

#### Equipo Oficina de Auditoría Interna

**Jefe de la Oficina:**  
William Alberto Higuera Lopera

**Auditores:**

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

**Técnico:**

Julio E. Suescún Montoya

**Correo Oficina:** [oficinadeauditoria@hgm.gov.co](mailto:oficinadeauditoria@hgm.gov.co)  
Carrera 48 #32 – 102, Medellín – Antioquia – Colombia  
PBX: 3847300, [www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)

#### Modalidad Auditoría Interna



Alcaldía de Medellín

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

## 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.....	6
1.5. Fundamento Normativo.....	7
1.6. Documentos Base.....	7
1.7. Limitaciones.....	8
1.8. Terminología básica.....	8
<b>II. ANTECEDENTES.....</b>	<b>9</b>
<b>III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....</b>	<b>9</b>
3.1 Ficha Técnica de Auditoría.....	9
3.2 Datos básicos del Proceso.....	9
3.3 Fortalezas.....	10
3.4 Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	10
<b>IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>13</b>
4.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	13
4.2. Para mejorar el proceso de Control y Riesgos.....	20
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>VI. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....</b>	<b>24</b>
<b>VII. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....</b>	<b>24</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 2022 “**Para agregar Valor**”, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al Proceso de Gestión de la Investigación 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.

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 III. Una Auditoría de Impacto y Efectiva. Plan Estratégico 2021 – 2027 “Construimos Confianza” de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima de fondo contribuir al cumplimiento de los objetivos del Hospital General de Medellín con la observancia plena de los requerimientos de orden legal y de buenas prácticas de transparencia en el marco del buen gobierno público, gestión de riesgos y control efectivo.

Continuaremos liderando un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para contribuir 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.

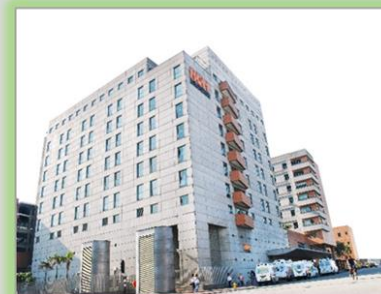
Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoría por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

**Oficina de Auditoría Interna.**

*Construimos Confianza*

**Hospital General de Medellín.**

*Atención Excelente y Calidad de Vida.*



	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

## I. GENERALIDADES.

### 1.1. Objetivo.

Realizar una evaluación al proceso de gestión de la investigación, con el fin de verificar su conformidad frente al gobierno, su enfoque de riesgos, implementación de controles e identificación de oportunidades de mejoramiento.

### 1.2. Alcance.

La Auditoría revisará el cumplimiento de los objetivos de los siguientes procedimientos, que componen el proceso:

1. Formulación y evaluación de protocolo de investigación.
2. Ejecución, seguimiento y control de proyectos de investigación. Además del seguimiento del Plan de acción 2021, con su objetivo estratégico N° Objetivo 7: Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicada al proceso de atención en salud y, las actividades fortalecimiento de los grupos de investigación fortalecer el conocimiento en investigación.

### 1.3. Metodología.

Durante el desarrollo y la ejecución de la auditoria se aplicaron las siguientes técnicas de auditoria 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 la Líder del proceso.
- Entrevista con la Dra. Diana Paola Cuesta.
- 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.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

#### 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.*

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> EV-EVC-CI002F06
			<b>VERSIÓN:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 29/06/2022

## 1.5. Fundamento Normativo.

- 1.5.1 Resolución 8430 del 4 de octubre de 1193.Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

*Título 1. Disposiciones generales. Artículo 1. Las disposiciones de estas normas científicas tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en salud.*

- 1.5.2 Resolución 2378 del 27 de junio de 2008.Ministerio de la Protección Social. Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos.

*Artículo 2.- Buenas prácticas clínicas - La implementación de las Buenas Prácticas Clínicas y su estricto cumplimiento, estará bajo la responsabilidad del área de investigación de la institución investigadora, o quien haga sus veces*

- 1.5.3 Ley 1374 del 8 de enero de 2010. Congreso de Colombia. Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones.

*Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear el Consejo Nacional de Bioética, CNB, determinar su integración, funciones, organización y financiación.*

- 1.5.4 Ley Estatutaria 1581del 17 de octubre 2012.Congreso de Colombia. Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.

