

INFORME DE AUDITORÍA 2022

Atención en Apoyos Diagnósticos N° 09

11 de Octubre de 2022

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



Alcaldía de Medellín

Informe tipo **de Auditoría**



N° 09

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN

Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Oficina de Auditoría Interna

INFORME DE AUDITORÍA 2022

Atención en Apoyos Diagnósticos

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina:
William Alberto Higueta Lopera

Auditores:

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

Técnico:

Julio E. Suescún Montoya

Correo Oficina: oficinadeauditoria@hgm.gov.co
Carrera 48 #32 – 102, Medellín – Antioquia – Colombia
PBX: 3847300, www.hgm.gov.co

Modalidad Auditoría Interna



Alcaldía de Medellín

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

TABLA DE CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	5
1.1. Objetivo.....	5
1.2. Alcance.....	5
1.3. Metodología.....	5
1.4. Marco de la Práctica de Auditoría Interna.....	6
1.5. Fundamento Normativo.....	7
1.6 Documentos Base.....	7
1.7 Limitaciones.....	8
1.8 Terminología básica.....	8
II. ANTECEDENTES.....	9
III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.....	10
3.1 Ficha Técnica de Auditoría.....	10
3.2 Datos Básicos del Proceso.....	11
3.3 Fortalezas.....	11
3.4 Síntesis de las Observaciones y Recomendaciones.....	11
IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	13
4.1. Ambiente de control.....	14
4.2. Para mejorar el proceso de Gobierno.....	14
4.3. Para mejorar el proceso de Control.....	18
4.4. Para mejorar el Proceso de Riesgos.....	27
V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	29
VI. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....	29

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI y en desarrollo del Plan Anual de Auditoría Interna 2022 **Para agregar Valor**, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al proceso de Atención Apoyos Diagnósticos 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 siete (6) capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que comprende el objetivo, alcance, marco de la práctica de auditoría, metodología, fundamento normativo, modalidad de auditoría, fundamento normativo, documentos base, limitaciones y terminología básica; el segundo contiene antecedentes, el tercero contiene el Resumen Ejecutivo. Por su parte, en el cuarto se describen y relacionan las observaciones y recomendaciones y en el capítulo quinto se presenta plan de mejoramiento y seguimiento. 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.

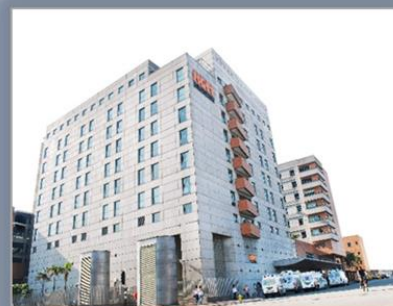
Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoría por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

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.

	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.

Evaluar y verificar el cumplimiento del Sistema Institucional de Control Interno SICI y sus componentes (ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y actividades de monitoreo) al proceso de Atención en Apoyos Diagnósticos del Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez” – HGM.

1.2. Alcance.

El alcance de la auditoría contempla la aplicación de la metodología Lean en el servicio de apoyo diagnóstico del Hospital General de Medellín.

La Auditoría se realizará entre julio y agosto del 2022, y se enfocará en la aplicación de la metodología Lean.

1.3. Metodología.

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

1.3.1. Interacción con líderes del universo de auditoría.

- Realización de reunión de apertura de la auditoría para socializar el Programa Específico de Auditoría Interna-PEAIN y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Indagación preliminar con el Director de Apoyo Diagnóstico.
- Entrevista con la coordinadora administrativa de apoyo diagnóstico.
- Entrevista con personal del área de imagenología: facturación, auxiliares de enfermería, enfermeras y, médicos.
- 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 del proceso.

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 operacionales y su funcionamiento.
- 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.

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

- 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 estos y promoviendo la mejora continua.

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

1.4.4. Instrumentos de Auditoría Interna.

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

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

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

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.

1.6 Documentos Base.

- 1.6.1. Manual de Indicadores de Gestión. Código: AP-INF-CA003M01.
- 1.6.2. Manual de estructura documental. Código: ES-GIC-GC001M02
- 1.6.3. Manual de Gestión de Riesgos. Código: ES-PLI-GP006M01.
- 1.6.4. Caracterización Proceso Atención en Apoyo Diagnósticos. Código: MI-AIS-AD.
- 1.6.5. Procedimiento Asignación de Citas. Código: MI-AIS-AD-001.
- 1.6.6. Procedimiento Admisión del usuario. Código: MI-AIS-AD-002.
- 1.6.7. Procedimiento Realización de Exámenes y procedimientos. Código: MI-AIS-AD003.
- 1.6.8. Procedimiento Egreso del usuario. Código: MI-AIS-AD004.
- 1.6.9. Procedimiento Entrega de Resultados. Código: MI-AIS-AD005.
- 1.6.10. Informe Evaluación Enfoque Lean del Proceso de Atención de las Urgencias no vitales.
- 1.6.11. Política de Seguridad del Paciente. Código: ES-PLI-GP001L01.
- 1.6.12. Matriz de Riesgo-Carpeta compartida.

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

1.7 Limitaciones

El director, los profesionales y demás funcionarios que fueron citados atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría entregando la información solicitada. La auditoría no registró ninguna limitación.

1.8 Terminología básica.

▫ **Anamnesis.**

Información proporcionada al médico, por el propio usuario o acompañante durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar dicha información en la historia clínica. La anamnesis es la reunión de datos subjetivos, relativos a un usuario, que comprenden antecedentes familiares y personales, signos y síntomas que experimenta en su enfermedad.

▫ **Consentimiento Informado.**

Documento escrito mediante el cual el usuario o responsable del usuario consiente la realización de un procedimiento con previa información sobre las acciones a realizar sobre su estado de salud, riesgos y complicaciones.

▫ **Decanulación.**

Técnica mediante la cual se realiza el retiro del dispositivo con que se realizó un acceso venoso para el procedimiento angiográfico.

▫ **Electrodiagnóstico.**

Procedimientos diagnósticos que comprenden la electromiografía en diferentes modalidades como polisomnografía y monitoreo y electromiografías.

▫ **Espirometría.**

La Espirometría consta de una serie de pruebas respiratorias sencillas, bajo circunstancias controladas, que miden la magnitud absoluta de las capacidades pulmonares y los volúmenes pulmonares y la rapidez con que éstos pueden ser movilizados (flujos aéreos). Los resultados se representan en forma numérica fundamentados en cálculos sencillos y en forma de impresión gráfica. Existen dos tipos fundamentales de espirometría: simple y forzada.

▫ **Exámen diagnóstico.**


Se entiende como las pruebas necesarias para obtener resultados que orienten una condición clínica.

▫ **Imagen.**

Reproducción de las características morfológicas de estructuras del cuerpo humano mediante registros digitales, películas o acetatos.

▫ **Informe o Lectura.**

Documento donde queda consignada la información con los hallazgos clínicos descritos por el médico especialista que interpreta un exámen o realiza un procedimiento.

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

▫ **Intervencionismo.**

Procedimiento médico-quirúrgico que se práctica al usuario por medio de imágenes diagnósticas.

▫ **Medio de Contraste.**

Es cualquier sustancia que se usa para mejorar la visibilidad de estructuras o fluidos dentro del cuerpo. Un ejemplo de esto son los líquidos opacos a la radiación que se utilizan durante un diagnóstico de rayos X, para resaltar las características que hay de un tejido a otro.

