

# 2023

## INFORME DE AUDITORÍA

### Atención en Urgencias de Gineco-Obstetricia

N° 02


Marzo 2023

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




#### Equipo Oficina de Auditoría Interna

**Jefe de la Oficina:** William Alberto Higueta Lopera. **Audidores:** 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)

	<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

## TABLA DE CONTENIDO

<b>I. GENERALIDADES.....</b>	<b>4</b>
1.1. Objetivo.....	4
1.2. Alcance.....	4
1.3. Metodología.....	4
1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.....	5
1.5. Fundamento Normativo.....	6
1.6. Limitaciones .....	7
<b>II. ANTECEDENTES.....</b>	<b>7</b>
<b>III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....</b>	<b>8</b>
3.1 Fortalezas.....	8
3.2 Síntesis de las Observaciones y Recomendaciones.....	9
<b>IV. Observaciones y Recomendaciones.....</b>	<b>11</b>
4.1 Para mejorar el proceso de Gobierno.....	11
4.2 Para mejorar el Proceso de Control.....	18
4.3 Para mejorar el Proceso de Riesgos.....	24
<b>V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....</b>	<b>26</b>
<b>VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....</b>	<b>26</b>

	<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

## 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 2023 Para agregar Valor, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al Proceso de Atención Urgencias Gineco-Obstetricia del Hospital General de Medellín.

En la presente auditoría interna se realiza la aplicación de los estándares generalmente aceptados de auditoría interna, en la cual se articula el equipo interdisciplinario de Auditoría, en el marco del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna.<sup>1</sup>

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

El presente **Informe de Auditoría** se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna, aprobado por la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2022.

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 Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.**  
*Atención Excelente y Calidad de Vida.*



<sup>1</sup> Plan Estratégico 2021-2027 "Construimos Confianza" Oficina de Auditoría Interna.

	<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 Atención en Urgencias de Gineco-Obstetricia, con el fin de verificar su conformidad frente al gobierno, su enfoque de riesgos y la implementación de los controles y la identificación de oportunidades de mejora en el proceso.

### 1.2. Alcance.

La auditoría se realizará entre el 31 de Enero al 31 de Marzo del 2023, en las instalaciones del servicio de urgencias de gineco-obstetricia del HGM. La Auditoría revisará el cumplimiento de los objetivos de los siguientes procedimientos, que componen el proceso:

1. Admisión de la Usuaría.
2. Atención de la Usuaría.
3. Egreso de la Usuaría.

Además del seguimiento del Plan de acción 2022, con su objetivo estratégico Objetivo 2: Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica. Proyecto 2.4 Unidad para la Atención del ciclo materno perinatal con programas de prácticas clínicas

### 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.


- Se realizó la reunión de apertura de la auditoría para socializar el Programa Específico de Auditoría Interna-PEAIN y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Se efectuó una indagación preliminar con el personal del proceso
- Se hizo entrevista al personal del proceso
- 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 de la auditoría anterior.

#### 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.

	<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

#### 1.3.4. 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.



	<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

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

## 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. 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 N°2: Niveles de operación del sistema de información para la calidad.*

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

### 1.5.3 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 3°. Definiciones. Numeral d). Modelo de Atención.*

### 1.5.4 Resolución 5095 de 19 de Noviembre de 2018. Ministerio de Salud y Protección Social. Por el cual adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1".

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

### 1.5.5 Resolución 3100 de 25 de Noviembre de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".

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

	<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

### 1.6. Limitaciones

Los profesionales y el responsable del proceso que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría, entregando la información solicitada. La auditoría no registró ninguna limitación.

## 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 2018 verificando el estado de implementación de las recomendaciones. A continuación, el detalle:

A continuación, relacionamos las recomendaciones pendientes por implementación:

	<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>HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. Oficina de Auditoría Interna Seguimiento a las Recomendaciones</b>		 	
<b>ID</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Estado de Implementación</b>	<b>Observaciones</b>
1	Efectuar un análisis financiero del comportamiento de los ingresos y costos de la unidad funcional de ginecoobstetricia y tomar decisiones frente a los modelos de contratación y las tarifas para tener una mejor capacidad de negociación, así como la revisión del sistema de costos asociados.	No Implementado	El Hospital y el proceso aún no cuenta con un estudio de costos.
2	Implementar las acciones necesarias para cumplir los Derechos y deberes de las maternas y sus familias, garantizando un trato digno y adecuada atención.	Implementado	Se disminuyeron las quejas por trato digno. Se implementó el programa porque la vida empieza antes de nacer.
3	Fortalecer la cultura organizacional, mediante intervención de salud y seguridad en el trabajo en las relaciones docencia servicio en el proceso de Gineco-obstetricia.	Parcialmente implementado	Desde el proceso de salud y seguridad en el trabajo se han desarrollado actividades para el mejoramiento de la cultura organizacional.
4	Reestructuración del área de gineco-obstetricia, considerando los recursos físicos adecuados para la aplicación de la epidural analgésica	No implementado	El Hospital y el proceso aún no consideran reestructuración de la epidural analgésica .
5	Implementar mejoras en las especialidades de gineco obstetricia, tales como aplicación de anestesia para fortalecer la atención pertinente y segura a las maternas.	Implementado	Indicador de aplicación de anestesia epidural es 57.55%
6	Considerar la asignación de una psicóloga para la atención de usuarias código Fucsia, así como el seguimiento a dichas usuarias y darle continuidad al tratamiento requerido. Así como la atención a las maternas que requieren de esta especialidad.	Implementado	Se cuenta con el profesional de psicología exclusivo para el area de gineco-obstetricia.

*Cuadro N°1. Seguimiento Recomendaciones última auditoria.  
Fuente: Cuadro elaborado por la oficina de auditoría Interna.*


### III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

#### 3.1 Fortalezas.

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:

- Talento Humano calificado, capacitado y comprometido.
- Implementación de digiturno para la atención en urgencias de gineco-obstetricia.
- De manera general se resalta la disposición del equipo auditado en la atención con auditoría y la aplicación de la técnica de auditoría de indagación a la administración.
- Implementación del Programa “Porque la Salud empieza antes de Nacer”, liderada por un psicólogo.
- En cumplimiento a la RIA “Materno Perinatal”, se cuenta con personal de enfermera profesional exclusivamente para la planificación familiar.