*Título i objeto, ámbito de aplicación y definiciones*

*Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma.*

## 1.6. Documentos Base.

- 1.6.1 Manual de Indicadores de Gestión. Código: AP-INF-CA003M01.
- 1.6.2 Caracterización Proceso Gestión de la Investigación. Código: MI-DSI-IV.
- 1.6.3 Procedimiento Formulación y Evaluación de Protocolo de Investigación. Código: MI-DSI-IV001.
- 1.6.4 Procedimiento Ejecución, Seguimiento y Control de Proyectos de Investigación. Código: MI-DIS-IV002.
- 1.6.5 Instructivo Guías Operativas del Comité de Investigaciones. Código: MI-DSI-IV001I01.
- 1.6.6 Instructivo Lineamientos para la Monitorización de Proyectos de Investigación y Desarrollo. Código: MI-DSI-IV001I02.
- 1.6.7 Carpetas compartidas de Indicadores de Gestión, Plan de Acción y Plan Estratégico.
- 1.6.8 Actas Comité de Investigaciones. SAP-EURODOC.
- 1.6.9 Manual de estructura documental. Código: ES-GIC-GC001M02.
- 1.6.10 Instructivo Control de Documentos y Registros del SGIC. Código: ES-GIC-GC001I01.
- 1.6.11 Manual de Gestión de Riesgos. Código: ES-PLI-GP006M01.
- 1.6.12 Manual de Funciones y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- 1.6.13 Informe Final Estudio de Cargas HGM 2020.
- 1.6.14 Política de Gestión del Riesgo. Código: ES-PLI-GP001L10.
- 1.6.15 Política de Investigaciones.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> EV-EVC-CI002F06
			<b>VERSIÓN:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 29/06/2022

- 1.6.16 Instructivo Guías Operativas del Comité de Investigaciones. Código: MI-DSI-IV001I01.
- 1.6.17 Instructivo Lineamientos para la monitorización de proyectos de investigación y desarrollo. Código: MI-DSI-IV001I02.

## 1.7. Limitaciones

La Líder, medica epidemióloga, los 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.

### ▫ Buena Práctica Clínica (BPC).

Estándar para el diseño, conducción realización, monitoreo, auditoría, registro, análisis y reporte de estudios clínicos que proporciona una garantía de que los datos y los resultados reportados son creíbles y precisos y de que están protegidos los derechos, integridad y confidencialidad de los sujetos de estudio.

### ▫ Comité de Ética Independiente.

Una organización independiente (un consejo de revisión o un Comité Institucional , regional, nacional, o supranacional), integrada por profesionales médicos/científicos y miembros no médicos/no científicos, cuya responsabilidad es asegurar la protección de los derechos , la seguridad y el bienestar de los seres humanos involucrados en un estudio y proporcionar una garantía pública de esa protección de los derechos, a través, entre otras cosas, de la revisión y aprobación/opinión favorable del proyecto del estudio, la capacidad del investigador(es) y lo adecuado de las instalaciones , métodos y material que se usarán al obtener y documentar el consentimiento informado de los sujetos del estudio.

### ▫ Comité de Ética Institucional (CEI).

Organización independiente integrada por miembros médicos, científicos y no científicos cuya responsabilidad es garantizar la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los seres humanos involucrados en un estudio por medio de, entre otras cosas, la revisión, aprobación y revisión constante del proyecto de estudio y enmiendas de la documentación y el consentimiento informado de los sujetos del estudio.


### ▫ Consentimiento Informado.

Un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular, después de haber sido informado sobre los aspectos de éste que sean relevantes y puedan afectar su decisión de participar. El consentimiento informado se documenta por medio del formato, que debe ser firmado y fechado por el participante, dos testigos y el médico investigador.

### ▫ Proyecto de Investigación.

Es la unidad básica de trabajo que comprende un conjunto de actividades organizadas coherentemente en una propuesta de investigación que involucra la utilización de recursos



	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

humanos, financieros, bibliográficos y de infraestructura, para lograr resultados concretos en un tiempo definido.

## 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.

Según el ciclo del universo auditable y con base en el plan de anual de auditoría basado en riesgos, para el proceso de Gestión de la Investigación es la primera vez que se realiza una auditoría.

## III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

### 3.1 Ficha Técnica de Auditoría.

<b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b> Oficina de Auditoría Interna Auditoría Gestión de la Investigación		 
<b>Ficha Técnica</b>		
<b>Asunto:</b>	Auditoría Proceso Gestión de la Investigación	
<b>Entidad:</b>	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.	
<b>Dependencia:</b>	Oficina de Auditoría Interna	
<b>Auditor Líder:</b>	María Janneth Agudelo Arango.	
<b>Líder del proceso</b>	Dra. Myriam Lucia Ramirez Rios.	
<b>Grupo de Trabajo</b>		
<b>Fecha:</b>	Febrero 2022	

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

### 3.2 Datos básicos del Proceso.

<b>Asunto</b>	Auditoría Proceso Gestión de la investigación
<b>Entidad</b>	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.
<b>Dependencia</b>	Oficina de Auditoría Interna
<b>Auditor Líder</b>	María Janneth Agudelo Arango.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

<b>Líderes de Proceso</b>	Dra Myriam Lucia Ramirez Rios.
<b>Equipo del Proceso</b>	Una (1) Líder del proceso de investigación, una (1) médica epidemióloga, dos (2) grupos de investigación: HGM-CES con 12 investigadores, Grupo Investigación en enfermería 15 personas.
<b>Fecha</b>	Febrero de 2022

Cuadro N°2. Datos básicos del Proceso.