▫ **Procedimiento en Imagenología.**

Se refiere a las acciones invasivas que se llevan a cabo en los usuarios acorde a protocolos clínicos para obtener imágenes, muestras o tratamientos.

▫ **Sedación.**

El estado de sedación y analgesia se define como un continuum que varía desde sedación o ansiólisis hasta la anestesia general.

▫ **Servicio de Video Imagen (Copias).**

Lugar dispuesto para la realización de endoscopias, colonoscopias, broncoscopias y cistoscopias.

▫ **Soportes de Autorización.**

Documentos requeridos para el recobro a la respectiva entidad administradora de planes de beneficios de salud del usuario.

▫ **Usuario Electivo.**

Se refiere al usuario que requiere la prestación de un servicio de salud, pero cuyo origen es diferente al ámbito institucional propio del hospital


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:

	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	Observaciones
1	Garantizar el reemplazo del personal auxiliar administrativo que sale a vacaciones, para no afectar la oportunidad en la asignación de las citas de los usuarios ambulatorios.	Se cuenta con 3 auxiliares administrativas para el reemplazo de las novedades del personal .
2	Evaluar la posibilidad de implementar un call center para la asignación de citas por vía telefónica para los usuarios ambulatorios.	La institución implementó el servicio de call center para los servicios de citas ambulatorias, queda pendiente lo concerniente a ayudas diagnósticas.
3	Registrar la información proporcionada a los usuarios para la preparación de exámenes y otras informaciones en el software institucional, como punto de control de la información suministrada.	Se le entregan a los usuarios en físico las respectivas preparaciones. Para la asignación de citas de los paciente ambulatorios en el record de llamadas se anexa que se le dio la información.
4	Realizar un plan de mercadeo de los diferentes servicios que se ofrecen en el área de apoyodiagnóstico con las diferentes IPS y EPS.	El Hospital y el proceso aún no cuenta con un plan de mercadeo.
5	Analizar la posibilidad de crear agendas específicamente para pacientes ambulatorios.	Agendas en SAP para pacientes ambulatorios.

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

III. RESUMEN EJECUTIVO DE AUDITORÍA.

3.1 Ficha Técnica de Auditoría.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Oficina de Auditoría Interna Auditoría Atención Apoyos Diagnósticos.	
Ficha Técnica	
Asunto:	Auditoría Proceso Atención Apoyos Diagnósticos.
Entidad:	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.
Dependencia:	Oficina de Auditoría Interna
Auditor Líder:	María Janneth Agudelo Arango.
Líder del proceso Grupo de Trabajo	Dr. Jaime León Cardenas Carmona
Fecha:	Julio 2022

Cuadro N°2. Ficha Técnica de Auditoría
Fuente: Cuadro elaborado por el auditor Líder.

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

3.2 Datos Básicos del Proceso.

Asunto	Auditoria Atención en Apoyos Diagnósticos.
Entidad	Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE.
Dependencia	Oficina de Auditoría Interna
Auditor Líder	María Janneth Agudelo Arango.
Líderes de Proceso	Dr. Jaime León Cardenas Carmona
Equipo del Proceso	Un (1) Director de Apoyo Diagnostico, una (1) médica de apoyo administrativo, una (1) Enfermera administrativa, un (1) profesional de apoyo administrativo, una (1) secretaria, ocho (8) médicos radiólogos generales, cuatro (4) radiólogos intervencionista, dos (2) radiólogos pediatras, tres (3) cardiólogos electrofisiólogos, tres (3) cardiólogos hemodinamistas, un (1) endoscopista gastroenterólogo, cuatro (4) cardiólogos, uno (1) médico gastroenterólogo, uno (1) internista gastroenterólogo, veintiuno (21) técnicos en imágenes, diez (10) enfermeros profesionales, cuarenta (40) auxiliares de enfermería, seis (6) auxiliares administrativos, dos (2) transcriptoras, cinco (5) auxiliares de servicios generales, dos (2) médicos fisiatras, uno (1) neuropediatría, uno (1) otorrino, uno (1) neurocirujano, dos (2) enfermeras sonografistas, uno (1) ecocardiografista para un total de 123 personas.
Fecha	Noviembre del 2022

Cuadro N°3. Datos básicos del proceso.

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor Líder

3.3 Fortalezas.

Dentro del ejercicio auditor se identificaron las siguientes fortalezas:

El Hospital implementó el sistema del digiturno para la atención en proceso de ayudas diagnósticas, lo cual le trae grandes ventajas a los pacientes, algunas de ellas son:

Se resalta la implementación sistema del digiturno en el proceso de Apoyo Diagnostico.

- La eliminación de filas físicas que se generan en los puntos de atención.
- Reduce hasta en un 20% los tiempos de espera de los usuarios que esperan atención y aumentan el nivel de cumplimiento de las promesas de servicio.
- Optimiza la capacidad de atención y servicio en los momentos de mayor demanda.
- Mejora la experiencia del cliente al reducir los tiempos de espera.
- Aumenta positivamente la percepción de los usuarios frente a la organización o empresa

3.4 Síntesis de las Observaciones y Recomendaciones.

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso de Apoyos Diagnósticos, 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 Apoyos Diagnósticos		
Observaciones y Recomendaciones		
N°	Observaciones	Recomendaciones
1	<p>Manual de Funciones – Cargas Laborales.</p> <p>La auditoría interna en visita de campo puede observar que el director de apoyo diagnóstico tiene a cargo la dirección de ayudas diagnóstica, liderazgo del laboratorio clínico, banco de sangre, cardiología diagnóstica no invasiva, endoscopia y farmacia, en todos 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.</p>	<p>1.1 Revaluar la estructura organizacional del proceso con base en el plan estratégico a 2027 y, en el informe de cargas del HGM del 2020.</p>
2	<p>Manual de Funciones.</p> <p>El manual de funciones, ayuda a los servidores públicos a conocer las tareas propias del cargo para el cual fueron designados. La implementación del manual de funciones para la gestión del talento humano en las organizaciones, logra aportar elementos de valor. La auditoría interna al revisar el manual de funciones y validar los cargos evidencia que la dirección de apoyo diagnóstico está denominada como dirección área asistencial con cargo del jefe inmediato el gerente, a nivel operacional la dirección de apoyo diagnóstico depende de la subgerencia asistencial, esta ambigüedad en la estructura organizacional se convierte en un riesgo debido a las jerarquías y autoridades competentes, aunque internamente tengan un entendimiento de los jefes inmediatos y mediatos.</p>	<p>2.1 Revisión de la estructura organizacional y la determinación real de las necesidades del recurso humano.</p> <p>2.2 Actualizar el manual de funciones con sus respectivos niveles jerárquicos.</p>
3	<p>Coordinadora Administrativa.</p> <p>Actualmente existe una enfermera con funciones administrativas en el servicio de apoyo diagnóstico, la cual tiene asignadas unas actividades desde la coordinación de Enfermería, sin su respectivo acto administrativo que valide sus funciones desde el área de Gestión Humana; lo que implica un ejercicio de coordinación carente de autoridad y con dificultades en toma de decisiones.</p> <p>Las funciones de las enfermeras administrativas se concentran en acciones de calidad, manejo de cuadros de turno, evaluación periódica de los servicios, en algunas ocasiones hacen turnos</p>	<p>3.1 Definir, actualizar y normalizar las funciones de las enfermeras administrativas del HGM, aprobadas desde Gestión humana.</p> <p>3.2 Estudiar la probabilidad de crear los cargos de Coordinadoras administrativas en la planta de cargos.</p>