	<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

### 3.2 Síntesis de las Observaciones y Recomendaciones.


Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de Urgencias Gineco-Obstetricia, se identificaron las siguientes observaciones de mejora para fortalecer el control interno, realizado el análisis de la Auditoría Interna se destacan las siguientes observaciones y recomendaciones:

<b>OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA</b> <b>Auditoría al Proceso Urgencias Gineco-Obstetricia</b>		
Observaciones y Recomendaciones		
N°	Observaciones	Recomendaciones
1	<b>Talento Humano - Manual de Funciones.</b>  La auditoría interna en la visita de campo observó que el director de clínicas quirúrgicas tiene a cargo el proceso de atención en clínicas quirúrgicas y el proceso atención en urgencias gineco-obstetricia, en estos 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 “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.	1.1 Considerar la reconfiguración del proceso de atención en urgencias de gineco-obstetricia. 1.2 Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.
2	<b>Actualización Proceso y Procedimientos.</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>	2.1 Actualizar en un 100% la documentación en el mapa de procesos acorde con el instructivo de control de documentos. El objetivo de la caracterización del proceso, deberá ser revisado y ajustado de considerarlo necesario, de acuerdo a la guía del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública)
3	<b>Indicadores Maternidad Segura.</b>	

	<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>▫ <b>Consulta Urgencias GO por Triage. Promesa de Servicio a diciembre 2022.</b></p> <p>De las 14022 consultas realizadas en el servicio de gineco-obstetricia durante el año 2022, las pacientes clasificadas en triage I, se observa algunos tiempos fluctuantes que se encuentran por fuera de la promesa de servicio, lo que representaría un riesgo potencial para la salud de la paciente.</p> <p>▫ <b>Porcentaje de Cesáreas 2018 a 2022.</b></p> <p>Se evidencia un aumento progresivo en la realización de cesáreas, aunque nos encontramos por debajo del promedio del país 46% y de la ciudad 35%, es importante tener en cuenta que como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos de corto y largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar la salud de la mujer, y del neonato, así como cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con poco acceso a una atención obstétrica integral</p> <p>▫ <b>Adherencia Partograma 2022.</b></p> <p>De las 4872 atenciones realizadas en la vigencia anterior el 57.55% de las pacientes accedieron a la epidural analgésica, es decir 42.45% no acceden a la epidural en contravía a las recomendaciones de la OMS para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto.</p>	<p>3.2 Implementar mecanismos efectivos que permitan la atención oportuna de las pacientes clasificadas como triage I.</p> <p>3.3 Intervenir los factores que impiden atender las pacientes con clasificación del triage I.</p> <p>3.4 La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo. Es necesario promover estrategias como educación continua, auditoría, mejoramiento de la calidad e involucrar otros actores sociales para generar un cambio cultural y racionalizar el uso de la cesárea.</p> <p>3.5 Permitir el acompañamiento durante el trabajo de parto por matronas, doulas o familiares que favorecen la disminución de las tasas de cesáreas y la utilización de métodos de analgesia obstétrica, que deben ser un recurso disponible de manera permanente en la institución.</p> <p>3.6 Promover el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer.</p> <p>3.7 Establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones.</p>
4	<p><b>Riesgos del Proceso.</b></p> <p>La auditoría observa que el proceso cuenta 16 riesgos, 14 son operativos, 1 asistencial y 1 riesgo estratégico identificados. Estos riesgos no presentan seguimiento durante la vigencia 2022, ni una efectiva valoración y análisis periódica, para determinar el riesgo residual y la valoración de controles a través de la gestión de acciones de control preventivas, detectivas y correctivas. 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 y con una supervisión con la segunda y primera línea para generar acciones que puedan mitigar éstos riesgos.</p>	<p>4.1 Presentar informe de seguimiento, valoración, análisis y seguimiento de los riesgos operacionales del proceso.</p> <p>4.2 Realizar el seguimiento de los riesgos operacionales, que permitan la toma de decisiones.</p>

Cuadro N°2. Síntesis Observaciones y Recomendaciones  
Fuente: Cuadro elaborado por la oficina de auditoría Interna.

	<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

#### IV. Observaciones y Recomendaciones

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

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

###### a. Descripción.

###### Talento Humano-Manual de Funciones.

La auditoría interna en la visita de campo observó que el director de clínicas quirúrgicas tiene a cargo el proceso de atención en clínicas quirúrgicas y el proceso de atención en urgencias gineco-obstetricia, en estos 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 “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 y Competencias. Código: AP-GHU-AP001M01.
- Informe Final de Cargas HGM 2020.

###### c. Riesgo.

- Probable disminución de la productividad del servicio.
- Probable fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.

###### 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 atención en urgencias de gineco-obstetricia.
- Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.

###### e. Posición del auditado.

De acuerdo con lo comentado, está pendiente redefinir el flujo de la paciente por ajustes en la distribución del servicio, según recomendaciones de la oficina de Calidad y Planeación, a la luz de la Rsln 3100/2019.

###### f. Plan de mejoramiento.

Enviar comunicación a la gerencia y subgerencia para que se revise la estructura actual, recomendando el que se tenga un líder con autonomía y poder de decisión en el servicio y no compartido con la dirección de clínicas quirúrgicas.



	<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

## Observación de Auditoría Interna N° 2.

### a. Descripción.

#### Actualización 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, la 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 los que 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 Urgencias Gineco-Obstetricia:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN		
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.		
Oficina de Auditoría Interna		
Auditoría Atención en Urgencias Gineco-Obstetricia		
 		
<b>Procesos y procedimientos desactualizados</b>		
<b>Nombre del Documento</b>	<b>Identificación documento</b>	<b>Fecha Documento</b>
Formato Identificación del Recién Nacido	MI-AIS-UG002F02	01/04/2015
Formato Lista de Chequeo Parto Seguro	MI-AIS-UG002F03	01/04/2015
Instructivo programación de Quirofano Electivo para Procedimiento de G.O	MI-AIS-UG002I01	01/06/2014
Instructivo Parto Humanizado	MI-AIS-UG002I04	05/05/2017

Cuadro N°3. Procesos y procedimientos.

Fuente: cuadro elaborado por el auditor, con información suministrada por la Oficina 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.