Fuente: Proceso y auditor líder.


### 3.3 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.
- La auditoría resalta la gestión y los aportes de la médica epidemióloga en el proceso auditado, destacando su conocimiento, empoderamiento y compromiso.

### 3.4 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:

		<b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b> Atención excelente y calidad de vida <b>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>Construimos Confianza</b> Auditoría Proceso Gestión de la <b>OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>			
N°	Descripción	Cantidad			
<b>1</b>	<b>Observaciones</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>		
	En el Proceso de Gobierno	5	71%		
	En el Proceso de Riesgos	1	14%		
	En el Proceso de Control	1	14%		
<b>2</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>		
	Para mejorar el Gobierno	11	69%		
	Para mejorar la Gestión del Riesgo	3	19%		
	Para mejorar el Control	2	13%		

Cuadro N°3. Observaciones y Recomendaciones

Fuente: Auditor Líder


	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA		
Observaciones y Recomendaciones		
Nº	Observaciones	Recomendaciones
1	<b>Procedimientos e Instructivos.</b> 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; <i>“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”.</i>	1.1. Actualizar la documentación del proceso y los procedimientos incluyendo los formatos. 1.2. Documentar y normalizar todos los procedimientos, instructivos del proceso de Gestión de la Investigación.
2	<b>Riesgos.</b> La auditoría observa que entre los riesgos identificados se encuentran: <ul style="list-style-type: none"> <li>Posibilidad de afectación reputacional por formulación de proyectos de investigación que no contribuyen a la comprensión o solución de problemas.</li> <li>Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad de evaluación del proyecto de investigación.</li> <li>Posibilidad de afectación reputacional Inoportunidad de seguimiento de proyectos.</li> <li>Posibilidad de afectación reputacional y legal Incumplimiento de los compromisos pactados en el acta de inicio.</li> </ul>	2.1 Presentar informe de seguimiento, valoración, análisis y seguimiento de los riesgos operacionales del proceso. 2.2 Realizar el seguimiento de los riesgos operacionales, legal que permitan la toma de decisiones.
3	<b>Indicadores del Proceso.</b> Un indicador es una medida cuantitativa que se puede observar, medir y seguir en el tiempo, la cual permite describir un comportamiento, característica	3.1 Actualizar el manual de indicadores de gestión en el proceso de gestión de la investigación, que permita evaluar el alcance de los objetivos y metas de este.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> EV-EVC-CI002F06
			<b>VERSIÓN:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 29/06/2022

	<p>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"> <li>Proporción de Investigaciones que se traducen en innovaciones.</li> </ul> <p>Este indicador tiene los respectivos seguimientos durante la vigencia 2021. Al analizar los indicadores de que se describen en el manual de indicadores de gestión, se evidencia que este indicador no se encuentra establecido dentro del proceso de gestión de la investigación, esta situación 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>	
4	<p><b>Manual de Funciones.</b></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 el cargo de la Líder de Programa Docencia Servicio e Investigaciones puede verificar que tiene a cargo dos procesos misionales (Docencia Servicio e Investigaciones), no obstante tanto en la descripción del propósito del cargo, como en las de funciones esenciales se enumeran actividades referentes a investigaciones sin que mencionen las de docencia servicio.</p>	<p>4.1 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.</p> <p>4.2 Actualizar y/o reevaluar el manual de funciones conforme al estudio de carga del HGM del 2020.</p>
5	<p><b>Estructura del proceso.</b></p> <p>La auditoría interna en visita de campo puede observar que la Líder a de clínicas quirúrgicas tiene a cargo dos procesos (Docencia servicio , Investigaciones) en ambos procesos 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 “Entregar a la organización a través de los comités , productos de investigación que permitan apoyar decisiones para el corto , mediano y largo plazo”, no se cumpla a cabalidad y no se obtengan los resultados esperados dentro de los procesos.</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.</p> <p>5.2 Revisión de la estructura organizacional y la determinación real de las necesidades del recurso</p>
6	<p><b>Procedimientos.</b></p> <p>La auditoría evidencia que los dos (2) procedimientos que hacen parte del proceso de gestión de la investigación definidos en el alcance de la auditoría se encuentran desactualizados; las generalidades, los recursos, el contenido, los puntos de control y todos los responsables de cada uno de estos difieren de la real ejecución del proceso lo que representa un alto riesgo, debido a que no se cuenta con un enfoque actualizado que garantice el cumplimiento de los objetivos.</p>	<p>6.1 Actualizar la documentación del proceso y los procedimientos incluyendo los formatos incluyendo la formulación de protocolo de investigación, evaluación del protocolo de investigación entre otros.</p> <p>6.2 Crear un registro de las ideas y oportunidades de investigación analizadas y cuantificar las que derivan en proyecto o protocolo de investigación.</p> <p>6.3 Actualizar el instructivo “Guías operativas del comité de investigaciones”.</p> <p>6.4 Se deberá cumplir con el componente del proceso de seguimiento de presentación de informe de seguimiento a investigaciones en el Comité de I+D+I</p>