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

	asistenciales, participaciones en reuniones de eventos adversos, apoyo del proceso docente y montaje de solpedidos de los servicios. Estas funciones no se encuentran normalizadas ni estandarizadas ya que difieren dependiendo del servicio en que se encuentren	
4	Análisis de costos en el servicio de ayudas diagnósticas. El centro de costos correspondiente a Rayos X presenta una pérdida del -5%, del total de la utilidad generada por el Servicio de Ayudas diagnósticas por -\$433.995.201; dado que los ingresos de dicho centro de costo en el primer semestre del 2022 ascienden a la suma de \$894.395.380 y unos costos asociados por \$1.328.390.581. Situación que indica que el proceso de gestión de costos en el Servicio de ayudas diagnósticas deberá ser sometido a revisión en su distribución de los costos [con relación a los CIS (costos indirectos de servicios) es fundamental revisar el modelo de asignación de costos y gastos indirectos.	4.1 Efectuar un análisis para definir los conceptos de costos y gastos, con adición de la revisión de cada uno de los centros de costos que producen o apoyan procesos de producción para evitar distorsiones por exceso o por defecto, así obtener tarifas que nos permitan competir en el mercado. 4.2 Revisar el modelo de asignación de costos y gastos indirectos en cada uno de los centros de costos del servicio de ayudas diagnósticas.

Cuadro N° 4. Resumen de Observaciones y recomendaciones.


IV. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Para apoyar a la organización en su esfuerzo por lograr sus objetivos, contamos con los cinco componentes del control interno:

- Ambiente de control
- Evaluación de riesgos
- Actividades de control
- Información y comunicación
- Actividades de supervisión Componentes y Principios del Control Interno

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían posibilitar la materialización de los riesgos definidos, y los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. A continuación, se presentan las observaciones y sus respectivos riesgos y recomendaciones al Proceso Atención Apoyos Diagnósticos del HGM en el Marco de los 5 componentes del sistema de Control interno.



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

4.1. Ambiente de control

El entorno de control es el conjunto de normas, procesos y estructuras que constituyen los fundamentos sobre los que se desarrolla el control interno en todos los niveles de la organización.

La dirección refuerza las expectativas existentes en los distintos niveles de la organización. El entorno de control incluye la integridad y los valores éticos de la organización; los parámetros que permiten al consejo desarrollar sus responsabilidades de supervisión; la estructura organizacional y la asignación de roles y responsabilidades; el proceso de atraer, desarrollar y retener profesionales competentes; y el rigor con el que se observan los indicadores de desempeño, incentivos y recompensas para potenciar rendición de cuentas sobre la ejecución de la estrategia o de las actividades definidas. El entorno de control resultante influye de forma muy importante en el conjunto del sistema de control interno.

A continuación, relacionamos las observaciones relacionadas con ambiente de control:


4.2. Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

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, sin embargo al realizar el recorrido por cada uno de ellos se identifica que algunos instructivos se encuentran elaborados por personas que ya no se encuentran dentro de la planta de cargos del Hospital y algunos en la fecha en que fueron actualizados no se encontraban en la planta de cargos del proceso. A continuación, relacionamos el detalle de los instructivos mencionados pertenecientes al Proceso de Apoyo Diagnóstico:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN				
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ E.S.E.				
Oficina de Auditoría Interna				
Auditoría Atención Apoyos Diagnosticos.				
Instructivos desactualizados				
NOMBRE DEL DOCUMENTO	Archivo	No. Documento	Fecha Documento	Días de vigencia del documento
INSTRUCTIVO GESTIÓN PARA EL TRÁMITE DE MUESTRAS	HGM0150000000000000000534_0002.PDF	MI-AIS-AD003I02	27/07/2020	617
INSTRUCTIVO PROCEDIMIENTOS RADIOLOGÍA	HGM0150000000000000000537_0004.PDF	MI-AIS-AD003I05	27/07/2020	617
INSTRUCTIVO NORMAS BÁSICAS DE COMPORTAMIENTO	HGM01500000000000000001974_0002.PDF	MI-AIS-AD003I16	3/06/2020	671
INSTRUCTIVO ASISTENCIAL DE USO DE IMÁGENES DX EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA	HGM01500000000020200000035_0001.PDF	MI-AIS-AD003I19	3/06/2020	671
INSTRUCTIVO PRTOCOLOS ESTUDIOS ESPECIALES	HGM01500000000020200000035_0001.PDF	MI-AIS-AD003I20	3/06/2020	671

Cuadro N°4. Procesos y procedimientos desactualizados.

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

b. Criterios.

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

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

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 encuentren dentro del proceso y en la institución.

e. Posición del auditado.

Actualmente se encuentra en revisión de la documentación asociada al proceso, igualmente es importante tener en cuenta que los siguientes instructivos se encuentran actualizados:

INSTRUCTIVO PROTOCOLO ESTUDIOS ESPECIALES, CÓDIGO: MI-AIS-AD003I20, VIGENTE A PARTIR DE: 13/05/2022.

INSTRUCTIVO ASISTENCIAL DE USO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA, CÓDIGO: MI-AIS-AD003I19, VIGENTE A PARTIR DE: 13/05/2022.

INSTRUCTIVO PROCEDIMIENTOS RADIOLOGIA, CÓDIGO: MI-AIS-AD003I05, VIGENTE A PARTIR DE: 10/05/2022

Igualmente nos encontramos en transición con relación a los requerimientos de la Resolución 3100, actualizando la información documentada a procedimientos técnico clínicos.

f. Plan de mejoramiento.

Actualizar de la información documentada, asociada al Proceso de Atención en Apoyo Diagnostico, teniendo en cuenta los cambios tanto internos como externos para el 28 de febrero de 2023.

Observación de Auditoría Interna N°2.


a. Descripción.

Manual de Funciones – Cargas Laborales.

La auditoría interna en visita de campo puede observar que el director de apoyo diagnóstico tiene a cargo la dirección de ayudas diagnóstica, liderazgo del laboratorio clínico, banco de sangre, cardiología diagnóstica no invasiva, endoscopia y farmacia, en todos 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.

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

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 apoyo diagnóstico.
- Implementar el programa de revisión y actualización de la estructura organizacional definido en el objetivo estratégico N°1.

e. Posición del auditado.

Teniendo en cuenta la observación, es necesario sea atendida de forma transversal con el proceso de Apoyo Gestión Humana. Quienes son los responsables de emitir los lineamientos en materia de Administración y Gestión del Talento Humano. Por lo tanto, es necesario comunicar dicha situación al Director de la Dependencia.

f. Plan de mejoramiento.

Informar a la dirección de gestión humana, mediante memorando la necesidad de realizar análisis del cargo y cargas además de sugerir una estructura básica del proceso al 31 de diciembre 2022.

Observación de Auditoría Interna N°3.

a. Descripción.

Manual de Funciones.


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

b. Criterios.

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

c. Riesgo.

- Probable disminución de la productividad del servicio.
- Probable pérdida de Autoridad.

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

d. Recomendación.

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

e. Posición del auditado.

Teniendo en cuenta la observación, es necesario sea atendida de forma transversal con el proceso de Apoyo Gestión Humana. Quienes son los responsables de emitir los lineamientos en materia de Administración y Gestión del Talento Humano. Por lo tanto, es necesario comunicar dicha situación al Director de la Dependencia.

f. Plan de mejoramiento.

