

2023

INFORME DE AUDITORÍA

Atención en Servicios Ambulatorios N° 05

Julio 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

 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

CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	4
1.1. Objetivo.....	4
1.2. Alcance.....	4
1.3. Metodología.....	4
II. ANTECEDENTES.....	5
2.1 Síntesis Observaciones y Recomendaciones.....	7
III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	8
3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	9
3.2. Para mejorar el proceso de riesgos.....	21
3.3. Para mejorar el proceso de Control.....	33
IV. CONCLUSIONES.....	35
V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	36
VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....	36

	<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

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 Atención en Servicios Ambulatorios del Hospital General de Medellín.

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

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

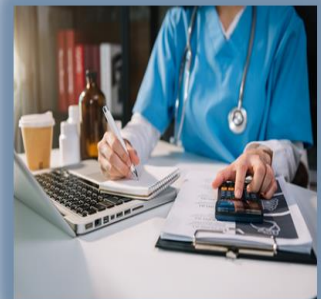
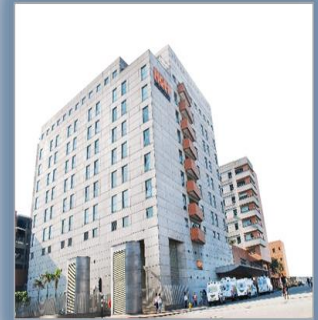
El presente **Informe de Auditoría** se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna, aprobado por la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2021.

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.



¹ Plan Estratégico 2021-2027 “Construimos Confianza” Oficina de Auditoría Interna.

 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

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Realizar una evaluación al proceso de Atención en Servicios Ambulatorios, con el fin de verificar su conformidad frente al gobierno, su enfoque de riesgos, implementación de controles e identificación de oportunidades de mejoramiento, controles en la operación e identificación de oportunidades de mejoramiento.

1.2. Alcance.

La auditoría se realizará entre el 27 de Abril al 30 de Junio del 2023, en las instalaciones del servicio de ambulatorios del HGM.

La Auditoría revisará el cumplimiento de los objetivos del siguiente procedimiento, que hace parte del proceso: 1. Asignación de Citas.

Además del seguimiento del Plan de acción 2022, y lo corrido de la presente vigencia específicamente en el proyecto estratégico N°1.3 Telesalud: "Diseñar e implementar otras modalidades de Telesalud". Plan de trabajo padrino Telesalud en Red.

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 el personal del proceso.
- Entrevista con personal de Gestión de la Planeación.
- 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.

 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

- 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.

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 2019 verificando el estado de implementación de las recomendaciones. A continuación, el detalle:

A continuación, relacionamos el estado de las recomendaciones generadas y su implementación:

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

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E. Oficina de Auditoría Interna Seguimiento a las Recomendaciones		 	
ID	Recomendación	Estado de Implementación	Observaciones
1	Se recomienda fortalecer este puesto de información, para que tenga más capacidad de direccionamiento y apoye la solución de necesidades de información de los usuarios.	No implementado	Se cuenta con una auxiliar administrativa, quien realiza eventualmente esta función, pero no cuenta con un puesto de trabajo estratégicamente ubicado, en el que pueda captar a todo el personal del área.
2	Se recomienda fortalecer este puesto de información, asignando un funcionario con las competencias y funciones necesarias para la satisfacción de los usuarios y sus familias.	Parcialmente implementado	La funcionaria con asignación de orientación al usuario, lo realiza de manera empírica, sin competencias laborales acordes al rol.
3	La auditoría recomienda evaluar la posibilidad de actualizar el fichero y, asignar un funcionario que oriente a los usuarios en el manejo de este.	Implementado	Se cuenta con un digiturno actualizado y los fichos son entregados por vigilancia, por la alta rotación de estos funcionarios, se da inadecuado direccionamiento.
4	Se recomienda evaluar la posibilidad de realizar la admisión de los usuarios que van para exámenes de cardiología directamente en el servicio de cardiología, ya que este cuenta con una auxiliar de facturación.	Implementado	Se realiza la admisión desde imágenes diagnósticas
5	Fortalecer el trabajo en equipo de los funcionarios que interactúan en la asignación de citas.	Implementado	La asignación de citas se da por Tramisalud
6	Evaluar la posibilidad de crear un indicador de gestión que permita evaluar los motivos por los cuales se cancelan las citas y por consiguiente optimizar los tiempos de las agendas de los especialistas.	Implementado	Se cuenta con el indicador de inasistencia de los usuarios, con un motivo de cancelación, sin embargo la calidad del dato es inadecuado, ya que no permite captar todos los usuarios que no asisten a las citas.
7	Evaluar la posibilidad de crear un indicador de gestión que permita evaluar la productividad de los especialistas y que sirva de insumo para la evaluación de desempeño de estos y, por consiguiente optimizar los tiempos de las agendas de los especialistas.	No implementado	Se cuenta con un informe de producción generado por estadística.
8	Se recomienda realizar un guión de asignación de citas y socializarlo con todo el personal tanto de enfermería como auxiliares de taquilla para evitar demoras e inoportunidades en la asignación de citas.	No implementado	Aún no se cuenta con el guión.
9	Garantizar que todos los pacientes sean atendidos por la especialidad tratante, evaluando en cada uno las dificultades para su llegada tarde.	Implementado	Todos los pacientes son atendidos cuando las causas surgen por parte del hospital, si son causas atribuidas a los usuarios, se gestiona dependiendo de la circunstancia.
10	Garantizar que todos los especialistas entreguen los diferentes documentos a los pacientes que salen de la consulta.	Parcialmente implementado	Se observa que algunos especialistas entregan consentimientos a los usuarios para llevárselos
11	Garantizar que todo paciente atendido en el servicio de consulta externa se le entregue la encuesta de satisfacción, para poder medir el indicador de satisfacción	Parcialmente implementado	A pesar de constar con una funcionaria que apoya el proceso, no se logra dar cubrimiento total de la población.
12	Implementar la taquilla de preferencial para pacientes conforme a la normatividad	Implementado	En el digiturno se cuenta con un pulsador para atención preferencial.
13	Programar y realizar los inventarios anuales en las diferentes bodegas de medicamentos y material médico quirúrgico de la institución.	No implementado	Esta observación es reiterativo en todos los informes de inventarios generados por la oficina de auditoría interna.
14	Supervisar al personal de facturación para el cumplimiento de tareas, evaluando su productividad en el servicio.	No implementado	Esta observación es reiterativa por parte de la oficina de auditoría interna.

Cuadro N°1. Seguimiento Recomendaciones Auditoría anterior.