- Probable ejecución de actividades que no están documentadas.
- Probable desactualización de los procesos y procedimientos institucionales.

### d. Recomendación.

- Actualizar la documentación del proceso y los procedimientos con los funcionarios que se encuentran en el proceso y en la institución. El objetivo de la caracterización del proceso deberá ser revisado y ajustado , de acuerdo a la guía del DAFP (Departamento Administrativo de la Función Pública)

	<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.**

Enterados de la recomendación, se comparte. Algunos son documentos de tipo administrativo que no han tenido cambios en el proceso o de norma. Se comenta con oficina de calidad y recomiendan solicitar su actualización.

**f. Plan de mejoramiento.**

Formato Identificación del Recién Nacido	MI-AIS-UG002F02	01/04/2015	Formato
--	-----------------	------------	---------

administrativo se actualizará.

Formato Lista de Chequeo Parto Seguro	MI-AIS-UG002F03	01/04/2015	Hace parte de documentación generada por el ministerio de salud – es un formato que se montó en SAP y desde el nivel central no se ha actualizado, no se puede modificar como iniciativa del HGM.
---------------------------------------	-----------------	------------	---

Instructivo programación de Quirofano Eectivo para Procedimiento de G.O	MI-AIS-UG002I01	01/06/2014	Se revisaron los soportes documentales de la dirección de clínicas quirúrgicas. Este instructivo es netamente administrativo, aplica para las dos áreas de la dirección y solo debe quedar uno según concepto de oficina de Calidad. Ya se revisó y se debe bajar de la carpeta de ginecobstetricia.
---	-----------------	------------	--

Instructivo Parto Humanizado	MI-AIS-UG002I04	05/05/2017	Documento
------------------------------	-----------------	------------	-----------

ya revisado, cambia a Protocolo, falta actualizarlo en la carpeta dentro de la intranet.

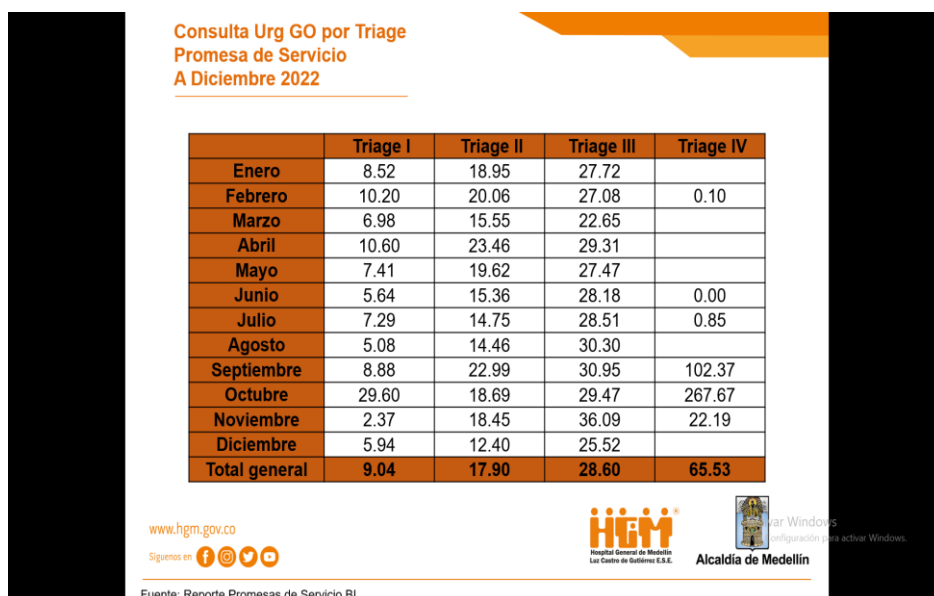
### Observación de Auditoría Interna N° 3.

#### a. Descripción.

##### Indicadores Maternidad Segura.

A continuación, se presenta el análisis de algunos de los indicadores del Comité de Maternidad Segura:

#### • Consulta Urgencias GO por Triage. Promesa de Servicio a diciembre 2022.



Cuadro N°4. Consultas Urgencias G.O por Triage. Promesa de Servicios a diciembre 2022.

Fuente: Comité de Maternidad Segura

De las 14022 consultas realizadas en el servicio de gineco-obstetricia durante el año 2022, las pacientes clasificadas en triage I, se evidencia los tiempos de fluctuación en la atención y se encuentran algunas por fuera de la promesa de servicio, lo que representa un riesgo potencial para la salud de la paciente.

#### b. Criterios.

- Protocolo Triage Ginecobstetrico. Código: MI-AIS-UG001I01.

#### c. Riesgo.

- Deterioro y/o pérdida de la salud.


#### d. Recomendación.

- Implementar mecanismos efectivos que permitan la atención oportuna de las pacientes clasificadas como triage I.
- Intervenir los factores que impiden atender las pacientes con clasificación del triage I.

#### e. Posición del auditado.

Se tiene la dificultad de que no hay control entre el momento del ingreso de la paciente, la entrega del turno y el momento de la admisión administrativa. No se hablan el digiturno y SAP como se pensó inicialmente que se haría. Esto depende de sistemas.



	<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

Con el personal se insiste en la presencialidad para la atención oportuna, tanto de enfermería como de los médicos, aunque la demanda ha tenido un aumento del 15% lo que a veces hace imposible cumplir los tiempos esperados.

Adicional se está evaluando una redistribución de áreas y del flujo del paciente por parte de la oficina de calidad para poder ajustar el proceso.