Informar a la dirección de gestión humana, mediante memorando la necesidad de realizar análisis del cargo y cargas además de sugerir una estructura básica del proceso al 31 de diciembre 2022.

Observación de Auditoría Interna N°4.

a. Descripción.

Coordinadora Administrativa.

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

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

b. Criterios.

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

c. Riesgo.

- Probable fallas en el desempeño en el puesto de trabajo por los colaboradores.
- Probable incumplimiento de la normatividad vigente relativa a la evaluación de desempeño.
- Probable riesgo de extralimitación de funciones, por no contemplar las funciones mediante acto administrativo desde Gestión Humana.
- Probable demandas institucionales.

d. Recomendación.

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

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

e. Posición del auditado.

En atención a la observación cabe aclarar que, si bien la observación se encuentra asociada al servicio de urgencias, en el Proceso de Atención en Apoyos Diagnósticos y Complementación Terapéutica, actualmente se cuenta con 6 enfermeros jefes vinculados mediante carrera administrativa, 3 en provisionalidad y 1 de agremiación. Los cuales desempeñan funciones asistenciales, sin embargo, tienen asignación administrativa en apoyo al normal funcionamiento del servicio, funciones que son asignadas por la Coordinación de enfermería y las cuales no se encuentran definidas en el Manual de Funciones.

g. Plan de mejoramiento.

Mediante Memorando se informará a la Dirección de Gestión Humana la observación y sus recomendaciones, con el objetivo de definir estrategias en el marco de la actualización del Manual de funciones y competencias y la asignación de estas.

4.3. Para mejorar el proceso de Control.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.

Análisis de costos en el servicio de ayudas diagnósticas.

Al revisar las variaciones de los elementos del costo Materiales, mano de obra y costos indirectos de servicios en los años 2022, 2021, y 2020 en el servicio de Ayudas diagnósticas a junio 30 de 2022 muestra una alta incidencia en los Materiales que presentaron un incremento del 54.15%, mientras que la mano de obra presentó un incremento del 25.02% frente a los costos reportados a Junio de 2021. Así:

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN LUZ CASTRO DE GUTIERREZ E.S.E. ESTADO DEL COSTO CONSOLIDADO Y COMPARATIVO POR LOS AÑOS				VARIACIONES, EFECTOS E IMPACTOS [2022-2021]		
ELEMENTOS	2022	2021	2020	Absoluta 2022-2021	Relativa [(2022/2021)-1]	Efectos
MATERIALES	\$ 4.946.200.269	\$ 3.208.687.915	\$ 2.884.218.604	\$ 1.737.512.354	54,15%	▲
MANO DE OBRA	\$ 5.962.401.079	\$ 4.769.144.102	\$ 4.749.965.772	\$ 1.193.256.977	25,02%	▲
COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIOS	\$ 1.892.380.795	\$ 1.733.746.261	\$ 1.672.744.651	\$ 158.634.534	9,15%	▲
TOTAL ELEMENTOS Del costo [f+v] EN \$...	\$12.800.982.143	\$9.711.578.278	\$9.306.929.027	\$3.089.403.865	31,81%	▲

Al revisar el comportamiento de los elementos del costo en el primer semestre del 2022, se evidencia que la cifra más representativa corresponde a Mano de obra con una participación del 46,58% del total de los elementos de los costos. Así:

ESTADO DE COSTOS MENSUAL POR ELEMENTOS, TIPOS Y RUBROS CONTABLES							N° Meses_a Promedio 6		
Elementos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total General	Promedio	% Participa
MATERIALES	\$ 593.910.081	\$ 736.742.378	\$ 896.250.650	\$ 918.498.972	\$ 853.826.542	\$ 946.971.646	\$ 4.946.200.269	\$ 824.366.712	38,64%
MANO DE OBRA	\$ 807.247.147	\$ 1.041.960.256	\$ 978.888.722	\$ 949.493.126	\$ 1.115.209.462	\$ 1.069.602.366	\$ 5.962.401.079	\$ 993.733.513	46,58%
COSTOS INDIRECTOS DE SERVICIOS	\$ 186.468.745	\$ 340.941.031	\$ 371.434.904	\$ 409.562.730	\$ 344.976.501	\$ 238.996.884	\$ 1.892.380.795	\$ 315.396.799	14,78%
TOTAL ELEMENTOS DEL COSTO [F+V] EN \$...	\$1.587.625.973	\$2.119.643.665	\$2.246.574.276	\$2.277.554.828	\$2.314.012.505	\$2.255.570.896	\$12.800.982.143	\$2.133.497.024	100,00%

Fuente: Información suministrada por el proceso de Gestión de Costos.

Los rubros más representativos en mano de obra fija son los siguientes:

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

Honor Prest Serv Misionales	3.299.948.850	61,97%
Sueldos Del Personal	871.370.977	16,36%
Ap A Riesg Lab Atep	201.384.190	3,78%
Ap A Seg Soc En Pensión	199.870.065	3,75%
Horas Extras y Festivos	136.568.687	2,56%
Ap A Seg Soc En Salud	100.990.067	1,90%
Vacaciones	99.391.990	1,87%
Prima De Navidad	93.542.657	1,76%
Cesantías Ley 50	88.144.200	1,66%

Fuente: Información suministrada por el proceso de Gestión de Costos.

Se evidencia que en el servicio de Ayudas diagnósticas, a Junio 30 de 2022 los costos de materiales se dividen en: Materiales con la suma de \$4.582.973.503, seguido de Medicamentos con \$363.226.766.

Al revisar los ingresos, costos y utilidad y/o pérdida de cada uno de los centros de costos que hacen parte del Servicio de Imagenología con corte a junio de 2022, observamos que los ingresos del semestre ascienden a la suma de \$21.729.953.388, asociados a unos costos que ascienden a la suma de \$12.779.986.182 equivalente al 59% de los ingresos, para una utilidad bruta de \$8.950.067.206, equivalente a un 41% de los ingresos. A continuación, el detalle:

Ingresos- Costos-Utilidad - A junio 2022								
Concepto	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total semestre	Ingresos
INGRESOS OPERACIONALES...[a]	2.952.693.498	3.647.837.683	4.342.527.332	2.739.012.538	2.423.517.894	5.624.364.443	21.729.953.388	100%
C502 Rayos X	134.378.625	131.162.809	141.788.310	128.651.738	112.576.419	245.837.479	894.395.380	4%
C503 Tomografía	713.731.206	584.484.104	677.105.118	629.103.794	436.117.536	1.008.428.721	4.048.970.479	19%
C504 Ecografía	162.198.048	222.324.631	247.474.120	196.099.617	139.807.988	292.574.775	1.260.479.179	6%
C506 Endoscopia	296.160.539	327.245.118	320.787.520	114.234.124	167.313.605	363.509.511	1.589.250.417	7%
C508 Electrodiagnóstico	276.223.298	308.497.872	303.445.583	223.132.731	157.895.128	356.140.601	1.625.335.213	7%
C511 Angiografía	1.125.056.778	1.768.948.317	2.313.495.052	1.170.209.098	1.167.856.306	2.850.002.534	10.395.568.085	48%
C512 Resonancia Magnética	244.945.004	305.174.832	338.431.629	277.581.436	241.950.912	507.870.822	1.915.954.635	9%
COSTOS DE SERVICIOS...[b]	1.587.625.973	2.119.643.665	2.234.565.315	2.277.554.828	2.314.012.505	2.246.483.896	12.779.886.182	59%
C502 Rayos X	161.134.286	235.314.792	188.756.216	268.731.803	247.864.635	226.588.849	1.328.390.581	6%
C503 Tomografía	188.524.452	214.807.086	239.375.812	222.508.277	244.988.672	205.306.749	1.315.511.048	6%
C504 Ecografía	78.343.736	83.214.699	88.343.114	88.564.962	96.535.467	110.343.987	545.345.965	3%
C506 Endoscopia	112.985.272	152.890.387	168.297.190	132.600.281	193.857.212	214.226.306	974.856.648	4%
C508 Electrodiagnóstico	149.142.362	145.919.457	125.307.860	138.893.702	138.326.936	74.233.158	771.823.475	4%
C511 Angiografía	819.441.997	1.137.460.209	1.281.617.735	1.293.791.990	1.221.326.731	1.271.300.264	7.024.938.926	32%
C512 Resonancia Magnética	78.019.325	150.037.035	142.838.306	124.950.147	148.590.547	129.008.039	773.443.399	4%
C513 Dir Ap Dg	34.543		29.082	7.513.666	22.522.305	15.476.544	45.576.140	0%
UTILIDAD/PERDIDA BRUTA...[c] = [f]	1.365.067.525	1.528.194.018	2.107.962.017	461.457.710	109.505.389	3.377.880.547	8.950.067.206	41%