Fuente: cuadro elaborado por el auditor

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

2.1 Síntesis Observaciones y Recomendaciones.

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de gestión de la Facturación se identificaron observaciones para fortalecer el control interno, frente a lo cual y después de los análisis de Auditoría Interna se destacan las siguientes observaciones y recomendaciones:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA Auditoría al proceso de Gestión de la Contabilidad Observaciones y Recomendaciones		
N°	Observaciones	Recomendaciones
1	Talento Humano – Manual de Funciones. La auditoría interna en visita de campo puede observar que el director de ambulatorios tiene a cargo el proceso de atención en servicios ambulatorios y el proceso atención en urgencias , 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.	<ul style="list-style-type: none"> ▫ 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. ▫ 1.2 Revisión de la estructura organizacional y la determinación real de las necesidades del recurso humano. ▫ 1.3 Considerar la reconfiguración del proceso de atención en servicios ambulatorios. ▫ Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.
2	Plan de Acción. En el Plan Estratégico del Hospital, indica el Objetivo estratégico 1: <i>Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia.</i> En su Programa estratégico: Atención centrada en el usuario y su familia y el Proyecto 1.3 Telesalud: se derivan las actividades de: 1. Diseñar e implementar otras modalidades de Telesalud y 2. Fortalecer el soporte a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Los productos entregables del plan de acción es: <u>Plan de Trabajo padrino Telesalud en Red, y diseñar el cronograma de implementación.</u> Las Metas para el año 2023 es: Porcentaje de cumplimiento del cronograma, Población beneficiada sobre población objeto, Implementación del Plan de Trabajo mayor	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Fortalecer los servicios que oferta la organización mediante la atención por modalidad de telemedicina en las categorías que aplique, que favorezcan la relación con el paciente y la red prestadora de servicios de salud.

 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

	<p>90%, Oportunidad en la asignación de consulta por Telemedicina y Satisfacción del usuario en los servicios de Telemedicina; el responsable es el director de Ambulatorios.</p> <p>En tal sentido, observamos que el Hospital tiene contemplado en el Plan estratégico en el Objetivo estratégico 1: Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia, Proyecto 1.3 Telesalud; sin embargo, no se evidencian avances de cara a esta actividad estratégica</p>	
3	<p>Indicadores del Proceso (Resolución 256)</p> <p>En lo corrido de la vigencia 2023, se observa que el indicador de demanda no atendida presenta una fluctuación ascendente con promedio de 19.9%, para un total de 23233 solicitudes respecto a 4622 asignaciones; este indicador se encuentra desviado de la meta que es hasta en un 4%, el motivo de esta demanda corresponde a la capacidad instalada saturada, mediado las por especialidades de ortopedia, cirugía general, otorrinolaringología y urología; se reitera desde la dirección de ambulatorios al área de clínicas quirúrgicas la urgencia de asignar mayor número de horas, así poder cumplir la promesa de servicio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar un análisis riguroso sobre la capacidad instalada por las especialidades de ortopedia, cirugía general, otorrinolaringología y urología, que permita cumplir con la meta del indicador, la gestión del proceso y evaluación de los objetivos del mismo.
4	<p>Riesgos y Controles</p> <p>El proceso de atención en ambulatorio cuenta con 16 riesgos y 20 controles, a continuación se analizan la eficiencia en cada uno de los controles: Para el proceso de Atención en Servicios Ambulatorios se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar el seguimiento y monitoreo de los riesgos efectuando las actividades establecidas en cada control. Considerar revisar y actualizar los riesgos identificados en la matriz de riesgos del proceso, así como el diseño de sus controles, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control. Actualizar el proceso y los procedimientos del Servicio Atención en Ambulatorios conforme a lo realmente ejecutado.

Cuadro N°2. Observaciones y recomendaciones.

Fuente: cuadro elaborado por el auditor

III. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían posibilitar la materialización de los riesgos definidos, y los cuales

 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 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 Atención en Servicios Ambulatorios:

3.1. Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

a. Descripción.

Plan de Acción.

En el Plan Estratégico del Hospital, indica el Objetivo estratégico 1: *Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia.* En su Programa estratégico: Atención centrada en el usuario y su familia y el Proyecto 1.3 Telesalud: se derivan las actividades de: **1. Diseñar e implementar otras modalidades de Telesalud y 2. Fortalecer el soporte a través de las tecnologías de la información y las comunicaciones.** Los productos entregables del plan de acción es: Plan de Trabajo padrino Telesalud en Red, y diseñar el cronograma de implementación. Las Metas para el año 2023 es: Porcentaje de cumplimiento del cronograma, Población beneficiada sobre población objeto, Implementación del Plan de Trabajo mayor 90%, Oportunidad en la asignación de consulta por Telemedicina y Satisfacción del usuario en los servicios de Telemedicina; el responsable es el director de Ambulatorios.

En tal sentido, observamos que el Hospital tiene contemplado en el Plan estratégico en el Objetivo estratégico 1: Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia, Proyecto 1.3 Telesalud; sin embargo, no se evidencian avances de cara a esta actividad estratégica.

b. Criterios.

- Plan de acción 2023.
- Mega Institucional

c. Riesgo.


- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.

d. Recomendación.

- Fortalecer los servicios que oferta la organización mediante la atención por modalidad de telemedicina en las categorías que aplique, que favorezcan la relación con el paciente y la red prestadora de servicios de salud.

e. Posición del auditado.

Se acepta la observación.

 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

f. Plan de mejoramiento.

- A partir del mes de julio se está haciendo teleconsulta en anestesia, medicina interna, pediatría y neurología.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

a. Descripción.

Talento Humano – Manual de Funciones.

La auditoría interna en visita de campo puede observar que el director de ambulatorios tiene a cargo el proceso de atención en servicios ambulatorios y el proceso atención en urgencias, 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 atención en servicios ambulatorios.
- Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.

 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

e. Posición del auditado.

Se acepta la observación.

f. Plan de mejoramiento.



- Para esta vigencia por acuerdo N° de Junta Directiva, el Proyecto 1.2 Actualización de la Planta se excluyó del Plan de Acción. Queda pendiente para el próximo año.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

a. Descripción.

Actualización del Proceso y Procedimientos.

Se evidencia la actualización de la caracterización del proceso, los procedimientos e instructivos, dado que datan entre el 2020 y el 2022 respectivamente, solo se encuentra desactualizado el instructivo Certificado Tope SOAT; sin embargo al realizar el recorrido por cada uno de ellos se identifica que el procedimiento Admisión del Usuario y Atención del Usuario en su ítem 5. CONTENIDO no es ejecutado conforme a lo descrito. A continuación, se relaciona el detalle del instructivo mencionados perteneciente al Proceso de Atención en Servicios Ambulatorios:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN			 
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.			
Oficina de Auditoría Interna			
Auditoría Atención en Servicios Ambulatorios			
Procesos y procedimientos desactualizados			
Nombre del Documento	Identificación documento	Fecha Documento	
Instructivo Certificado Tope SOAT	MI-AIS-SA001I04	01/06/2014	

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.
- Procesos y procedimientos desactualizados.

 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

d. Recomendación.

- Actualizar los procedimientos e instructivos que se encuentren dentro del proceso 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)

e. Posición del auditado.

Se acepta observación.

f. Plan de mejoramiento.

- Se actualizan los procedimientos e instructivos, se envían a calidad los procedimientos de agendamiento, admisión y atención en consulta externa, pendiente la normalización por parte de la oficina de calidad y planeación.

Observación de Auditoría Interna N° 4.

a. Descripción.

Indicadores del Proceso (Resolución 256)


El proceso de Atención en Servicios Ambulatorios presenta nueve (9) indicadores, los cuales tienen monitoreo con periodicidad mensual; a continuación, se detalla cada uno.

Tasa de Caída de Pacientes en el Servicio de Consulta Externa.

TASA DE CAÍDA DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA																
2023																
Concepto	Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de eventos adversos ocurridos en los servicios ambulatorios								0							0	0
Número total de pacientes atendidos en los servicios ambulatorios en el período								0							0	0
Resultado																
Meta Sobresaliente: < 7,0%					Meta Aceptable: 7,0 - 8,0%					Meta No cumplido: > 8,0%						

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

Se observa que el indicador para la presente vigencia no presenta análisis ni seguimiento, lo que no permite evaluar la gestión y mejorar los niveles de aprendizaje dentro del proceso y por ende en la organización. Esto se presenta por la falta de mecanismos de seguimiento y monitoreo, que desde el interior del área de ambulatorios se ejerce sobre la información.