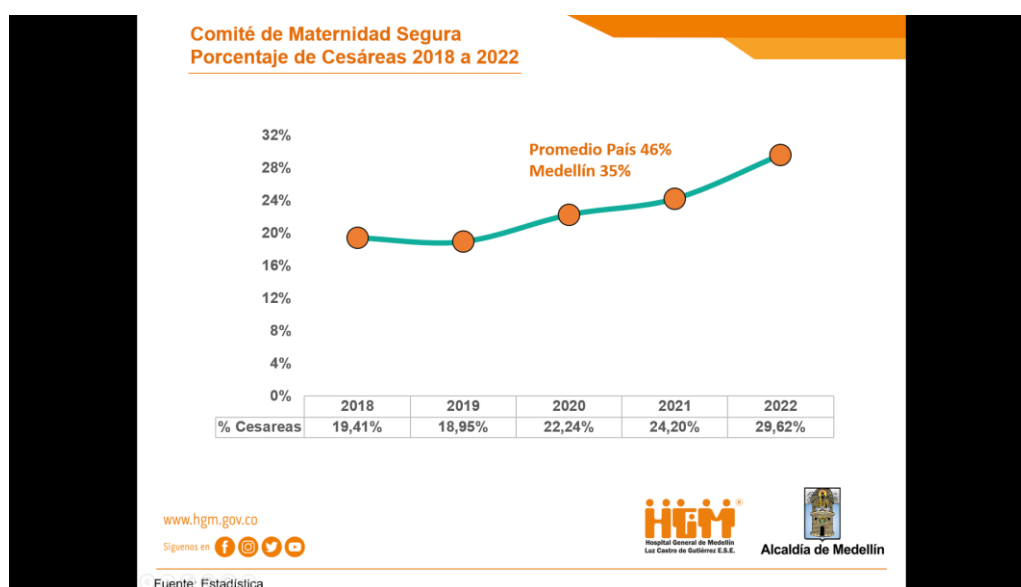
#### f. Plan de mejoramiento.

- Escribir a líder de la oficina de sistemas, solicitando información sobre avances en el tema del control de tiempos en la atención de las gestantes.
- Socializar con el personal los hallazgos de la auditoría y motivarlos para la presencia en el servicio lo que redunde en una mejor oportunidad en la atención.
- Actualizar documentación una vez se defina la ubicación definitiva de las áreas, según las recomendaciones de la oficina de calidad.

### Observación de Auditoría Interna N° 4.


#### a. Descripción.

##### • Porcentaje de Cesáreas 2018 a 2022.



Cuadro N°5. Consultas Urgencias G.O por Triage. Promesa de Servicios a diciembre 2022.  
Fuente: Comité de Maternidad Segura

En la tabla anterior se evidencia un aumento progresivo en la realización de cesáreas, aunque nos encontramos por debajo del promedio del país 46% y de la ciudad 35%, es importante tener en cuenta que como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos en el corto y largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral

	<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. Criterios.**

- Comité de Maternidad Segura

**c. Riesgo.**

- Morbilidad Materna Grave
- Aparición de trastornos de la implantación de la placenta, como la placenta previa

**d. Recomendación.**

- La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbilidad materna y perinatal. Sin embargo, no se ha demostrado los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer, y del neonato, así como a cualquier embarazo. Es necesario promover estrategias como educación continua, auditoría, mejoramiento de la calidad e involucrar otros actores sociales para generar un cambio cultural y racionalizar el uso de la cesárea.
- Permitir el acompañamiento durante el trabajo de parto por matronas, doulas o familiares que favorecen la disminución de las tasas de cesáreas y la utilización de métodos de analgesia obstétrica, que deben ser un recurso disponible de manera permanente en la institución.


**e. Posición del auditado.**

Aunque la OMS recomienda mantener un porcentaje de cesáreas entre el 12 al 15%, el logro es difícil. Desde el 2018 ha venido creciendo el número de gestantes venezolanas que llegan con una serie de comorbilidades que afectan el indicador. Adicional la Ley 2244/2022 permite la figura de “cesárea humanizada”, lo que favorece que la gestante pueda solicitarla pesar de que desde lo médico no exista indicación de la misma.

El tema se revisa con el grupo médico y en el comité gerencial de seguridad del paciente y a corto plazo no se ve una solución. Desde la SSM y Nacer (U de A) se han hecho charlas, talleres buscando controlar esto, pero los resultados solo se verán en el tiempo.

**f. Plan de mejoramiento.**

- Continuar con el monitoreo al indicador
- Socializar con el grupo de ginecobstetricia los resultados
- Motivar al personal para revisar las indicaciones del procedimiento y tener un diálogo asertivo con las usuarias en el momento en que se tomó la decisión.

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





## Observación de Auditoría Interna N° 5.



### a. Descripción.

#### • Adherencia Partograma 2022.

**Consolidado Adherencia Partograma - EA 2022**

Mes	Total Eventos mes	Eventos para cálculo (- cesáreas y expulsivos)	Registros / Partogramas	Partograma Porcentaje 2 (PVE+PVI)	Epidural Analgésica	Epidural Porcentaje 2 (PVE+PVI)
Enero	417	334	282	84.53%	187	56.06%
Febrero	405	324	258	79.63%	181	55.86%
Marzo	396	317	280	88.38%	202	63.76%
Abril	424	339	189	55.72%	193	56.90%
Mayo	436	349	146	41.86%	188	53.90%
Junio	415	332	147	44.28%	198	59.64%
Julio	400	320	190	59.38%	183	57.19%
Agosto	397	318	200	62.97%	189	59.51%
Septiembre	414	331	165	49.82%	185	55.86%
Octubre	367	294	196	66.76%	162	55.18%
Noviembre	402	322	242	75.25%	194	60.32%
Diciembre	399	319	257	80.51%	181	56.70%
<b>TOTAL</b>	<b>4872</b>	<b>3898</b>	<b>2552</b>	<b>65.48%</b>	<b>2243</b>	<b>57.55%</b>

[www.hgm.gov.co](http://www.hgm.gov.co)  
 Siguenos en:    

Fuente: G.O.  
Cuadro N°6. Adherencia Partograma 2022.  
Fuente: Comité de Maternidad Segura

Del cuadro anterior se puede inferir que de las 4872 atenciones realizadas en la vigencia anterior el 57.55% de las pacientes accedieron a la epidural analgésica, es decir 42.45% no acceden a la epidural en contravía a las recomendaciones de la OMS para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto.

### b. Criterios.

- Recomendación 19. Anestesia peridural para el alivio del dolor. Organización Mundial de la Salud.

### c. Riesgo.


- Probable insatisfacción de la paciente y su familia.
- Probable aparición de problemas relacionados con el sistema cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal.

### d. Recomendación.

- Promover el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer,
- Establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones.

### e. Posición del auditado.

El tema no es extraño al servicio y se viene revisando y monitorizando de manera permanente. Por eso el indicador mensual. Se han diseñado algunas estrategias para su control pero el avance ha sido poco.