	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

		6.5 Solicitar un resumen de los principales resultados obtenidos en la investigación una vez finalizada, describir cómo se pudieran aplicar en la institución y publicarlo en la intranet.
--	--	--

Cuadro N° 4. 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 la Investigación 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 Gestión de la Investigación.


##### 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 Gestión de la Investigación:

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> EV-EVC-CI002F06
			<b>VERSIÓN:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 29/06/2022

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. Oficina de Auditoría Interna Auditoría Gestión de la Investigación		 		
Procesos y procedimientos desactualizados				
NOMBRE DEL DOCUMENTO	Archivo	No. Documento	Fecha Docu	Días de vigencia del documento
FORMULACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	HGM0150000000000000000823_0001.PDF	MI-DSI-IV001	1/06/2014	2.647
ANEXO -CRITERIOS DE PRESENTACIÓN,EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE PROPONENTES DE PROYECTOS DE	HGM0150000000000000000824_0001.PDF	MI-DSI-IV001A01	1/06/2014	2.647
ANEXO-CRITERIOS DE PRESENTACIÓN, EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	HGM0150000000000000000825_0001.PDF	MI-DSI-IV001A02	1/06/2014	2.647
INSTRUCTIVO GUÍAS OPERATIVAS DEL COMITÉ DE INVESTIGACION	HGM0150000000000000000835_0001.PDF	MI-DSI-IV001I01	1/06/2014	2.647
INSTRUCTIVO LINEAMIENTOS PARA LA MONITORIZACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO	HGM0150000000000000000836_0001.PDF	MI-DSI-IV001I02	1/06/2014	2.647
PROCEDIMIENTO EJECUCIÓN,SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	HGM0150000000000000000838_0001.PDF	MI-DSI-IV002	1/06/2014	2.647
ANEXO-ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	HGM0150000000000000000839_0002.DOCX	MI-DSI-IV002A01	28/11/2017	1.371
ANEXO-TERMINOS DE REFERENCIA PARA LA SELECCION DE CO-INVESTIGADORES INSTITUCIONALES PARA EL DESARROLLODE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	HGM0150000000000000000840_0001.PDF	MI-DSI-IV002A02	1/06/2014	2.647
FORMATO ACTA DE INICIACIÓN Y COMPROMISOS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	HGM0150000000000000000842_0002.DOC	MI-DSI-IV002F02	26/10/2015	2.135
FORMATO DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS - INVESTIGACIÓN	HGM0150000000000000000842_0001.DOCX	MI-DSI-IV002F05	4/12/2017	1.365

Cuadro N°5. 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 incluyendo los formatos.
- Documentar y normalizar todos los procedimientos, instructivos del proceso de Gestión de la Investigación.

#### e. Posición del auditado.

Se actualizarán en la vigencia 2022.

#### f. Plan de mejoramiento.

Se programará reunión con el área de calidad para la formulación del plan de mejoramiento.

### Observación de Auditoría Interna N° 2.



#### a. Descripción.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

### Gestión del riesgo al interior del proceso y la eficiencia de los controles implementados.

La auditoría observa que entre los riesgos identificados se encuentran:

- Posibilidad de afectación reputacional por formulación de proyectos de investigación que no contribuyen a la comprensión o solución de problemas.
- Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad de evaluación del proyecto de investigación.
- Posibilidad de afectación reputacional Inoportunidad de seguimiento de proyectos.
- Posibilidad de afectación reputacional y legal Incumplimiento de los compromisos pactados en el acta de inicio.