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

b. Criterios.

- Resolución 256 del 2016.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma.

d. Recomendación.

- Realizar el análisis y el seguimiento sistemático del indicador que permita el mejoramiento y aprendizaje continuo del proceso.

e. Posición del auditado.

Se acepta la observación.

f. Plan de mejoramiento.

Se realizará seguimiento del Indicador con cierre al 31 de agosto.

Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cita Medicina Interna.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA																
2023																
Periodo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total	
Concepto																
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	618	1.075	2.528	1.427	1.233		6.881							0	6.881	
Número total de citas de Medicina interna de primera vez asignadas	167	168	198	136	156		825							0	825	
Indicador (Días)	3,70	6,40	12,77	10,49	7,90		8,34								8,34	
Meta	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	15,00	

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

Para la vigencia 2023, este indicador cumple con la meta, ya que la promesa de servicio es no mayor a 15 días, para citas de primera vez y se ha logrado mantener en 8 días; se cuenta con la asignación de dos (2) especialistas de medicina interna, con cubrimiento para todos los días de la semana.

 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

Tiempo Promedio de Espera para la asignación de Cita de Pediatría.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA															
2023															
Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	794	1.626	2.515	1.195	1.075		7.205							0	7.205
Número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas	119	143	155	104	120		641							0	641
Indicador (Días)	6,67	11,37	16,23	11,49	8,96		11,24								11,24
Meta	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

En la vigencia 2023 se observa desviación del indicador respecto a la promesa de servicio que son 5 días, este indicador fluctúa entre 6 y 16 días en la oportunidad de atención para citas de primera vez para pediatría, las principales causas son: diferentes asignaciones y actividades del médico especialista, quien de manera eventual cubre turnos en urgencias, asignando menor número de horas para consulta externa.

b. Criterios.

- Resolución 256 de 2016.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma

d. Recomendación.


- Realizar un análisis riguroso sobre la capacidad instalada por la especialidad de pediatría que permita cumplir con la oportunidad en la asignación de citas por primera vez conforme a la resolución 256 de 2016.

e. Posición del auditado.

Se acepta observación.

f. Plan de mejoramiento.

- Se realizó estudio de la demanda no atendida, en el Plan Anual de Adquisición se incluyó un pediatra de asignación para consulta externa pediatría.

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

Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cirugía General.

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía General															
2023															
Periodo	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Concepto															
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Cirugía General de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	1.334	808	2.321	817	1.093		8.108							0	8.108
Número total de citas de Cirugía General de primera vez asignadas	80	76	121	50	58		486							0	486
Indicador (Días)	16,68	10,63	19,18	16,34	18,84		16,68								16,68
Meta	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00		7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

Se evidencia que durante lo corrido del año no se logra cumplir con la meta del indicador, llegando a 19 días para la asignación de citas de primera vez, desde la dirección desde la dirección se informa que no se cuenta con el recurso humano suficiente para la demanda que se presenta con esta especialidad.

b. Criterios.

- Resolución 256 de 2016.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma

d. Recomendación.

- Realizar un análisis riguroso sobre la capacidad instalada por la especialidad de cirugía general que permita cumplir con la oportunidad en la asignación de citas por primera vez conforme a la resolución 256 de 2016.

e. Posición del auditado.

Se acepta observación.

f. Plan de mejoramiento.

- Enviar mediante correo electrónico y reunión del CTC solicitud al Director de Clínicas Quirúrgicas más tiempo de la especialidad de cirugía general para satisfacer la demanda no atendida.

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

Tiempo Promedio de Espera para la Asignación de Cita de Obstetricia.

TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA															
2023															
Concepto	Período	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem
Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó		338	652	1.033	946	1.192		5.241							0
Número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas		29	81	133	104	135		598							0
Indicador (Días)		11,66	8,05	7,77	9,10	8,83		8,76							8,76
Meta		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	8,00

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

En la vigencia 2023, la oportunidad para la asignación de citas por la especialidad de Gineco obstetricia incumple con la promesa de servicio, ya que la oportunidad para citas de primera vez en promedio es de 9 días, debido a la insuficiencia en el talento humano, para cumplir con los requerimientos de la resolución 256 de 2016.

b. Criterios.

- Resolución 256 de 2016.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma.

d. Recomendación.

- Realizar un análisis riguroso sobre la capacidad instalada por la especialidad de gineco-obstetricia que permita cumplir con la oportunidad en la asignación de citas por primera vez conforme a la resolución 256 de 2016.

e. Posición del auditado.

Se acepta observación.

f. Plan de mejoramiento.

- Enviar mediante correo electrónico y reunión del CTC solicitud al Director de Clínicas Quirúrgicas más tiempo de la especialidad de gineco-obstetricia para satisfacer la demanda no atendida.

 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

Indicadores de Gestión del Proceso.

Proporción de Demanda no Atendida.

PROPORCIÓN DE DEMANDA NO ATENDIDA															
2023															
Periodo Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de usuarios sin asignación de citas en los servicios ambulatorios	712	747	1.333	761	1.069		4.622							0	4.622
Número total de solicitudes de cita en los servicios ambulatorios	4.553	4.584	5.045	4.091	4.960		23.233							0	23.233
Resultado	15,6%	16,3%	26,4%	18,6%	21,6%		19,9%								19,9%
Meta Sobresaliente: < 2%				Meta Aceptable: 2 - 4%						Meta No cumplido: > 4%					

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

En lo corrido de la vigencia 2023, se observa que el indicador de demanda no atendida presenta una fluctuación ascendente con promedio de 19.9%, para un total de 23.233 solicitudes respecto a 4622 asignaciones; este indicador se encuentra desviado de la meta que es hasta en un 4%, el motivo de esta demanda corresponde a la capacidad instalada saturada, mediado las por especialidades de ortopedia, cirugía general, otorrinolaringología y urología; se reitera desde la dirección de ambulatorios al área de clínicas quirúrgicas la urgencia de asignar mayor número de horas, así poder cumplir la promesa de servicio.

b. Criterios.

- Manual de Indicadores de Gestión. Cód.: AP-INF-CA003M01.
- Resolución 256 de 2016.

c. Riesgo.


- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma.
- Posibilidad de Insatisfacción del usuario.
- Posibilidad de reprocesos administrativos.

d. Recomendación.

- Realizar un análisis riguroso sobre la capacidad instalada por las especialidades de ortopedia, cirugía general, otorrinolaringología y urología, que permita cumplir con la meta del indicador, la gestión del proceso y evaluación de los objetivos del mismo.

e. Posición del auditado.

Se acepta observación.

 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

f. Plan de mejoramiento.

- Enviar mediante correo electrónico y reunión del CTC solicitud al Director de Clínicas Quirúrgicas más tiempo de las especialidades de ortopedia, cirugía general, otorrinolaringología y urología para satisfacer la demanda no atendida.

Proporción de Inasistencias en Servicios en Servicios Ambulatorios.