	<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

La estructura del servicio y el aumento de la demanda no han permitido mejorar el indicador. Se solicitó apoyo con un anestesiólogo adicional pero han aparecido problemas con la oferta de horas/anestesiólogo y el aumento de costos para una actividad que generalmente causa pérdidas.

**f. Plan de mejoramiento.**

- Continuar con el monitoreo al indicador
- Socializar con el grupo de ginecobstetricia y anestesia los resultados
- Motivar al personal para revisar las indicaciones del procedimiento y la oportunidad en la aplicación
- Insistir ante la dirección del servicio y la subgerencia la posibilidad de tener un anestesiólogo adicional para el servicio.

**4.2 Para mejorar el Proceso de Control.**

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

La metodología Lean (Sombra del Paciente) es un método innovador que busca optimizar los procesos de gestión y productivos de la empresa que lo ponga en práctica. De este modo se utilizan menos recursos, por lo que cualquier proceso se convierte en más eficiente.

Este seguimiento fue realizado en el mes de febrero durante 13 días, en donde se tomó una muestra de 21 usuarias que asistieron a lo largo de ese periodo al servicio de urgencias de gineco-obstetricia del Hospital General de Medellín. Para la aplicación de esta herramienta Lean, se utilizó un instrumento de tabulación y medición de tiempos que permitió llevar a cabo el seguimiento de las usuarias durante mínimo uno de los procedimientos realizados en el servicio y calcular así los tiempos de atención y los tiempos de espera, tomando como referencia 56 variables que describen el proceso o ruta de atención de forma simplificada. Es importante resaltar que para obtener algunos datos se utilizó la observación directa y los otros fueron extraídos de la historia clínica de cada una de las pacientes.


De las variables antes mencionadas, 5 hacen parte del primer procedimiento (admisión de la usuaria) el cual fue observado en 17 pacientes, representando así el 81% de la muestra. Del segundo procedimiento (atención de la usuaria) hacen parte 46 variables de las cuales se les realizó seguimiento al 100% de la muestra, este seguimiento se llevó a cabo en los diferentes momentos del proceso de atención y finalmente las 5 variables restantes conforman el tercer procedimiento (egreso de la usuaria) en donde se realizó seguimiento a 17 usuarias, ya que el 19% restante egresó del servicio posteriormente al inicio de su observación.

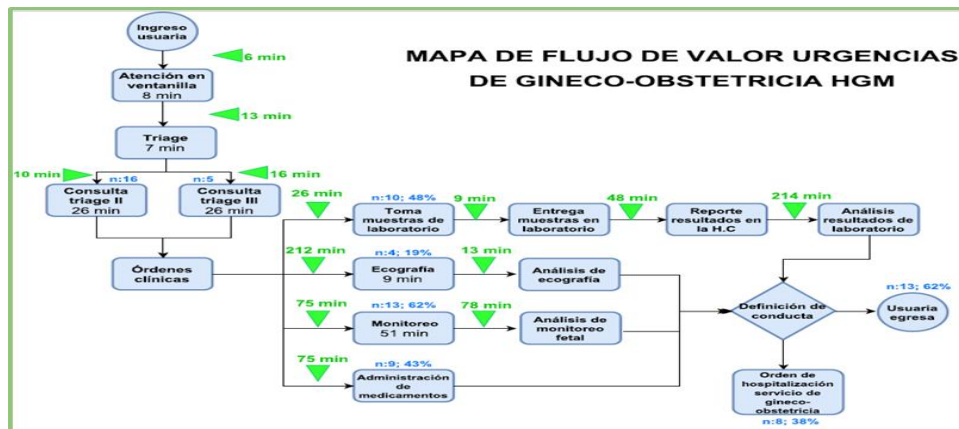
En cuanto a las usuarias observadas, el 62% de ellas tuvieron un manejo ambulatorio ya que después de efectuada la consulta con el especialista, la conducta a seguir era la realización de monitoreo, ecografía, toma de muestras de laboratorio y/o administración de medicamentos y por ende no implicaba una estancia prolongada en el servicio. El 38% restante tuvo una estadía extensa en el servicio ya que por su condición clínica requerían hospitalización o tratamientos duraderos

**a. Descripción.**

**Mapa del Flujo de Valor.**

El mapa de flujo de valor cuya representación esquematiza la ruta del proceso (atención y esperas) que siguen las usuarias que ingresan al servicio de urgencias de gineco-obstetricia, a continuación, se describe:

	<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



Cuadro N°7. Mapa Flujo de Valor Urgencias de Gineco-Obstetricia.

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor.

En el cuadro N°6 inicia con el ingreso de la usuaria, seguida de la atención en ventanilla, el triage, la consulta y la generación de órdenes clínicas que varía de acuerdo con las necesidades en salud de la paciente y finaliza con el egreso de esta o en su defecto con la orden de hospitalización generada por el médico tratante.


Desde el ingreso de la paciente hasta que inicia su atención en la ventanilla hay una espera de 6 minutos. Dicha espera es variable y depende de la cantidad de usuarias que lleguen en su momento al servicio y de la disponibilidad de los auxiliares administrativos que se encuentren para la atención. El tiempo máximo de espera es de 27 minutos y el tiempo mínimo es de 1 minuto. La duración de la atención en ventanilla en promedio es de 8 minutos, el tiempo máximo de 36 minutos y el tiempo mínimo de 4 minutos.