<b>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN</b>	 
<b>LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.</b>	
<b>Oficina de Auditoría Interna</b>	
<b>Riesgos Gestión de la Investigación</b>	
Posibilidad de afectación reputacional por formulación de proyectos de investigación que no contribuyen a la comprensión o solución de problemas.	Operativos (ROP)
Posibilidad de afectación reputacional por inoportunidad de evaluación de la proyecto de investigación.	Operativos (ROP)
Posibilidad de afectación reputacional por inoportunidad de seguimiento de proyectos.	Operativos (ROP)
Posibilidad de afectación reputacional y legal por incumplimiento de los compromisos pactados en el acta de inicio.	Legal/Cumplimiento (RLE)

Cuadro N°6. Riesgos del Proceso

Fuente: cuadro elaborado por el auditor, información Matriz de Riesgos

Estos riesgos no presentan seguimiento desde el primer semestre del 2021, 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.

#### b. Criterios.

- Política de Gestión de Riesgos. Código: ES-PLI-GP001L10.Pág 25.
- 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, legal que permitan la toma de decisiones.

#### e. Posición del auditado.

Los riesgos de investigaciones y su seguimiento están actualizados con corte a la vigencia 2021 en la plataforma definida por la oficina de calidad y planeación. No se acepta el hallazgo.

#### f. Plan de mejoramiento.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

No aplica.

### Observación de Auditoría Interna N° 3.

#### a. Descripción.

##### Indicadores del Proceso.

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:

- Proporción de Investigaciones que se traducen en innovaciones.

Este indicador tiene los respectivos seguimientos durante la vigencia 2021. Al analizar los indicadores de que se describen en el manual de indicadores de gestión, se evidencia que este indicador no se encuentra establecido dentro del proceso de gestión de la investigación, esta situación 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.

PROPORCIÓN DE INVESTIGACIONES QUE SE TRADUCEN EN INNOVACIONES										
Concepto	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Número de Innovaciones de Producto, Proceso, Estrategia de Mercadotecnia, Estructura Organizacional, Relacionamento provenientes de resultados de Investigaciones	3	3	0	3	8	0	0	0	0	17
Número total de Investigaciones terminadas en el periodo	7	12	11	7	19	0	0	0	0	56
Resultado	42,9%	25,0%	0,0%	42,9%	42,1%					30,4%
Sobresaliente: > 25%			Aceptable: = 25%				No Cumplido: < 25%			

Cuadro N°7. Indicadores del Proceso  
Fuente: Carpeta compartida Indicadores.

#### b. Criterios.

- Manual de Indicadores de Gestión. Pág.154

#### c. Riesgo.

- Ineficiencia del Proceso.
- Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad de evaluación del proyecto de investigación.

#### d. Recomendación.

- Actualizar el manual de indicadores de gestión en el proceso de gestión de la investigación, que permita evaluar el alcance de los objetivos y metas del mismo.



	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

**e. Posición del auditado.**

Se reformularán los indicadores del área según los objetivos del proceso y articulados con la planeación estratégica del hospital

**f. Plan de mejoramiento.**

Se programará reunión con el área de calidad para la formulación del plan de mejoramiento.

#### Observación de Auditoría Interna N° 4.

**a. Descripción.**

**Plan de Acción.**

El Plan de Acción es una herramienta de gestión, con la cual cada dependencia organiza sus recursos disponibles (humanos, físicos, económicos, administrativos, tecnológicos) en función de sus acciones y proyectos encaminados a lograr los objetivos y las metas anuales de los programas contenidos en el Plan de Desarrollo. El proceso de gestión de la investigación se encuentra enmarcado en la **Línea 3** “Conocimiento e innovación” objetivo estratégico N°4 “Promover al interior del hospital un talento humano que cuente con formación integral, tanto en áreas específica como complementarias, de tal manera que cubra los aspectos inherentes a la creación de valor y a la gestión del conocimiento”, además en el objetivo estratégico N°7 “Incrementar la generación de conocimiento y la innovación con tecnología aplicadas al proceso de atención en salud”. Para la ejecución del proyecto se tienen definido la realización de 5 actividades, las cuales al momento del ejercicio auditor para la vigencia 2021 se encuentran en el 100% de su ejecución.

Con el propósito de mejorar el impacto que el proceso tiene en la entidad y que se eleve su importancia y se tomen las decisiones al más alto nivel de la entidad se requiere que los indicadores de desempeño se definan y faciliten el aprendizaje generando mejores productos y fortaleciendo la generación del conocimiento.