Fuente: Información suministrada por el proceso de Gestión de Costos.

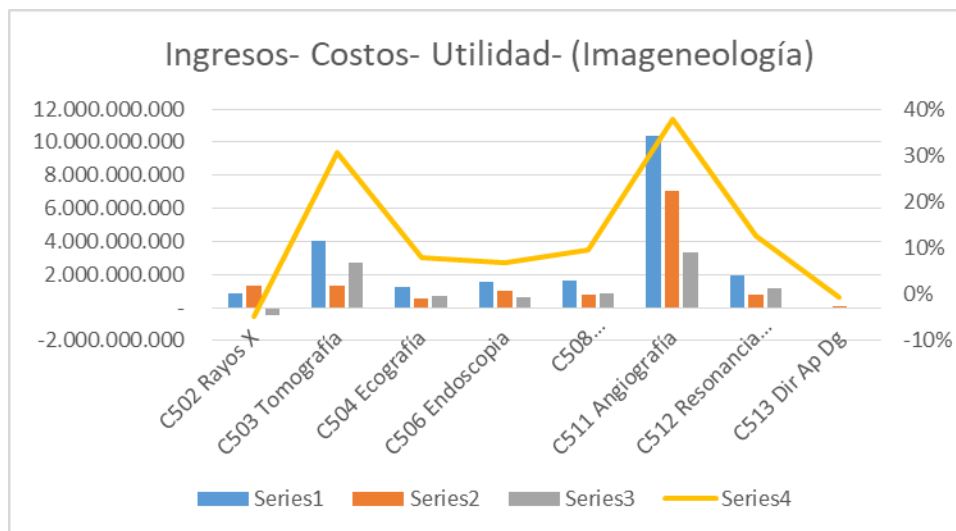
Al revisar la utilidad y/o pérdida de cada uno de los conceptos de centros de costos del servicio de ayudas diagnósticas de forma desagregada, se observa que el centro de costo que arroja una utilidad superior corresponde a Angiografía con un 38%, seguido de Tomografía con una participación de la utilidad del 31%.

El centro de costos correspondiente a Rayos X presenta una pérdida del -5%, del total de la utilidad generada por el Servicio de Ayudas diagnósticas por -\$433.995.201; dado que los ingresos de dicho centro de costo en el primer semestre del 2022 ascienden a la suma de \$894.395.380 y unos costos asociados por \$1.328.390.581. Situación que indica que el proceso de gestión de costos en el Servicio de ayudas diagnósticas deberá ser sometido a revisión en su distribución de los costos [con relación a los CIS (costos indirectos de servicios) es fundamental revisar el modelo de asignación de costos y gastos indirectos.

Con relación al Modelo de Distribución de los Costos: Los costos indirectos y los gastos de operación no se pueden distribuir con criterios subjetivos, se requiere hacer un análisis cuidadoso para definir que es costo y que es gasto, que centros de costos producen o apoyan procesos de producción y cuales son soporte administrativo o de mercadeo, para evitar distorsiones por exceso o por defecto, así como la incidencia en el incumplimiento de tarifas competitivas. A continuación relacionamos el detalle:

Conceptos	INGRESOS OPERACIONALES... [a]	COSTOS DE SERVICIOS... [b]	UTILIDAD/ PERDIDA	% UTILIDAD
C502 Rayos X	894.395.380	1.328.390.581	- 433.995.201	-5%
C503 Tomografía	4.048.970.479	1.315.511.048	2.733.459.431	31%
C504 Ecografía	1.260.479.179	545.345.965	715.133.214	8%
C506 Endoscopia	1.589.250.417	974.856.648	614.393.769	7%
C508 Electrodagnóstico	1.625.335.213	771.823.475	853.511.738	10%
C511 Angiografía	10.395.568.085	7.024.938.926	3.370.629.159	38%
C512 Resonancia Magnética	1.915.954.635	773.443.399	1.142.511.236	13%
C513 Dir Ap Dg		45.576.140	- 45.576.140	-1%
Totales	21.729.953.388	12.779.886.182	8.950.067.206	100%

Fuente: Información suministrada por el proceso de Gestión de Costos.



Fuente: Información suministrada por el proceso de Gestión de Costos.

b. Criterios.

- Variaciones de los elementos los costos Materiales, mano de obra y costos indirectos de servicios en los años 2022,2021, y 2020 en el servicio de Ayudas diagnósticas a junio 30 de 2022.
- Objetivo N°3.Tarifas competitivas.

c. Riesgo.

- Tarifas competitivas manteniendo el margen...P1: Procedimiento Revisión y Ajuste De Ingresos Costos y Gastos, P2: Procedimiento Actualización De Drivers y Distribución De Costos

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

d. Recomendación.

- Efectuar un análisis cuidadoso para definir costo y gasto, que centros de costos produce o apoyan procesos de producción y cuáles son soporte administrativo o de mercadeo, para evitar distorsiones por exceso o por defecto, así como la incidencia en el incumplimiento de tarifas competitivas.
- Revisar el modelo de asignación de costos y gastos indirectos en cada uno de los centros de costos del servicio de ayudas diagnósticas.

e. Posición del auditado.

Teniendo en cuenta la observación, esta se considera pertinente, si bien el servicio de ayudas diagnosticas genera importantes ingresos para la institución, es necesario consolidar y apropiar un sistema de costos asociado a cada uno de los estudios o exámenes realizado versus gastos por la prestación del servicio.

f. Plan de mejoramiento.

Caracterizar todos los servicios ofertados por el proceso al 30 de junio del 2023. Establecer enlace con la Dirección Financiera de la Institución para la revisión de los costos asociados por la prestación del servicio, teniendo en cuenta el modelo de costos ABC, (activity based costing), permitiendo conocer el origen de los costos más relevantes de la Institución para asignar los recursos necesarios de forma eficiente, garantizando la competitividad.

Observación de Auditoría Interna N°6.