PROPORCIÓN DE INASISTENCIAS EN SERVICIOS AMBULATORIOS															
2023															
Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de pacientes que no asisten a la cita programada	134	142	91	60	81		508							0	508
Número total de pacientes con citas asignadas o programadas	3.555	3.496	4.051	3.225	3.977		18.304							0	18.304
Resultado	3,8%	4,1%	2,2%	1,9%	2,0%		2,8%								2,8%
Meta Sobresaliente: < 2%				Meta Aceptable: 2 - 4%						Meta No cumplido: > 4%					

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

Al momento de la evaluación del Indicador se observa que se encuentra en su meta del 2% es decir sobresaliente, sin embargo el seguimiento y su respectivo análisis solo es ejecutado por el servicio de odontología. Esta situación impide tener una información confiable y clara. Es de anotar que desde el servicio de odontología se han implementado mejoras como la confirmación de las citas lo que contribuye que el indicador se encuentre sobresaliente.

b. Criterios.

- Manual de Indicadores de Gestión. Cód.: AP-INF-CA003M01.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma.
- Posibilidad de Insatisfacción del usuario.
- Posibilidad de reprocesos administrativos.

d. Recomendación.

- Realizar el seguimiento del indicador por parte de los todos los servicios ambulatorios que pertenecen al proceso. Lo cual permitirá contar con una información veraz, y oportuna.

e. Posición del Auditado.

Se acepta observación.

 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

f. Plan de Mejoramiento.

- Se realiza actualización del seguimiento a los indicadores con corte al 31 de Agosto.

Proporción de Inatenciones en Servicios Ambulatorios.

PROPORCIÓN DE INATENCIONES EN SERVICIOS AMBULATORIOS															
2023															
Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total
Número de pacientes que asisten a la cita y NO son atendidos	17	9	21	7	7		61							0	61
Número total de pacientes con citas asignadas o programadas	3.555	3.496	4.051	3.225	3.977		18.304							0	18.304
Resultado	0,5%	0,3%	0,5%	0,2%	0,2%		0,3%								0,3%
Meta Sobresaliente: < 2%				Meta Aceptable: 2 - 4%						Meta No cumplido: > 4%					

Fuente: Carpeta Indicadores.

Para la vigencia 2023 el total de las inatenciones dentro del área ambulatoria es de 61 sobre 18304, con un promedio de 0,3% estando dentro de la meta sobresaliente; este indicador presenta las causas las atribuidas a la institución. Sin embargo el seguimiento y su respectivo análisis solo son ejecutados por el servicio de odontología. Esta situación impide tener una información confiable y clara. Es de anotar que desde el servicio de odontología se han implementado mejoras como la confirmación de las citas lo que contribuye que el indicador se encuentre sobresaliente.

b. Criterios.


- Manual de Indicadores de Gestión. Cód.: AP-INF-CA003M01.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma.
- Posibilidad de Insatisfacción del usuario.
- Posibilidad de reprocesos administrativos.

d. Recomendación.

- Realizar el seguimiento del indicador por parte de los todos los servicios ambulatorios que pertenecen al proceso. Lo cual permitirá contar con una información veraz, y oportuna.

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

e. Posición del Auditado.

Se acepta observación.

f. Plan de Mejoramiento.

- Se realiza actualización del seguimiento a los indicadores con corte al 31 de Agosto.

Tiempo Promedio de Demora para el inicio de la cita Servicios Ambulatorios – Impuntualidad.

TIEMPO PROMEDIO DE DEMORA PARA EL INICIO DE LA CITA SERVICIOS AMBULATORIOS –IMPUNTUALIDAD-																
2023																
Concepto	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	1 Sem	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	2 Sem	Total	
Sumatoria de la diferencia entre la hora de asignación y el inicio de la atención (calculada sobre la apertura del registro en la historia clínica o evolución médica)	57890	37.204	102.114	64.796	45.170		307.174							0	307.174	
Número total de usuarios atendidos	3.080	3.431	4.100	2.181	3.697		16.489							0	16.489	
Resultado	18,8	10,8	24,9	29,7	12,2		18,6								18,6	
Meta Sobresaliente: < 5 minutos			Meta Aceptable: 5 - 10 minutos					Meta No cumplido: > 10 minutos								

Fuente: Carpeta Indicadores.

Se observa que la meta del indicador para los servicios ambulatorios presenta una desviación durante los primeros 5 meses del 2023 para un promedio de 18.6% , incumpliendo la promesa de servicio que es de 5 a 10 minutos de llamado, una vez sea la hora de la cita y la hora en la que el especialista hace el llamado para iniciar su atención; entre las especialidades con mayor demora en el llamado del pacientes encuentran: cardiología pediátrica , esto se debe al poco control sobre su agenda, ya que en ocasiones no llega a consulta hasta que es llamada para cumplir con la atención, también hay casos en los que se demora respecto al examen médico exhaustivo que realiza a los menores. Otra de las especialidades con tiempos prolongados de llamado es neurología pediátrica, quien a pesar de los 40 minutos de atención con cada menor, en ocasiones es insuficiente para cumplir con los tiempos, de igual manera las especialidades de cirugía cardiovascular y cardiología, respectivamente, estos dos últimos casos se ve la demora, porque los especialistas tienen asignadas otras actividades dentro del hospital, y las realizan antes de llegar a la consulta.

b. Criterios.

- Manual de Indicadores de Gestión. Cód.: AP-INF-CA003M01.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma.
- Posibilidad de Insatisfacción del usuario.

 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

- Posibilidad de reprocesos administrativos.

d. Recomendación.

- Realizar el seguimiento del indicador por parte de los todos los servicios ambulatorios que pertenecen al proceso. Lo cual permitirá contar con una información veraz, y oportuna.
- Realizar un análisis riguroso e intervenir las causas puntuales que están generando demora en el inicio de las consultas por parte de las especialidades cardiología pediátrica, neurología pediátrica, cirugía vascular y cardiología , que permita cumplir con la meta del indicador, la gestión del proceso y evaluación de los objetivos del mismo.

e. Posición del Auditado.

Se acepta observación.

f. Plan de Mejoramiento.

- Se realiza actualización del seguimiento a los indicadores con corte al 31 de Agosto.

3.2. Para mejorar el proceso de riesgos.


Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.


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

Al revisar la matriz de riesgos del proceso correspondiente al año 2022, se observa que se tienen identificados 16 riesgos así:

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de atención en servicios ambulatorios y los demás procesos misionales y de apoyo.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por el inadecuado flujo del paciente en el proceso atención en servicios ambulatorios debido a la inoportunidad en la asignación de citas, admisión del usuario y atención en la consulta.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la falta de gobernabilidad del proceso de atención en servicios ambulatorios.

 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

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de atención en servicios ambulatorios y los demás procesos misionales y de apoyo.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación del proceso de atención en servicios ambulatorios integrado por consulta externa, fisioterapia, quimioterapia, odontología, vacunación, atención del recién nacido.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la ausencia y/o inadecuada adherencia a guías de práctica clínica y/o instructivos asistenciales en el proceso de atención en servicios ambulatorios.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la variabilidad clínica en el proceso atención en servicios ambulatorios.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada educación en salud a los usuarios, pacientes y sus familias que pasan por el proceso de atención en servicios ambulatorios.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la complejidad de los determinantes sociales de los usuarios, pacientes y familias atendidos en el proceso de atención en servicios ambulatorios.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada articulación del proceso atención en servicios ambulatorios las Rutas Integradas de Atención en Salud -RIAS al modelo de atención en salud basado en el flujo del paciente.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada articulación del proceso atención en servicios ambulatorios las Rutas Integradas de Atención en Salud -RIAS al modelo de atención en salud basado en el flujo del paciente.
- Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - IASS, afectando la Seguridad del Paciente en el proceso atención en servicios ambulatorios.
- Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con los Problemas Relacionados con el uso de Medicamentos - PRUM, afectando la Seguridad del Paciente en el proceso atención en servicios ambulatorios.