## 7.1 Centro de investigación y desarrollo tecnológico

ACTIVIDADES	ACCIONES	INDICADOR
Fortalecimiento de los grupos de investigación	Preservación de reconocimiento y mejoramiento del escalafón de los grupos de investigación	1 grupo reconocido y escalafonado de acuerdo con la Convocatoria de MINCIENCIAS que aplique para el caso.
	Publicación de artículos científicos en revistas indexadas clasificadas en SCIMAGO en cuartil 1 y 2	6 artículos publicados en revistas indexadas según clasificación de MINCIENCIAS
	Publicación de artículos científicos en revistas indexadas clasificadas en SCIMAGO en cuartil 3 y 4, en otras fuentes indexadas.	10 artículos publicados en revistas indexadas según clasificación de MINCIENCIAS
Fortalecer el conocimiento en investigación	Jornadas de investigación	1 Jornada de investigación realizada
	Simposio de actualización HGM, medicina y enfermería	Simposios realizados de acuerdo a lo planeado

www.hgm.gov.co

Síguenos en



Cuadro N°8 Plan de Acción 2021 HGM.  
Fuente: Carpeta compartida Plan de Acción.

### 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 de desempeño que definan y faciliten el aprendizaje generando mejores productos y fortaleciendo la generación del conocimiento.

### e. Posición del auditado.

Se reformularán los indicadores del área según los objetivos del proceso y articulados con la planeación estratégica del hospital

### f. Plan de mejoramiento.

Se programará reunión con el área de calidad para la formulación del plan de mejoramiento.

## Observación de Auditoría Interna N° 5.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> EV-EVC-CI002F06
			<b>VERSIÓN:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 29/06/2022

**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 el cargo de la Líder de Programa Docencia Servicio e Investigaciones puede verificar que tiene a cargo dos procesos misionales (Docencia Servicio e Investigaciones), no obstante, tanto en la descripción del propósito del cargo, como en las de funciones esenciales se enumeran actividades referentes a investigaciones sin que mencionen las de docencia servicio.

**b. Criterios.**

- Manual de Funciones. Código: AP-GHU-AP001M01.

**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.
- Actualizar y/o reevaluar el manual de funciones conforme al estudio de carga del HGM del 2020.

**e. Posición del auditado.**

Este hallazgo es para la Dirección de gestión humana.

**f. Plan de mejoramiento.**


Se solicitará revisión de las funciones del líder de investigación y docencia a la dirección de Gestión humana.

**Observación de Auditoría Interna N° 6.**

**a. Descripción.**

**Estructura del proceso.**

La auditoría interna en visita de campo puede observar que la Líder a de Docencia servicio tiene a cargo dos procesos (Docencia servicio , Investigaciones) en ambos procesos 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 “Entregar a la organización a través de los comités , productos de investigación que permitan apoyar decisiones para el corto , mediano y largo plazo”, no se cumpla a cabalidad y no se obtengan los resultados esperados dentro de los procesos.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> EV-EVC-CI002F06
			<b>VERSIÓN:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 29/06/2022

**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.

**e. Posición del auditado.**

**f. Plan de mejoramiento.**

**4.2. Para mejorar el proceso de Control y Riesgos.**

Como estrategia de mejoramiento del proceso de gestión de la investigación y teniendo en cuenta que es la primera auditoria que se realiza al proceso se realizará una evaluación a los dos procedimientos definidos en el alcance.

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

**a. Descripción.**

**Procedimientos.**

**Procedimiento Formulación y Evaluación de Protocolo de Investigación.**

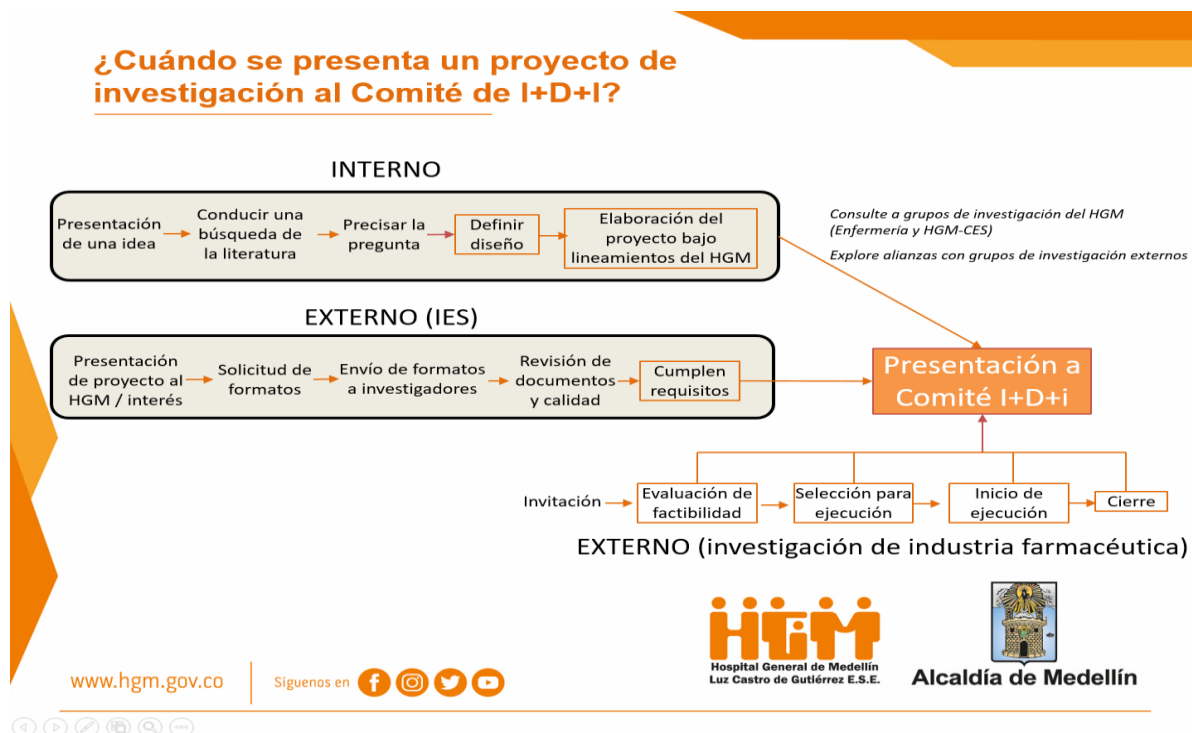
El alcance del procedimiento está definido así: “Inicia con el análisis, selección y evaluación de oportunidades de investigación, y termina con acta del comité de investigaciones”. La auditoría al realizar el análisis verifica lo siguiente:

- **Analizar, seleccionar y evaluar oportunidades de investigación:** esta actividad es ejecutada por la médica especialista en epidemiología quien es la responsable de analizar la viabilidad de las diferentes ideas y/o propuestas de investigación, por lo general son presentadas por las instituciones de educación superior en el marco de los convenios docencia servicio y otras por funcionarios de la institución.
- **Formular y evaluar protocolo de investigación:** se formulan proyectos de investigación a partir de ideas seleccionadas con base en la factibilidad, en los resultados de la búsqueda de literatura sobre la idea en cuestión, la focalización de la pregunta derivada de un problema específico, los recursos necesarios y, la importancia para la institución entre otros aspectos.



	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

La médica epidemióloga con los involucrados discute la valoración de lo anterior y deciden cual se va a materializar en un protocolo de investigación y, brinda asesoría para la formulación del protocolo de investigación y diligenciamientos de los formatos requeridos por el hospital para la presentación al comité de I+D+I.



Cuadro N°9. Flujoograma Investigaciones HGM.  
Fuente: Proceso de Investigaciones.

En las secciones del comité se realizan la evaluación del proyecto. La médica epidemióloga presenta el proyecto al comité, con las observaciones realizadas durante la evaluación previa y, allí se discute la viabilidad o factibilidad institucional, los requerimientos de la investigación para la ejecución en el hospital, la importancia que tiene para el hospital la realización de esta investigación, y los resultados y productos pactados de: generación de nuevo conocimiento, apropiación social del conocimiento y formación del recurso humano. Para el comité es importante que la evaluación tenga un impacto clínico en el posicionamiento y reconocimiento del hospital en el entorno científico nacional e internacional.

### Procedimiento Ejecución, seguimiento y control de proyectos de investigación.

El alcance de este procedimiento es: “Inicia con la suscripción del acta de inicio y compromisos de investigación, y culmina con el acta de finalización de los proyectos de investigación terminados, y con nuevas ideas para la gestión de innovaciones”. La auditoría al verificar el procedimiento observa:

- **Suscribir acta de inicio y compromisos de investigación:** se elabora el acta de inicio con la firma del investigador principal o del investigador del sitio, co-investigador HGM, líder docencia e investigación y gente. El acta se imprime y se firma manualmente, y se escanea para compartiles a los investigadores.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- **Ejecutar, hacer seguimiento y control al proyecto de investigación:** Las investigaciones que requieren para su ejecución la revisión de las historias clínicas, deben enviar el requerimiento del listado de historias clínicas a estadística adjuntando el acta de inicio, posteriormente, pueden solicitar un computador con acceso a SAP en la sala de cómputo del piso 4 torre sur, que es reservado en la oficina de docencia adjuntando acta de inicio.

En el área de investigación se registra en una base de datos la información de la investigación correspondiente a título, investigadores y afiliaciones institucionales, coinvestigadores del HGM, número de acta de aprobación, fecha de firma de acta de inicio, fecha de informe de avance y del informe final.

El área de investigación solicita a los investigadores el diligenciamiento de los formatos de informe de avance y final de los proyectos de investigación, el médico epidemiólogo revisa los formatos y verifica el cumplimiento de los productos pactados.