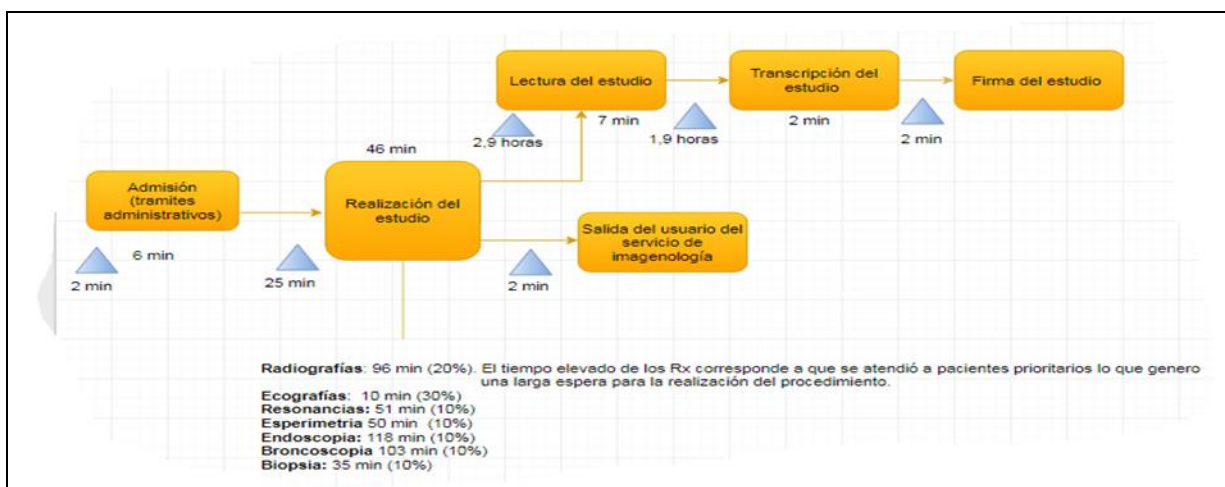
La metodología Lean (Sombra del Paciente) es un método innovador que busca optimizar los procesos de gestión y productivos de la empresa que lo ponga en práctica. De este modo se utilizan menos recursos, por lo que cualquier proceso se convierte en más eficiente.

Para la sombra del paciente se tomó como muestra a **25** usuarios distribuidos en **10** pacientes ambulatorios y **15** hospitalarios, con el fin de determinar el tiempo que se utiliza en los procedimientos en el proceso de atención en apoyos diagnósticos desde que el usuario llega y hasta que finaliza su atención. Se tuvieron en cuenta **19** variables de medición de tiempo que permitieron identificar los tiempos de espera en la atención del proceso, dichas variables se reflejaron en el tiempo que se utiliza para cada procedimiento. A continuación la descripción:

a. Descripción.

Usuarios Ambulatorios.

Mapa del Flujo de valor.



Cuadro N°11. Mapa Flujo de Valor. Paciente Ambulatorio.

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor


- Entre los 10 usuarios que se les hizo seguimiento en el servicio ambulatorio se encontró que las esperas totales durante su proceso de atención fue aproximadamente de 319 minutos (5,3 horas). De este tiempo, 29 minutos corresponden al tiempo que el paciente se encuentra en el servicio y debe esperar, el resto, 290 minutos (4,8 horas), corresponde a las esperas en el procesamiento de las imágenes diagnósticas, es decir, su lectura, transcripción y firma.
- El tiempo con valor agregado por cada usuario durante el proceso de atención fue de aproximadamente 1,01 horas. De ese tiempo, 52 minutos corresponden al tiempo de atención de cada procedimiento en el servicio de imagenología, el tiempo restante que son 9 minutos, corresponde al procesamiento de la lectura, transcripción y firma.
- El tiempo total del ciclo de atención fue de 380 minutos (6,3 horas) aproximadamente contando las esperas totales y el tiempo con valor agregado que fue de alrededor de 81 minutos (1,3 horas), corresponde al ciclo de atención total en el servicio de apoyos diagnóstico.

El **100%** de los exámenes de ayudas diagnósticas que se hicieron en los **10** usuarios ambulatorios durante el seguimiento, se distribuyó en los siguientes procedimientos con las consecutivas duraciones en promedios y porcentajes del total de exámenes:

- Radiografías: 96 min (20%)
- Ecografías: 10 min (30%)
- Resonancias: 51 min (10%)
- Espirometría: 50 min (10%)
- Endoscopia: 118 min (10%)
- Broncoscopia: 103 min (10%)
- Biopsia: 35 min (10%)

Indicadores de ciclo.

	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	
Oficina de Auditoría Interna	
Indicadores de Ciclo	
Tiempo por ciclo (Promedio de atención sin incluir las esperas).	Tiempo de cada fase
Tiempo del ciclo total (Sumatoria de los tiempos por ciclo específico).	61 minutos o 1.01 horas
Tiempo del proceso total (Duración del proceso completo).	380 minutos o 6.3 horas
Esperas Totales (Sumatoria de las esperas del proceso de atención).	319 minutos o 5.3 horas

Cuadro N°12. Indicadores del Ciclo.

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor.

- El tiempo de ciclo específico entendido como el promedio de duración de cada una de las etapas de un proceso de atención sin incluir las esperas es el tiempo de cada fase respectiva de los procedimientos.
- El tiempo del ciclo total que corresponde a la sumatoria de los tiempos por ciclo específico fue de aproximadamente 61 minutos (1,01 horas), en la atención de 10 usuarios ambulatorios.
- El tiempo del proceso total que hace referencia a la duración del proceso completo, desde la llegada del usuario hasta la salida de la institución, incluyendo las esperas fue alrededor de 380 minutos (6,3 horas), correspondientes al tiempo de la atención y esperas del proceso total, pero la estancia aproximada del usuario en la atención total fue de 1,5 horas.
- Las esperas totales fueron aproximadamente de 319 minutos (5,3 horas) correspondientes en todo el proceso de atención registradas en cada uno de los procedimientos, sin embargo se toma el tiempo que corresponde desde que el usuario es admitido hasta que finaliza su atención, arrojando un tiempo aproximado de 29 minutos de espera. El tiempo restante que son 290 minutos (4.8 horas) se desagrega en el procesamiento de las ayudas diagnósticas.

a. Criterios.


- Tiempo del ciclo total.
- Tiempo del Proceso total.
- Esperas totales.

b. Riesgo.

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

c. Recomendación.

- Garantizar un servicio de calidad, basado en un trato amable, respetuoso, cálido y seguro al paciente y su familia que involucre a cada uno de los profesionales, con el fin de fortalecer la relación paciente médico durante el proceso de atención.
- Fortalecer diferentes atributos de servicio: amabilidad, oportunidad, orientación e información, confort, seguridad, respeto como atributos de Servicio Humanizado.
- Apoyar a los demás servicios de la institución en diferentes actividades mejorando y contribuyendo en la atención al usuario, ya que como proveedor de los demás procesos se facilitaría una atención oportuna y ágil en los procedimientos, especialmente en el servicio hospital.

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

- Seguir fortaleciendo el sistema de información institucional SAP y la capacidad del servicio de imagenología para Mejorar tiempos de esperas que se pueden generar por causas administrativas. Ejemplo caído del sistema, alto demanda etc.

d. Posición del auditado.

Con respecto a la observación, se considera pertinente y adecuada para la mejora del proceso. Es importante tener en cuenta que se vienen realizando socialización de deberes y derechos a todos los usuarios que acuden al servicio. Hemos fortalecido el talento humano, médicos especialistas radiólogos con el objetivo de disminuir los tiempos de lectura y entrega de resultados, así como también el trabajo articulado con cirugía para la disponibilidad de anestesiólogo evitando demoras y cancelación en la programación de los diferentes estudios.