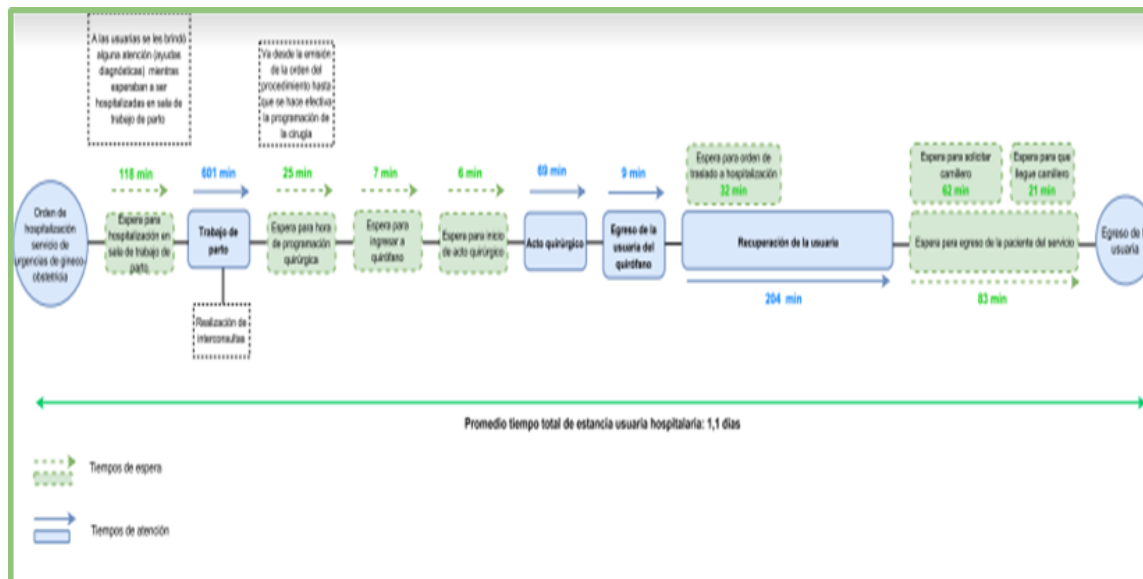
Al finalizar la atención en la ventanilla, las usuarias son dirigidas al segundo piso para esperar el llamado al triage, ese tiempo de espera en promedio es de 13 minutos. Posterior al triage se realiza la consulta por parte del especialista; el tiempo de espera para llamado al consultorio es de 10 minutos para las usuarias cuya clasificación fue 2 y de 16 minutos para aquellas usuarias cuya clasificación fue 3.

De acuerdo con lo establecido en el mapa de flujo de valor, es posible definir que:

- El promedio total de estancia de la usuaria ambulatoria es de 4 horas y 47 minutos.
- Al 48% de las usuarias se les realiza toma de muestras de laboratorio, de éstas, 2 tienen un manejo ambulatorio y a los 8 restantes, se les realiza esta tarea en su estadía de hospitalización en el servicio.
- El monitoreo fetal es la orden médica más prescrita por el especialista, ya que fue aplicada al 62% de las usuarias. El tiempo total de espera para la realización de esta orden es de 186 minutos y el tiempo de atención dedicado a la misma es de 92 minutos, generando, así como tiempo total de ciclo de atención una duración de 4,63 horas.
- Se realizó ecografía obstétrica al 19% de las usuarias. Para esta orden clínica, el tiempo total de espera para su realización es de 258 minutos y el tiempo de atención dedicado a ella es de 50 minutos, para una duración total de ciclo de atención de 5,13 horas.

El proceso de atención de la usuaria puede tener continuidad por medio de la generación de una orden de hospitalización, ya sea para comenzar trabajo de parto o para realizar algún procedimiento quirúrgico. A continuación, se representa en el siguiente cuadro:

	<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



Cuadro N°8. Mapa Flujo de Valor Usuarías con orden de Hospitalización.

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor.

El cuadro N°7 esboza la ruta de atención de las usuarias que por orden médica quedan hospitalizadas. Inicia con la generación de la orden de hospitalización en sala de trabajo de parto y finaliza con el egreso de la usuaria del servicio. La espera entre la orden de hospitalización en sala de trabajo de parto y trabajo de parto es de 118 minutos y en este tiempo se brinda alguna atención a las usuarias (ayudas diagnósticas). La duración del trabajo de parto es en promedio de 10 horas.


Después de realizado el trabajo de parto se procede con el acto quirúrgico o parto el cual tiene una duración en promedio de 69 minutos; dicho acto va antecedido por la espera para la programación quirúrgica, la espera para ingreso a quirófano y la espera para inicio del acto quirúrgico. La duración de estas esperas es de 25, 7 y 6 minutos respectivamente.

Después de finalizado el acto quirúrgico, la usuaria debe esperar 9 minutos en promedio para egresar del quirófano e ingresar a sala de recuperación. La duración de la recuperación de la usuaria es de 204 minutos, en esta fase se desarrolla simultáneamente la orden de traslado a hospitalización la cual depende del diligenciamiento de los registros por parte del médico en la historia clínica y la orden efectiva de traslado a hospitalización, en promedio es de 32 minutos.


Luego de ordenado el traslado de la paciente existe una espera para solicitar al camillero, esta espera es de 62 minutos y se encuentra ligada a la disponibilidad de camas y a la asignación que se haga desde la central de referencia; cuando se dispone de la cama en piso, se hace llamado al camillero y allí la usuaria debe esperar aproximadamente 21 minutos para que este llegue.

En promedio el tiempo de espera para egreso de la paciente del servicio de gineco-obstetricia es de 239 minutos y el promedio de tiempo total de estancia de la usuaria hospitalizada es de 1,1 días.



	<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

### Indicadores de ciclo.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN	
Oficina de Auditoría Interna	
Indicadores de Ciclo	
<b>Tiempo por ciclo específico: tiempos de atención.</b>	601 - 699 minutos (10 a 11,65 horas)
<b>Tiempo del ciclo total: sumatoria de los tiempos por ciclo específico.</b>	679 minutos (11,3 horas)
<b>Tiempo del proceso total: duración del proceso completo.</b>	1,122 ( minutos) 18,7 horas
<b>Esperas Totales :sumatoria de las esperas del proceso de atención.</b>	239 minutos (6,65 horas)
<b>Tiempo en común: momentos de espera y atención realizados simultáneamente.</b>	32 minutos

Cuadro N°9. Indicadores del Ciclo.

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor.


A continuación, se describen las observaciones de acuerdo con los tres procedimientos que conforman el proceso y son el resultado de la observación y seguimiento realizado a cada una de las usuarias de la muestra seleccionada, de los indicadores de ciclo y del mapeo de flujo de valor.

#### Procedimiento de **admisión** de la usuaria.

- Existe una puerta exclusiva por urgencias para las pacientes de gineco-obstetricia, son orientadas por la vigilante de turno y se les asigna el turno mediante el digiturno, luego se dirigen a la sala de espera para la atención del triage, el cual es realizado por el profesional de enfermería.
- Al llegar a la sala de espera, las pacientes se desorientan debido a que no se cuenta con una pantalla como medio que les comunique o indique a las usuarias que deben ingresar al triage o que están en espera de llamado.