 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

- Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con los Problemas Relacionados con el uso de Dispositivos - PRUD, afectando la Seguridad del Paciente en el proceso atención en servicios ambulatorios.
- Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con los Problemas Relacionados con las ayudas diagnósticas, afectando la Seguridad del Paciente en el proceso atención en servicios ambulatorios.
- Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos como caídas, quemaduras, flebitis, entre otros afectando la Seguridad del Paciente en el proceso atención en servicios ambulatorios.
- Probabilidad de afectación legal, económica y reputacional debido a interrupción en planes de tratamiento, baja adherencia, abandono de terapias.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- MI-AIS-SA-R1-C1. El director de ambulatorios, deberá de ajustar el proceso a tención en servicios ambulatorios, cada 4 años teniendo en cuenta los elementos del direccionamiento estratégico y el plan de desarrollo de la entidad.
- MI-AIS-SA-R1-C2. El director de ambulatorios y los profesionales del proceso de investigaciones, deberán de identificar los riesgos del proceso mínimo una vez al año, realizar seguimiento a los controles acorde a la periodicidad establecida en el mapa de riesgos, cada mes diligenciar el formato de materialización de riesgos e incluir en el plan de mejoramiento las acciones de mejora correctivas; cada 4 meses realizar el informe del seguimiento a los controles en el mapa de riesgos institucional, el profesional de riesgos realizará cada cuatro meses realiza el monitoreo al seguimiento de los controles de los riesgos del proceso.
- MI-AIS-SA-R1-C3. El director de ambulatorios, deberá de gestionar de manera oportuna los hallazgos y oportunidades de mejora resultado de las auditorías internas y externas que reposan en el plan de mejoramiento institucional y el profesional de calidad realizará cada mes seguimiento en los grupos de mejoramiento de la entidad.
- MI-AIS-SA-R1-C4. El director de ambulatorios, deberá de gestionar de manera oportuna y responder a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Agradecimientos, teniendo en cuenta los términos de ley y el profesional de SIAU realizará monitoreo y seguimiento cada mes.
- MI-AIS-SA-R1-C5. El director de ambulatorios, los profesionales del proceso de innovación deberán definir la adecuada gestión de conocimiento del proceso.

 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

- MI-AIS-SA-R1-C6. El director de ambulatorios y la jefa de la oficina jurídica deberán velar por la gestión jurídica y la normativa del proceso.
- MI-AIS-SA-R2-C1. Los directores y líderes asistenciales deberán ejecutar cada trimestre las actividades del proyecto estratégico del Modelo de atención basado en el flujo de paciente, realizando los acuerdos entre procesos y promesas de servicios, el subgerente asistencial realiza el respectivo monitoreo y seguimiento a través de los Comités Técnico Científicos y el Comité de Evaluación de Estancias cada semana , en el Grupo de Mejoramiento del Cliente Asistencial cada mes y el modelo será evaluado por la Oficina de Calidad y Planeación en el Plan de Acción cada tres meses.
- MI-AIS-SA-R3-C1. El director de ambulatorios, garantiza el entrenamiento en el puesto de trabajo al momento del ingreso o traslado de un funcionario, verificando que haya pasado por inducción, leyendo la documentación del proceso, revisando el acta de entrega y asignando un par para la gestión administrativa y un líder del proceso al cual va dirigir para la gestión asistencial.
- MI-AIS-SA-R3-C2. El director de ambulatorios y los líderes del servicio deben documentar el entrenamiento para el puesto de trabajo para el personal asistencial del servicio de urgencias.
- MI-AIS-SA-R4-C1. Los directores y líderes de los procesos asistenciales deberán implementar cada mes los acuerdos entre los procesos definidos en la matriz de interacción "Formato matriz consolidación acuerdos o promesas de servicios (ES-GIC-GC001F01)" velando por el cumplimiento de las promesas de servicios de cada uno y estas se verifican cada semana por el subgerente asistencial en el Comité Técnico Científico - CTC definiendo los planes de mejora y en el Comité Técnico Administrativo cada semana se verifican por el subgerente administrativo.
- MI-AIS-SA-R5-C1. El director del proceso de ambulatorios cada año deberá de realizar la planeación del servicio acorde al documento de capacidad instalada contemplando todo el recurso humano, financiero, tecnológico y de infraestructura adecuada que requiera el proceso acorde al perfil de morbilidad y riesgos del proceso.
- MI-AIS-SA-R6-C1. Los médicos, especialistas que intervienen en el proceso de servicios ambulatorios deben unificar los conceptos a través de la realización de staff una vez al mes y evaluar la adherencia a las guías que aplican al proceso cada 2 meses con el médico auditor y se socializan cada semana en el grupo primario de ambulatorios y allí se definen los planes de mejoramiento.
- MI-AIS-SA-R6-C2. Los profesionales especialistas y enfermeros profesionales del proceso deberán revisar cada cuatro años los instructivos del proceso,

 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

actualizarlos, desplegarlos en los involucrados del proceso y evaluar la adherencia al mismo.

- MI-AIS-SA-R7-C1. El director de servicios ambulatorios deberá realizar con su equipo de trabajo mínimo 2 referenciaciones al año con el fin de unificar los criterios médicos para evitar la variabilidad clínica.
- MI-AIS-SA-R8-C1. Los profesionales de la salud y personal administrativo deberán dar las recomendaciones a los usuarios y a sus familias que apliquen para la atención de servicios ambulatorios tales como los deberes y derechos, cartilla de información al usuario, higiene de manos y hacer entrega del documento del consentimiento informado para los servicios de ambulatorios que apliquen y garantizar la firma del paciente e ingresarlo a la historia clínica.
- MI-AIS-SA-R9-C1. El director de servicios ambulatorios deberá garantizar el entrenamiento del personal para identificar las necesidades de los pacientes y caracterizar en la historia clínica de la población vulnerable que ingresa al servicio de urgencias (abuso sexual, habitantes de calle, comunidad LGBT, Emberá, venezolanos, pacientes abandonados) activar rutas con las profesionales de trabajo social.
- MI-AIS-SA-R9-C2. Los profesionales de la salud identifican posibles situaciones de maltrato y abuso basados en el instructivo asistencial atención de casos en violencia intrafamiliar y/o sexual MI-AIS-IAS061) y se activan las rutas con los profesionales de trabajo social y las respectivas intervenciones.
- MI-AIS-SA-R10-C1. El director de servicios ambulatorios y todos los profesionales de la salud del servicio deberán implementar las acciones del programa de promoción y prevención y cada mes hacerle seguimiento en el grupo primario.
- MI-AIS-SA-R11-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para detectar, prevenir y reducir las IASS, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.
- MI-AIS-SA-R12-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para mejorar la seguridad del paciente en la utilización de medicamentos, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos


 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

cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.

- MI-AIS-SA-R13-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso, deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para mejorar la seguridad del paciente en la utilización de dispositivos médicos, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.
- MI-AIS-SA-R14-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso, deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para garantizar la correcta identificación del paciente en las muestras del laboratorio" y en la oportunidad y efectividad en la realización de ayudas diagnósticas, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.
- MI-AIS-SA-R15-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso, deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para garantizar la seguridad del paciente dentro del proceso, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.
- MI-AIS-SA-R16-C1. Los líderes de los servicios ambulatorios, deberán realizar seguimiento a los pacientes del proceso de atención en servicios ambulatorios.