Como limitación del cumplimiento de productos, los procesos de publicación conllevan más tiempo del estipulado y no se adjuntan las evidencias de grado de la formación e recurso humano.
- **Suscribir acta de finalización de proyecto:** Se debe firmar un acta de cierre, publicar los resultados finales en la intranet y formas de participación de los proyectos finalizados en la política de incentivos. Actualmente, la difusión de los resultados de investigación se hace en la intranet y web con el listado de publicaciones con afiliaciones institucionales y los enlaces a los artículos, también se difunde en la sección de investigación del boletín institucional.

La auditoría evidencia que los dos (2) procedimientos que hacen parte del proceso de gestión de la investigación definidos en el alcance de la auditoría se encuentran desactualizados; las generalidades, los recursos, el contenido, los puntos de control y todos los responsables de cada uno de estos difieren de la real ejecución del proceso lo que representa un alto riesgo, debido a que no se cuenta con un enfoque actualizado que garantice el cumplimiento de los objetivos.

#### **b. Criterios.**

- Procedimiento formulación y evaluación de protocolos de investigación. Código: MI-DSI-IV001.
- Procedimiento ejecución, seguimiento y control de proyectos de investigación. Código: MI-DSI-IV002.

#### **c. Riesgo.**

- Posibilidad de afectación reputacional por formulación de proyectos de investigación que no contribuyen a la comprensión o solución de problemas.
- Posibilidad de afectación reputacional por Inoportunidad de evaluación del proyecto de investigación.
- Posibilidad de afectación reputacional inoportunidad de seguimiento de proyectos.
- Posibilidad de afectación reputacional y legal Incumplimiento de los compromisos pactados en el acta de inicio.

#### **d. Recomendación.**

- Actualizar la documentación del proceso y los procedimientos incluyendo los formatos incluyendo la formulación de protocolo de investigación, evaluación del protocolo de investigación entre otros.
- Crear un registro de las ideas y oportunidades de investigación analizadas y cuantificar las que derivan en proyecto o protocolo de investigación.
- Actualizar los instructivos guías operativas del comité de investigaciones.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> EV-EVC-CI002F06
			<b>VERSIÓN:</b> 01
			<b>Fecha:</b> 29/06/2022

- Se deberá cumplir con el componente del proceso de seguimiento de presentación de informe de seguimiento a investigaciones en el Comité de I+D+I
- Solicitar un resumen de los principales resultados obtenidos en la investigación una vez finalizada, describir cómo se pudieran aplicar en la institución y publicarlo en la intranet.

**e. Posición del auditado.**

Se actualizarán en la vigencia 2022

**f. Plan de mejoramiento.**

Se programará reunión con el área de calidad para la formulación del plan de mejoramiento.

**V. CONCLUSIONES.**

La investigación clínica es un ejercicio metódico, cuidadoso, fundamentado en la ciencia y revestido de un profundo deseo de ayudar al ser humano, encontrando formas cada vez mejores de intervenirlo para aliviar sus enfermedades, curarlas o prevenirlas. La investigación clínica en Colombia en la última década ha mostrado un desarrollo interesante y se ha convertido en un competidor importante en la región. Según Clinical Trials. gov —la base de datos de estudios clínicos más grande del mundo administrada por el “Instituto Nacional de Salud” (National Institute of Health (NIH) por sus cifras en inglés)— Colombia, con 927 estudios registrados (4), recibe 7.6% de los estudios clínicos en Latinoamérica y 0.43% de los estudios en el mundo, lo que indica, un incremento de 61% en los últimos cuatro años, por encima del progreso de Argentina (41%) y Chile (45%), siendo superado solo por Brasil (65%).


De la evaluación realizada al proceso de Gestión de la Investigación, 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.

La investigación clínica es un ejercicio metódico, cuidadoso, fundamentado en la ciencia y revestido de un profundo deseo de ayudar al ser humana, encontrando formas cada vez mejores de intervenirlo para aliviar

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.

	<b>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</b>	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</b>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

## 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 Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

**Heriberto Vargas Lema**

Profesional de Auditoría Interna.

**María Janneth Agudelo Arango**

Profesional de Auditoría Interna.

**Karina Marina Ruiz de la Hoz**

Profesional de Auditoría Interna

**Julio E. Suescún Montoya**

Técnico de Auditoría




Apoyo Gráfico y Edición **Julio E. Suescún Montoya,**  
Técnico Auditoría

Elaboró: **María Janneth Agudelo Arango,**  
Profesional de Auditoría Interna.

Revisó: **William Alberto Higueta Lopera,**  
Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 28 de febrero de 2022.



	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022