#### Procedimiento de **atención** de la usuaria.

- En triage, generalmente no se hace entrega de la Guía de Información y Atención al Usuario; de las usuarias observadas solo al 23% se les hizo entrega de esta. Tampoco se coloca la manilla de identificación, según se encuentra descrito en la documentación del procedimiento; ésta es puesta en sala de observación por las auxiliares de enfermería y sólo aquellas pacientes que por orden médica van a quedar hospitalizadas.
- La comunicación entre el personal médico, las auxiliares de enfermería y las pacientes es mínima. Después de terminada la atención en el consultorio, los especialistas no comentan al personal de enfermería la conducta a seguir con las usuarias, son ellas las que deben mirar constantemente el sistema para saber cómo proceder y qué órdenes clínicas fueron prescritas.
- Igualmente, después de realizar el monitoreo fetal, ecografía o exámenes de laboratorio, a las usuarias se les hace entrega de los resultados y se les da la indicación de dirigirse nuevamente a sala de espera hasta que el doctor las llame nuevamente para la lectura y el análisis de resultados lo que genera esperas prolongadas (entre 75 y 214 minutos) para la definición de su conducta.
- Por parte del personal médico no existe la cultura de entregar a las pacientes a la siguiente fase, ocasionando así desorientación en las usuarias.
- La disponibilidad de infraestructura y equipos de cómputo es reducida. Uno de los computadores que se encuentra ubicado en la sala de observación y que está destinado para el uso de las auxiliares de enfermería, es utilizado por el residente quien realiza las consultas en este espacio, obstaculizando las labores de las auxiliares. Por lo tanto, se hace necesario habilitar un nuevo consultorio para llevar a cabo la labor de docencia-servicio.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- Se evidencian retrasos en la prestación del servicio por parte de los especialistas que generan esperas prolongadas para las usuarias; ya que los pisos quinto y sexto sur fueron habilitados para gineco-obstetricia y los médicos que están en consulta deben desplazarse a realizar ronda en las horas de la mañana dejando a un solo médico atender la demanda que se presenta en ese tiempo. Estos retrasos se evidencian también en la hora de almuerzo y en el cambio de turno, ya que los 2 médicos asignados para consulta salen del servicio en ese periodo de tiempo dejando los consultorios solos.
- La lista de chequeo para la seguridad quirúrgica del paciente en su segunda fase se realizó en el momento inadecuado, es decir, la circulante la diligenció y el anestesiólogo la firmó después de terminar el procedimiento quirúrgico. Para la tercera fase, el 33.3% realizó la lista en el momento inadecuado y el 66.6% restante la realizó en el momento indicado. En cuanto a los partos, la lista de chequeo en ninguna de sus tres fases es aplicada.

Procedimiento de **egreso** de la usuaria.

- En esta etapa del proceso, la comunicación constituye nuevamente una observación, ya que el especialista no informa a la auxiliar de sala de recuperación sobre la orden de traslado a piso de la usuaria y nuevamente son ellas las que deben observar los registros en la historia clínica o preguntar para saber cómo conducirse. De igual modo, después de terminar el procedimiento quirúrgico, el médico debe informar al familiar sobre la paciente, esto no se realiza y son los familiares los que se acercan al puesto de enfermería a preguntar por ellas.
- La disponibilidad y asignación de camas es el factor que contribuye a que la espera para solicitar camillero (62 minutos) y la espera para egreso de la paciente (83 minutos) sea más prolongada pues, aunque las auxiliares hacen su labor de comentar las pacientes a piso y las jefes de realizar la solicitud de las camas, dicha asignación depende directamente de la central de referencia.

#### b. Criterios.


- Indicadores de ciclo
- Mapa de flujo de valor

#### c. Riesgo.

- Probable pérdida de productividad.
- Probable Insatisfacción del usuario.
- Probable pérdida de seguridad del paciente.

#### d. Recomendación.

- Concientizar al personal asistencial sobre la importancia que tiene la documentación establecida para el proceso, su conocimiento y la contribución directa por parte de ellos al cumplimiento y adherencia a la misma, como mecanismo para minimizar la variabilidad en la atención y lograr la consecución de los objetivos definidos.
- Contemplar la posibilidad de definir una ruta diferente para la de entrega de resultados de ayudas diagnósticas realizadas por las auxiliares de enfermería a las usuarias con el fin de reducir los tiempos de espera y realizar un seguimiento trazador por parte del personal médico.
- Implementar una estrategia que permita al personal mayor adherencia a las guías e instructivos pertenecientes al servicio. Dicha estrategia debe estar ligada a la cultura de seguridad del paciente y al fortalecimiento del parto humanizado.
- Fomentar la cultura de entrega de pacientes en las diferentes fases del proceso de atención, especialmente por parte del personal médico al personal de enfermería para dar una atención oportuna y segura.
- Sensibilizar al personal sobre los beneficios que genera a la usuaria, al personal asistencial y a la institución, la aplicación de la lista de chequeo para la seguridad quirúrgica del paciente.
- Fortalecer la comunicación entre el personal que participa en el proceso ya que ésta permite una atención segura, oportuna y continua.

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA	EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- Mejorar la comunicación entre el proceso de atención en urgencias de gineco-obstetricia y el proceso de hospitalización (en los pisos quinto y sexto sur) para facilitar la liberación y asignación de la cama.
- Mejorar la planeación y distribución de las rondas médicas y cambios de turnos que permitan dar continuidad a la atención pues se evidencia que en algunas ocasiones las pacientes quedan solas y sin respaldo médico.
- Considerar la posibilidad de habilitar un consultorio en el cual el residente pueda realizar la consulta, garantizando a la usuaria privacidad y respeto en su proceso de atención.
- Implementar medios de información que den a las usuarias y a sus acompañantes orientación clara desde la llegada al servicio y que les indique a las mismas como proceder, especialmente antes del ingreso a triage.
- Reforzar el acompañamiento y las medidas de seguridad en cuanto al traslado de las usuarias, desde que ingresan a urgencias hasta su desplazamiento al segundo piso; ya que se evidencia que lo realizan solas y pueden generarse eventos adversos.
- Informar de manera oportuna a la paciente y/o su familia, el motivo de la remisión a otra institución, específicamente cuando la aseguradora no autoriza la atención en el hospital, ya que esto favorece su satisfacción y adhesión a las recomendaciones dadas en el marco de lo establecido en el programa de humanización institucional.