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

Al evaluar la eficiencia de los controles se busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso o mitigar los riesgos identificados.

 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

La efectividad de los controles se puede calificar como:

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el proceso de Atención en Servicios Ambulatorios se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
-----------------------	----------------------------------

El proceso de atención en ambulatorio cuenta con 16 riesgos y 20 controles, a continuación se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- MI-AIS-SA-R1-C1. El director de ambulatorios, deberá de ajustar el proceso de atención en servicios ambulatorios, cada 4 años teniendo en cuenta los elementos del direccionamiento estratégico y el plan de desarrollo de la entidad.


Inefectivo	Control con mejoras significativas
------------	------------------------------------

Es inefectivo debido a que los procedimientos, instructivos y formatos no están acorde a forma práctica como se ejecuta el proceso, que en la actualidad se cuenta con un call center y con automatización (digiturno) de los procedimientos.

- MI-AIS-SA-R1-C2. El director de ambulatorios y los profesionales del proceso de investigaciones, deberán de identificar los riesgos del proceso mínimo una vez al año, realizar seguimiento a los controles acorde a la periodicidad establecida en el mapa de riesgos, cada mes diligenciar el formato de materialización de riesgos e incluir en el plan de mejoramiento las acciones de mejora correctivas; cada 4 meses realizar el informe del seguimiento a los controles en el mapa de riesgos institucional, el profesional de riesgos realizará cada cuatro meses realiza el monitoreo al seguimiento de los controles de los riesgos del proceso.

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
----------	---

- MI-AIS-SA-R2-C1. Los directores y líderes asistenciales deberán ejecutar cada trimestre las actividades del proyecto estratégico del Modelo de atención basado en el flujo de paciente, realizando los acuerdos entre procesos y promesas de servicios, el subgerente asistencial realiza el respectivo monitoreo y seguimiento a través de los Comités Técnico Científicos y el Comité de Evaluación de Estancias

 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

cada semana , en el Grupo de Mejoramiento del Cliente Asistencial cada mes y el modelo será evaluado por la Oficina de Calidad y Planeación en el Plan de Acción cada tres meses.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Es evaluado como inefectivo dado que no se evidenció avances en el plan de acción del proyecto 1.1. Modelo de gestión basado en el flujo del paciente, cuyos productos entregables son: cronograma de implementación, informe de avance y matriz de medición.

- MI-AIS-SA-R3-C1. El director de ambulatorios, garantiza el entrenamiento en el puesto de trabajo al momento del ingreso o traslado de un funcionario, verificando que haya pasado por inducción, leyendo la documentación del proceso, revisando el acta de entrega y asignando un par para la gestión administrativa y un líder del proceso al cual va dirigir para la gestión asistencial.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Es evaluado como inefectivo dado no se evidenció entrenamiento en el puesto de trabajo de acuerdo a información suministrada por gestión humana.

- MI-AIS-SA-R3-C2. El director de ambulatorios y los líderes del servicio deben documentar el entrenamiento para el puesto de trabajo para el personal asistencial del servicio de urgencias.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Aunque el proceso es liderado por el mismo director, no aplica para el Servicio de Ambulatorios.

- MI-AIS-SA-R4-C1. Los directores y líderes de los procesos asistenciales deberán implementar cada mes los acuerdos entre los procesos definidos en la matriz de interacción "Formato matriz consolidación acuerdos o promesas de servicios (ES-GIC-GC001F01)" velando por el cumplimiento de las promesas de servicios de cada uno y estas se verifican cada semana por el subgerente asistencial en el Comité Técnico Científico - CTC definiendo los planes de mejora y en el Comité Técnico Administrativo cada semana se verifican por el subgerente administrativo.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

- MI-AIS-SA-R5-C1. El director del proceso de ambulatorios cada año deberá de realizar la planeación del servicio acorde al documento de capacidad instalada contemplando todo el recurso humano, financiero, tecnológico y de infraestructura adecuada que requiera el proceso acorde al perfil de morbilidad y riesgos del proceso.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

- MI-AIS-SA-R6-C1. Los médicos, especialistas que intervienen en el proceso de servicios ambulatorios deben unificar los conceptos a través de la realización de

 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

staff una vez al mes y evaluar la adherencia a las guías que aplican al proceso cada 2 meses con el médico auditor y se socializan cada semana en el grupo primario de ambulatorios y allí se definen los planes de mejoramiento.

Inefectivo Control con mejoras significativas

No se evidenciaron actas que den cuenta de las actividades para ejecutar el control mencionado.

- MI-AIS-SA-R6-C2. Los profesionales especialistas y enfermeros profesionales del proceso deberán revisar cada cuatro años los instructivos del proceso, actualizarlos, desplegarlos en los involucrados del proceso y evaluar la adherencia al mismo.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

- MI-AIS-SA-R7-C1. El director de servicios ambulatorios deberá realizar con su equipo de trabajo mínimo 2 referenciaciones al año con el fin de unificar los criterios médicos para evitar la variabilidad clínica.

Inefectivo Control con mejoras significativas

No se evidencia formato diligenciado de referenciaciones en el área ni en planeación.

- MI-AIS-SA-R8-C1. Los profesionales de la salud y personal administrativo deberán dar las recomendaciones a los usuarios y a sus familias que apliquen para la atención de servicios ambulatorios tales como los deberes y derechos, cartilla de información al usuario, higiene de manos y hacer entrega del documento del consentimiento informado para los servicios de ambulatorios que apliquen y garantizar la firma del paciente e ingresarlo a la historia clínica.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es parcialmente efectivo dado que el control solo se ejecuta en un 60% de 18304 consultas atendidas en el periodo.

- MI-AIS-SA-R9-C1. El director de servicios ambulatorios deberá garantizar el entrenamiento del personal para identificar las necesidades de los pacientes y caracterizar en la historia clínica de la población vulnerable que ingresa al servicio de urgencias (abuso sexual, habitantes de calle, comunidad LGBT, Emberá, venezolanos, pacientes abandonados) activar rutas con las profesionales de trabajo social.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Se cuenta con un documento (educación para la salud) en donde se identifican las diferentes poblaciones vulnerables, que requieren atención con un enfoque diferencial. Se valida en SAP las interconsultas generadas por los especialistas encontrando que hace falta el registro de la identificación de necesidades y la caracterización de la población vulnerable en la historia clínica.

 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

- MI-AIS-SA-R9-C2. Los profesionales de la salud identifican posibles situaciones de maltrato y abuso basados en el instructivo asistencial atención de casos en violencia intrafamiliar y/o sexual MI-AIS-IAS061) y se activan las rutas con los profesionales de trabajo social y las respectivas intervenciones.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

- MI-AIS-SA-R10-C1. El director de servicios ambulatorios y todos los profesionales de la salud del servicio deberán implementar las acciones del programa de promoción y prevención y cada mes hacerle seguimiento en el grupo primario.

Inefectivo Control con mejoras significativas

No se evidencia actas del grupo primario.

- MI-AIS-SA-R11-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para detectar, prevenir y reducir las IASS, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

El anterior control solo se ejecuta en el servicio de quimioterapia.

- MI-AIS-SA-R12-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para mejorar la seguridad del paciente en la utilización de medicamentos, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

El anterior control solo se ejecuta en el servicio de quimioterapia.