Se viene adelantando reunión administrativa del servicio, como grupo de mejoramiento donde se analizan el resultado de los indicadores asociados al proceso (tiempo de espera desde la solicitud del estudio o ayuda diagnostica hasta la atención; tiempo de espera desde la realización del estudio o ayuda diagnostica hasta la lectura y tiempo de espera desde la lectura hasta la entrega del resultado). Se plantean las acciones de mejoramiento.

Conforme a los estándares de habilitación del servicio, se logró fortalecer la prestación 24 horas, contando con el talento humano requerido y el apoyo de auxiliar administrativo admisión y farmacia, impactando positivamente en la productividad.

e. Plan de mejoramiento.

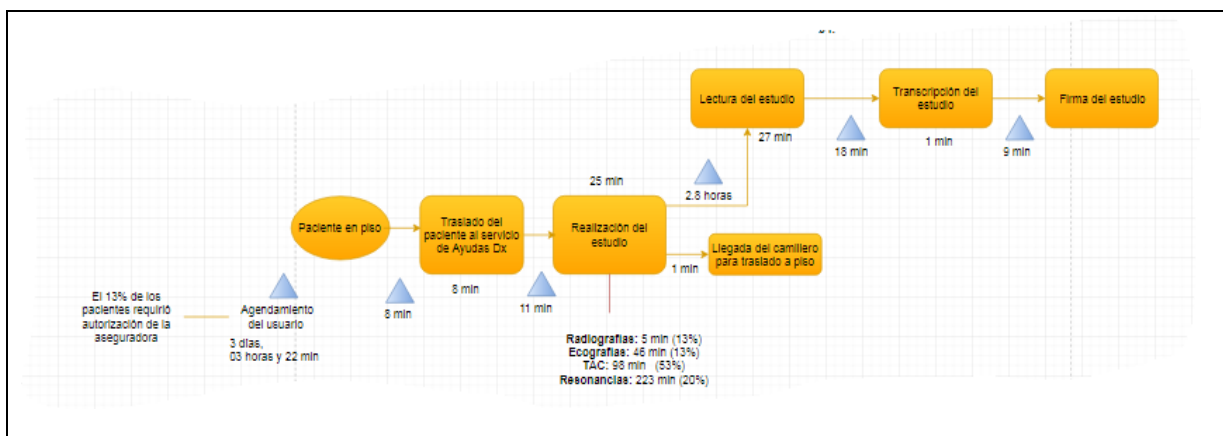
Incluir en el plan de capacitación del HGM mediante solicitud escrita a la dirección de gestión humana , el tema atención al usuario y atención humanizada dirigida al personal auxiliar administrativo, con el objetivo de fortalecer el relacionamiento con los usuarios y sus familias.

Fortalecer la disponibilidad de médicos especialistas radiólogos mediante la contratación para el año 2023, para garantizar la atención de los pacientes y lectura de resultados conforme a los términos de oportunidad definidos y garantizar la promesa de servicio.

Para la planeación del servicio en el año 2023 tener en cuenta la actualización tecnológica del servicio de ayudas diagnosticas (software, hardware y equipos biomédicos) requeridos para una adecuada prestación del servicio en atención a la obsolescencia y cambio de versiones.

Usuarios Hospitalizados.

Mapa del Flujo de valor.



Cuadro N°13. Mapa Flujo de Valor. Paciente Hospitalizado.

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor

- Las esperas totales relacionadas al servicio hospitalario fueron de 214 minutos (3,5 horas) aproximadamente, correspondientes a todo el proceso de atención que fueron calculadas en 15 usuarios hospitalarios, pero se desagrega en un total de 19 minutos, el resto de tiempo, 195 minutos (3,2 horas) corresponde al tiempo de espera para la lectura, transcripción y firma del procesamiento de las imágenes de ayuda diagnósticas.
- El tiempo con valor agregado en el servicio hospitalario fue alrededor de 62 minutos (1,03 horas), pero se desagrega aproximadamente a 34 minutos, puesto que no se tiene en cuenta el tiempo de lectura, transcripción y firma del procedimiento que es de alrededor de 28 minutos.
- El tiempo total del ciclo de atención fue aproximadamente de 276 minutos (4,6 horas), lo que se manifiesta en relación al usuario hospitalario, contando los tiempos de atención y de espera, pero se desagrega a 53 minutos aproximadamente, ya que el resto de tiempo, 223 minutos (3,8 horas), corresponde al tiempo de lectura, transcripción y firma del procesamiento de las imágenes de ayudas diagnósticas.
- Nota: El 13% de los pacientes requirió autorización de la aseguradora, lo que indica que el 87% de los usuarios hospitalarios que se les hizo seguimiento en el servicio les realizaron el procedimiento más oportunamente.

Indicadores de ciclo.

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN	
Oficina de Auditoría Interna	
Indicadores de Ciclo	
Tiempo por ciclo (Promedio de atención sin incluir las esperas).	Tiempo de cada fase
Tiempo del ciclo total (Sumatoria de los tiempos por ciclo específico).	62 minutos o 1.03 horas
Tiempo del proceso total (Duración del proceso completo).	276 minutos o 4.6 horas
Esperas Totales (Sumatoria de las esperas del proceso de atención).	214 minutos o 3.6 horas

Cuadro N°13. Indicadores del Ciclo.

Fuente: Cuadro elaborado por el auditor.

- El tiempo del ciclo total es aproximadamente de 62 minutos (1,03 horas) del servicio hospitalario de apoyo diagnóstico sin incluir las esperas de los procedimientos durante el seguimiento a 15 usuarios.

 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

- El tiempo del proceso total fue de alrededor de 276 minutos (4,6 horas) de todo el proceso de atención, pero teniendo en cuenta la verdadera espera que hace el usuario se calcula un tiempo desagregado de alrededor de 53 minutos en los procedimientos realizados a los 15 usuarios hospitalarios, el resto, 233 minutos (3.8 horas), corresponde al tiempo de lectura transcripción y firma del procedimiento.
- Las esperas totales indican un tiempo de alrededor de 214 minutos (3,6 horas) dentro del proceso de atención de los 15 usuarios trabajados, pero se desagrega a 19 minutos, ya que se toma el tiempo de ingreso y salida del usuario y no el tiempo que genera la lectura, transcripción y firma de los procedimientos que corresponde a 195 minutos (3,2 horas).
- **Nota:** La comparación del proceso total de los servicios ambulatorios y hospitalarios en el proceso de atención en apoyos diagnósticos arroja una diferencia de 1,7 horas aproximadas contando el tiempo de transcripción y lectura de los procedimientos, lo que indica que el tiempo de duración de la atención del servicio hospitalario es relativamente más eficiente que el tiempo del servicio ambulatorio.
- El 100% de los exámenes de ayudas diagnósticas que se hicieron en los 15 usuarios en el servicio hospitalario durante el seguimiento, corresponde a los siguientes promedios y porcentajes:
 - Radiografía: 5 min (13%)
 - Ecografía: 46 min (13%)
 - Tac: 98 min (53%)
 - Resonancias: 223 min (20%)

f. Criterios.

- Tiempo del ciclo total.
- Tiempo del Proceso total.
- Esperas totales.

g. Riesgo.

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

h. Recomendación.