#### e. Posición del auditado.

Se evidencia imprecisión en cuanto al flujo de la paciente, ella ingresa y se le entrega un ficho, este sirve como control para la admisión al sistema. Desde allí pasa al triage por enfermería y luego es evaluada por el Ginecobstetra. Ambos están ubicados en el 1er piso.

Ocasionalmente y ante el aumento de la demanda se suben algunas pacientes para agilizar la atención. El traslado, según directriz debe hacerse con camillero y/o con enfermería.


Una vez ha sido evaluada y según la pertinencia se traslada al 2do piso para alguna ayuda diagnóstica u hospitalización. Es evidente un problema en cuanto al control de los tiempos, pero esto ha sido influenciado por los cambios en el flujo del paciente según los hallazgos de Habilitación y un aumento en la demanda de gestantes con el cierre de Manrique – Metrosalud.

Una vez en el 2do piso para la atención y luego de esta para el traslado al 5to o al 6to sur, se depende de la disponibilidad de camas en pisos ya que en el 6to la rotación es más lenta por ser pacientes de ARO y en el 5to sur, a pesar de una ronda temprana, las posparto no se van hasta que no se evalúen los recién nacidos lo que está a cargo del médico general de hospitalización o del pediatra si él bebe presenta algún problema. Adicional ellas tienen problemas para que sus familiares lleguen para un alta segura en compañía de sus familiares.

Sobre la ausencia del especialista en ciertos momentos, en el servicio, es algo que puede ser ocasional porque igual requieren tener tiempos para una pausa activa, necesidades fisiológicas, pero se les motiva a notificar de esas ausencias y a un trabajo en equipo de tal manera que siempre este alguien disponible para la atención. Igual se socializará con el grupo para que en las horas de cambio de turno los tiempos se agilicen.

#### f. Plan de mejoramiento.

- Socializar entre el grupo los resultados de la medición (tanto a médicos como a enfermería).
- Motivar al personal para el cumplimiento de las jornadas contratadas.
- Propender por una adecuada adherencia a las directrices institucionales para una atención con calidad y calidez.
- Solicitar la dotación del segundo consultorio que se tiene en el 2do piso que pueda servir como apoyo para la evaluación de las pacientes.
- Revisar las asignaciones de los especialistas en turno para una mejor definición de las actividades y responsabilidades de cada uno.

	<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

### 4.3 Para mejorar el Proceso de Riesgos.

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

##### a. Descripción.

La auditoría observa que entre los 16 riesgos, 14 son operativos, 1 asistencial y 1 estratégico identificados se encuentran:

PROCESO	RIESGO	TIPO
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y/o reputacional debido a la <b>inadecuada articulación del proceso de atención en ginecobstetricia con los procesos estratégicos.</b>	Estratégico
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por el <b>inadecuado flujo del paciente en el proceso de ginecobstetricia.</b>	Operativo
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la <b>falta de gobernabilidad del proceso en el proceso de ginecobstetricia.</b>	Operativo
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la <b>inadecuada interacción entre el proceso de ginecobstetricia y los demás procesos misionales y de apoyo.</b>	Operativo
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional <b>debido a la inadecuada planeación del proceso de ginecobstetricia.</b>	Asistencial
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la <b>ausencia y/o inadecuada adherencia a guías de práctica clínica y/o instructivos asistenciales en el proceso de ginecobstetricia.</b>	Operativo
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional <b>debido a la variabilidad clínica en el proceso de ginecobstetricia.</b>	Operativo
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional <b>debido a la inadecuada educación en salud a los usuarios, pacientes y sus familias atendidos en el proceso de ginecobstetricia.</b>	Operativo
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional <b>debido a la complejidad de los determinantes sociales de los usuarios, pacientes y familias que ingresan al proceso de ginecobstetricia.</b>	Operativo
9. Atención en urgencias de ginecobstetricia	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional <b>debido a la inadecuada articulación de las Rutas Integradas de Atención en Salud -RIAS en el proceso de ginecobstetricia y al modelo de atención en salud basado en el flujo del paciente.</b>	Operativo

Cuadro N°10. Riesgos del Proceso  
Fuente: Matriz de Riesgos


Estos riesgos no presentan seguimiento durante la vigencia 2022, ni una efectiva valoración y análisis periódico, para determinar el riesgo residual y la valoración de controles a través de la gestión de acciones de control preventivas, detectivas y correctivas. 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 del Riesgo. Código: ES-PLI-GP001L10.
- Manual Metodología de Riesgos. Versión 7.

##### c. Riesgo.

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

	<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

**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.**

Desde la oficina de calidad se ha venido organizando todo el tema, el auditor hace parte del grupo de gestores pero se han tenido tropiezos en la organización del trabajo, cambios de director del área y ajuste de los procesos por la visita de Habilitación, inicialmente según la 2303 y ahora con la 3100. Adicional con el grupo de especialistas y ante las limitaciones del tiempo ha sido difícil la actualización de la información. Esto ha dificultado la revisión y actualización del archivo y a veces este no ha estado disponible en la carpeta compartida. Cada cuatrimestre se ha realizado la revisión y cargue de los soportes pero no aparecen en la carpeta compartida.

**f. Plan de mejoramiento.**

- Revisar el archivo y actualizarlo, una vez que en la oficina de calidad se cuente con el funcionario responsable del tema, pero que actualmente está vacante por licencia del funcionario.
- Socializar resultados con los funcionarios del servicio.
- Esperar continuación de las reuniones del grupo de gestores de riesgos para que sirva como apoyo al trabajo pendiente.

	<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

## V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

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

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.

## VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.

En firme el Informe Final de la Auditoría será socializado en las siguientes instancias, con el fin de que definan las acciones a seguir:

- Comité Coordinador de Control Interno;
- Comité Ampliado de Gerencia; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

Nota: De acuerdo a 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 Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

**José 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 Auditoría



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

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

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

Medellín, 29 de mayo de 2023