- MI-AIS-SA-R13-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso, deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para mejorar la seguridad del paciente en la utilización de dispositivos médicos, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el

 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

análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

El anterior control solo se ejecuta en el servicio de quimioterapia.

- MI-AIS-SA-R14-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso, deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para garantizar la correcta identificación del paciente en las muestras del laboratorio" y en la oportunidad y efectividad en la realización de ayudas diagnósticas, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

El anterior control solo se ejecuta en el servicio de quimioterapia.

- MI-AIS-SA-R15-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el director de ambulatorios y los profesionales de la salud involucrados en el proceso, deberán garantizar la adherencia a las prácticas seguras para garantizar la seguridad del paciente dentro del proceso, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.


Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

El anterior control solo se ejecuta en el servicio de quimioterapia.

- MI-AIS-SA-R16-C1. Los líderes de los servicios ambulatorios, deberán realizar seguimiento a los pacientes del proceso de atención en servicios ambulatorios.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

En el diseño de controles se busca orientar la identificación de los riesgos del proceso, al respecto cabe anotar, que el proceso de Atención en Servicios Ambulatorios deberá revisar los riesgos identificados y el diseño de sus controles establecidos en su matriz de riesgo actual, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control.

 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

A continuación relacionamos posibles riesgos para incluir en la matriz de riesgos del proceso:

- Identificación inadecuada del paciente.
- Demora en la atención para consulta externa.
- Infraestructura inadecuada.
- Comunicación inefectiva.

b. Criterios.


- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Probable sobre costos o costos innecesarios por falta de controles.
- Probable deficiencias en la calidad
- Probable impacto negativos en la reputación de la organización.

d. Recomendación.

- Realizar el seguimiento y monitoreo de los riesgos efectuando las actividades establecidas en cada control.
- Considerar revisar y actualizar los riesgos identificados en la matriz de riesgos del proceso, así como el diseño de sus controles, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control.
- Actualizar el proceso y los procedimientos del Servicio Atención en Ambulatorios conforme a lo realmente ejecutado.
- Ejecutar cada trimestre las actividades del proyecto estratégico del Modelo de atención basado en el flujo de paciente, realizando los acuerdos entre procesos y promesas de servicios, el subgerente asistencial realiza el respectivo monitoreo y seguimiento a través de los Comités Técnico Científicos y el Comité de Evaluación de Estancias cada semana, en el Grupo de Mejoramiento del Cliente Asistencial cada mes y el modelo será evaluado por la Oficina de Calidad y Planeación en el Plan de Acción cada dos meses.
- Garantizar el entrenamiento en el puesto de trabajo al momento del ingreso o traslado de un funcionario, verificando que haya pasado por inducción, leyendo la documentación del proceso, revisando el acta de entrega y asignando un par para la gestión administrativa y un líder del proceso al cual va dirigir para la gestión asistencial.
- Unificar los conceptos a través de la realización de staff una vez al mes y evaluar la adherencia a las guías que aplican al proceso cada 2 meses con el médico auditor y se socializan cada semana en el grupo primario de ambulatorios y allí se definen los planes de mejoramiento.

 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

- Fortalecer el programa de formación continua enfocando temas de cumplimiento de requisitos legales para que el personal conozca la importancia de cumplir con dichos requisitos que están implantados y que el Hospital debe acatarlos.
- Garantizar la adherencia a las prácticas seguras para garantizar la seguridad del paciente dentro del proceso, fortaleciendo, diseñando e impartiendo estrategias efectivas desde el programa de seguridad del paciente, partiendo de la revisión del proceso y del análisis de los casi eventos o eventos cada mes en los grupos de mejoramiento de eventos adversos realizando el análisis causal (espina de pescado) a los más graves y realizando los ajustes y despliegues pertinentes al proceso.

e. Posición del auditado.

Se acepta observación.

f. Plan de mejoramiento.

- Revisar y actualizar los riesgos identificados en la matriz de riesgos del proceso, así como el diseño de sus controles, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control con fecha al 31 de diciembre del 2023.

3.3. Para mejorar el proceso de Control.


Observación de Auditoría Interna N° 7.

a. Descripción.

Compromisos en Eurodoc del proceso atención servicios ambulatorios.

Al verificar el estado de implementación de los compromisos adquiridos por el proceso atención servicios ambulatorios en virtud de las auditorías de Autoevaluación Habilitación 3100, auditorías de Calidad y de Seguridad del paciente, se observa que en total presentan con corte a junio 30 de 2023, 170 compromisos, de los cuales 125 compromisos ya se encuentran ejecutados, 9 en proceso y 36 sin avance.

Al revisar los 126 compromisos derivados de la auditoría de Autoevaluación Habilitación 3100, se evidencia que 105 se encuentran ejecutados, 7 en proceso y 14 sin avance. Al respecto relacionamos los 14 compromisos sin avance, los cuales presentaban un plazo de cumplimiento hasta el pasado 15 de abril, situación que indica incumplimiento en la acción de mejora propuesta en el sistema documental de la entidad- Eurodoc. A continuación el detalle:

 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

Nro.	Compromiso	Inicio	Fin	Días inoportunidad
1	Interdependencia Uci Neonatal Aplicable A Todos Los Servicios: comentarios: Los servicios interdependiente Son: Nefrourros Y Emervda (Transporte Asistencial). En Cuanto A Nefrourros Se Evidenció Contrato Y Manejan Actas De Seguimiento Y Supervisión Del Contratista. No Se Evidenció Documentación De Los Procedimientos De Atención Entregados Por La Empresa Contratada. En Relación A Emervda, Se Evidenció Un Formato En Excel Llamado "Orden De Servicio Ambulancia", Con Fecha De Inicio 01/03/2023 Y Fecha De Fin Orden 31/12/2023, Este Documento no tiene el formato Institucional. Sin Embargo, No Se Evidenció Información Sobre Los Procedimientos Documentados De Atención, Ni Documentación Sobre Supervisión Al Contratista. Por Último, Se Evidencio En El Reps De Dicha Institución Que Los Horarios Reportados De La Prestación Del Servicio Es De Lunes A Viernes ***** Criterio 1. Cuando El Servicio Interdependiente Sea Contratado, Debe Mediar Un Contrato O Un Acuerdo Escrito Entre	9/06/2023	7/07/2023	1
2	Procesos prioritarios. Se encuentra instructivo asistencial intervención en crisis mi-ais-ias082, documento creado en el año 2012, no menciona el manejo que le debe dar a este tipo de pacientes. Se sugiere documentar en plantilla procedimiento técnico-clínico atención en salud de pacientes con problemas y trastornos en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas. *se encontró además protocolo asistencial programa de salud mental materno perinatal mi-ais-ias297. Debe actualizarse debido a que combina elementos de la plantilla de procedimiento y protocolo. Así mismo, no menciona el uso o fin de los insumos mencionados en el documento. 36.25. Documento que orienta la atención en salud de pacientes con problemas y trastornos en salud mental o consumo de sustancias psicoactivas.	27/03/2023	15/04/2023	82
3	Procesos prioritarios. Se encuentra procedimiento egreso del usuario en urgencias mi-ais-ur003, se debe actualizar conforme a plantilla actual "procedimiento técnico-clínico" y añadir la información que solicita el criterio 36.21: cuáles son las recomendaciones al egreso, los criterios de reingreso, controles y posibles complicaciones. 36.21. Información al paciente sobre recomendaciones al egreso, criterios de reingreso, controles y posibles complicaciones.	27/03/2023	15/04/2023	82
4	Procesos prioritarios. Se encuentra: instructivo asistencial sedación del paciente con agitación psicomotora mi ais ias 088, se debe actualizar a plantilla actual procedimiento técnico-clínico. Adicional a la actualización científica del documento y a plantilla sugerida, se recomienda cambiar título del documento al indicado por el criterio "agudización de síntomas psiquiátricos e intervención en crisis". 36.19.3. Agudización de síntomas psiquiátricos e intervención en crisis	27/03/2023	15/04/2023	82
5	Procesos prioritarios. Se encuentran 3 documentos: instructivo asistencial intento de suicidio : mi-ais-ias081, instructivo asistencial atención de casos en intento de suicidio mi-ais-ias090, instructivo asistencial abordaje y manejo del paciente con conducta suicida mi-ais-ias149, se recomienda unificar en un documento la información contenida, usando las plantillas actuales institucionales (procedimiento técnico-clínico) y que incluya la información mencionada en el criterio: manejo de la agitación psicomotora, conducta suicida y agresión a terceros. 36.19.2. Agitación psicomotora, conducta suicida y agresión a terceros.	27/03/2023	15/04/2023	82
6	Procesos prioritarios. Se encuentra documento instructivo asistencial abordaje y manejo del paciente con intoxicación etílica aguda, actualizar conforme a plantillas institucionales. *hay gpc: guía de práctica clínica alcohol - pacientes con abuso o dependencia mbe-ministerio (verificar si está incluido dentro de la resolución de gpc. 36.19.1. Intoxicación aguda y síndrome de abstinencia a sustancias psicoactivas, según oferta	27/03/2023	15/04/2023	82
7	Procesos prioritarios descrito en el documento "instructivo triage urgencias", mencionado en el criterio 36.13. Al cual se le debe actualizar. 36.18. Identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser derivados a servicios de consulta externa que cuenten con la estrategia de consulta prioritaria.	27/03/2023	15/04/2023	82
8	Procesos prioritarios. El hgm no presta servicio en modalidad extramural o domiciliaria. El documento de triage define los criterios de ingreso al servicio de urgencias. 36.17. Identificación de pacientes que por su condición clínica pueden ser tratados en su domicilio.	27/03/2023	15/04/2023	82
9	Proceso prioritario. Se encuentran 2 documentos, uno general y uno ginecoobstétrico. *protocolo triage ginecobstetrico mi-ais-ug001i01, se recomienda lo siguiente: el alcance debe mencionar a quién le aplica (quiénes son los profesionales encargados de la atención o de lo que se está describiendo); el enfoque diferencial refiere "no aplica", se incluir cómo se atenderá por ejemplo a la población emberá, en normatividad agregar la resolución 3100 de 2019. *se encuentra otro documento llamado instructivo triage en urgencias mi-ais-ur001i02, se debe actualizar a plantillas actuales (protocolo), eliminar la sala fast track del documento y describirlo con nomenclatura actual 36.13. Selección y clasificación de pacientes - triage.	27/03/2023	15/04/2023	82
10	Procesos prioritarios procedimiento atención del usuario en urgencias código: mi-ais-ur002 , éste documento corresponde al criterio anterior, se debe anexar cuáles son las principales patologías que el servicio atiende, debe coincidir con la información publicada en las carteleras y en la productividad. 36.12. Atención médica inicial y definición de conducta, de las principales patologías que el servicio atiende.	27/03/2023	15/04/2023	82
11	Procesos prioritarios. Se encuentra documento instructivo asistencial preparación para la toma de exámenes diagnósticos código: mi-ais-ias017, del año 2020, se debe actualizar conforme a plantillas actuales, se recomienda referenciar dentro del documento con nombre y código las recomendaciones según examen a realizar; se debe incluir o mencionar en el objetivo y alcance, además del servicio de hospitalización, el servicio de urgencias y cómo se hará la preparación en pacientes adultos, pediátricos y neonatales. 36.10. Preparación para la toma de imágenes diagnósticas.	27/03/2023	15/04/2023	82
12	Procesos prioritarios se encuentran 2 documentos, ambos deben ser actualizados conforme a plantillas actuales: el primero llamado procedimiento atención del usuario en urgencias código: mi-ais-ur002 , en este en el punto 6.20 se recomienda complementar la información explicando cada cuánto se brindará información del estado de salud del paciente al familiar y/o acompañante y quién será el encargado de brindar la información. Añadir en el paso número 3 ("iniciar observación") de la tabla, los criterios clínicos para la ubicación y atención de pacientes en el ambiente de transición (éste corresponde a lo que antes se llamaba sala fast track, o lugar destinado para la atención de pacientes que por su condición clínica permanecen en el servicio de urgencias y no requieren traslado a servicios del grupo de internación o del grupo quirúrgico o a otras instituciones). *el segundo documento instructivo acompañantes en el servicio de urgencias, se debe actualizar conforme	27/03/2023	15/04/2023	82
13	Procesos prioritarios. Se encuentra documento llamado uso seguro de medicamentos paquete instruccional, el cual no define cómo es la administración de los medicamentos. Se sugiere documentar como procedimiento técnico clínico. 36.6. Administración de medicamentos.	27/03/2023	15/04/2023	82
14	Dotación ambulatorio no cumple por: no se evidenció señalización de dicho ambiente, por tanto, aún no está definido. El personal informa que una opción es la sala c. Las sillas del servicio se encontraron en mal estado, algunas no reclinan, otras no tienen reposa pies y tienen áreas de material despegado.	24/03/2023	15/04/2023	82

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor

 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

b. Criterios.

- Compromisos de Eurodoc.
- Norma de Habilitación 3100

c. Riesgo.

- Incumplimiento normativo

d. Recomendación.

- Revisar, analizar, e implementar las acciones necesarias para ejecutar las acciones de mejora consignadas en los compromisos de Eurodoc que se encuentran en estado “sin avance”, correspondientes al proceso de Atención de servicios Ambulatorios, en atención a la norma de Habilitación 3100.

e. Posición del auditado.

Se acepta observación.

f. Plan de mejoramiento.

- Se actualizarán los compromisos en Eurodoc con corte al 31 de agosto.

IV. CONCLUSIONES.

- Para el proceso de Atención en Servicios Ambulatorios se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.
- Durante la ejecución y análisis de la información obtenida después de haber recolectado la información, se identifican aspectos de mejora que requieren una baja necesidad de recursos, son de fácil alcance y que influyen de manera importante en la calificación, como son los requisitos de procesos prioritarios e infraestructura.
- El plan de intervención para el mejoramiento continuo, permite alcanzar el grado de cumplimiento total de los requisitos legales, optimizar la calidad de la atención en salud y alcanzar niveles de satisfacción esperados mejorando la percepción de los usuarios y familiares.
- El HGM cuenta con un servicio de consulta externa que logra prestar un servicio de salud seguro, pero que puede mejorar con la implementación de oportunidades que fueron halladas en los diferentes aspectos de la herramienta de evaluación.
- Es de resaltar el compromiso del personal administrativo y asistencial para mostrar resultados positivos en la atención de los pacientes y familia, demostrando un grado

 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

importante de compromiso que permita cumplir con el plan de mejoramiento y alcanzar así estándares superiores de calidad.

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 semestral 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.

Documento elaborado y revisado por:
Equipo Técnico de la **Oficina 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, 04 de septiembre de 2023