- Definir estrategias que permitan mejorar la adherencia de los especialistas a las políticas y procesos institucionales así como a las guías de práctica clínica, que favorezca la prestación de servicios con altos estándares de calidad.
- Fortalecer un servicio eficiente al paciente, brindando atención e información de una forma humanizada para generar una instancia agradable al usuario.
- Proporcionar un resultado confiable y de alta calidad brindando satisfacción al paciente durante su atención en el servicio de una manera amena y humana.
- Fortalecer la información brindada al paciente y su familia con respecto a los criterios de preparación previo al procedimiento a realizar para evitar posibles cancelaciones y demoras en la atención.
- Fortalecer el trato humanizado en las diferentes etapas del proceso de atención en imagenología especialmente en lo relacionado con la presentación del personal responsable de la atención, el saludo amable y cortés y la información brindada.
- Garantizar el cumplimiento contractual de los especialistas con respecto al horario en el cual deben prestar sus servicios, ya que se evidencia de manera reiterada que no llegan a la hora programada lo que afecta la oportunidad, continuidad y seguridad en la atención de los usuarios del servicio, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio

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

i. Posición del auditado.

Se considera conveniente para el proceso la observación, en aras a garantizar la mejora continua.

j. Plan de mejoramiento.

Ejercer mayor rigor a las acciones de supervisión de los contratos a médicos especialistas que prestan sus servicios para la institución. Garantizando el cumplimiento de las obligaciones contractuales.

Para la planeación del servicio en el año 2023 tener en cuenta la actualización tecnológica del servicio de ayudas diagnosticas (software, hardware y equipos biomédicos) requeridos para una adecuada prestación del servicio en atención a la obsolescencia y cambio de versiones.

En los equipos de mejoramiento de los procesos asistenciales con los que tenemos interacción, capacitar en la adecuada preparación de los pacientes para la realización de los diferentes estudios y/o Ayudas diagnósticas ordenadas por el médico tratante evitando las cancelaciones por mala preparación.

Actualizar de la información documentada, asociada al Proceso de Atención en Apoyo Diagnostico, teniendo en cuenta los cambios tanto internos como externos para el 28 de febrero de 2023. Y realizar medición de la adherencia garantizando altos estándares de calidad en la práctica clínica.

4.4. Para mejorar el Proceso de Riesgos.

Observación de Auditoría Interna N° 7.

a. Descripción.

La auditoría observa que entre los 15 riesgos, 14 son operativos y 1 estratégico identificados se encuentran:

 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

PROCESO	ÁREA	ID RIESGO	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R1	Posibilidad de afectación económica, legal y/o reputacional debido a la inadecuada articulación del proceso de atención en apoyo diagnóstico con los procesos estratégicos.	Posibilidad de afectación económica, legal y/o reputacional inadecuada articulación del proceso con los procesos estratégicos debido a la inadecuada planeación del proceso teniendo en cuenta la plataforma estratégica, a la no adherencia al sistema de gestión integral de riesgos y a los sistemas de gestión integral de calidad, a la inadecuada gestión de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, agradecimientos , a la inadecuada
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R2	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por el inadecuado flujo del paciente en el proceso de atención en apoyo diagnóstico debido a la inoportunidad en la	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por el inadecuado flujo del paciente debido a las deficiencias de las comunicaciones entre los servicios asistenciales, a la inoportunidad en la realización de paraclínicos, inoportunidad e inseguridad en los traslados de
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R3	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la falta de gobernabilidad del proceso de atención en apoyo diagnóstico.	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la falta de gobernabilidad de los procesos y áreas asistenciales por la alta rotación y un debido y adecuado entrenamiento en el puesto del trabajo de los subgerentes, directores, coordinadores, líderes, profesionales y personal de apoyo de los procesos misionales ya que no tienen conocimiento y dominio de los elementos del
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre el proceso de atención en apoyo diagnóstico y los demás procesos misionales y de apoyo.	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción entre los procesos misionales y procesos de apoyo como: gestión de la adquisición de bienes y servicios; gestión de equipos biomédicos, industriales y de soporte asistencial; gestión de mantenimiento de infraestructura física y hospitalaria; todos los procesos de gestión humana, financiera y gestión de la información y
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R5	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación del proceso de atención en apoyo diagnóstico.	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación del proceso ya que no se cuenta con estudios de la capacidad instalada y requerida que permita definir los recursos humanos, financieros, tecnológicos y adecuaciones teniendo en cuenta la demanda del servicio asistencial, acorde a los perfiles epidemiológicos, rutas de atención y contratación con las EAPB.
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R6	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	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la ausencia y/o inadecuada adherencia a guías de práctica clínica y/o instructivos asistenciales , lo anterior se da por inadecuada estandarización de instructivos asistenciales; falta de socialización y/o actualización de guías;
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R7	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la variabilidad clínica en el proceso de atención en apoyo diagnóstico.	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la variabilidad clínica por ausencia de criterios clínicos estandarizados entre especialistas; desactualización de conocimientos del personal asistencial en temas clínicos; incremento de enfermedades raras; inadecuadas
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R8	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	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada educación de los usuarios, pacientes y sus familias por la ausencia de estandarización de la información clínica y administrativa durante el ingreso, durante la atención, durante el egreso y el seguimiento
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R9	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	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la complejidad de los determinantes sociales de los usuarios, pacientes y familias atendidos en el hospital por un Modelo de atención en salud sin enfoque diferencial; a la inadecuada caracterización del paciente en el
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R10	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada articulación del proceso de atención en apoyo diagnóstico. las Rutas Integradas de Atención	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada articulación de las Rutas Integradas de Atención en Salud -RIAS al modelo de atención en salud basado en el flujo del paciente por el desconocimiento de la política PAIS, MIAS, RIAS y del modelo de atención
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R11	Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud -	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 por la inadecuada adherencia a los paquetes instruccionales del MSPS; por la
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R12	Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con los Problemas Relacionados con el uso de	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.
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R13	Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con los Problemas Relacionados con el uso de	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 de atención en apoyo diagnóstico.
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R14	Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos relacionados con los Problemas Relacionados con las ayudas	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 todos los procesos asistenciales.
12. Atención en Apoyo Diagnóstico	Imagenología	MI-AIS-AD-R15	Posibilidad de afectación económica legal y reputacional debido a la generación de eventos adversos afectando la Seguridad del Paciente en el proceso de atención en apoyo	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 de atención en apoyo diagnóstico.

Cuadro N°14. 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. 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.

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

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

c. Riesgo.

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

d. Recomendación.

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

e. Posición del auditado.

Conforme a la observación, se considera adecuada, sin embargo, es necesario solicitar acompañamiento al proceso de atención en apoyos diagnósticos, para la valoración de los riesgos identificados conforme a la metodología definida por la institución, así mismo es responsabilidad del proceso reportar los seguimientos que internamente se tienen documentados.

f. Plan de mejoramiento.

Solicitar al área de Calidad y Planeación Institucional, mediante memorando, el acompañamiento en la aplicación de las metodologías para la valoración de los riesgos del proceso atención en apoyos diagnósticos.

Reportar en la carpeta compartida de riesgos institucionales de forma trimestral el seguimiento a los puntos de control de los riesgos identificados, evitando la materialización e impacto negativo sobre los objetivos del proceso.

V. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

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

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento trimestral 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 de Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

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



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

Apoyo Gráfico y Edición **Julio Ernesto Suescún Montoya,**
Técnico Auditoría

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

Medellín, 30 de noviembre 2022.