
OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Oficina de Auditoría Interna
Construimos Confianza

INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA

Proceso Atención en Hospitalización

EQUIPO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS
Jefe de Auditoría Interna

MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO
Profesional de Auditoría Interna – Auditor Líder.

Medellín
Septiembre de 2018

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

CONTENIDO

I.	GENERALIDADES.	4
1.1.	Objetivo.....	4
1.2.	Alcance.....	4
1.3.	Metodología Auditoría.	4
1.4.	Limitaciones.....	5
1.5.	Fundamento Normativo.....	5
1.6.	Documentos Base.	5
1.7.	Terminología básica.	6
II.	VERIFICACIÓN DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS Y SUS CONTROLES.	8
2.1.	Procedimientos del Proceso.....	8
III.	PROCESOS INTERPENDIENTES.	13
IV.	CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.	16
4.1.	Relación de las observaciones.....	16
4.2.	Recomendaciones.....	17
V.	CICLO DE LA AUDITORÍA.	19
5.1.	Posición del Auditado.....	19
5.2.	Plan de Mejoramiento y Seguimiento.....	19
5.3.	Comunicación y Socialización del Informe Final.....	19
5.4.	Valor Probatorio.....	19
VI.	CONCLUSIONES.	19

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones, en especial la de “Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI”, y en el desarrollo del Plan Anual de Auditorías 2018, presenta el Informe de la Auditoría al Proceso Atención en Hospitalización.

El alcance de la auditoría contempla las actividades establecidas en los procedimientos: (i). Gestión de la asignación de cama en Hospitalización general y unidades de cuidados intensivos, (ii). Traslado y entrega del usuario a salas de hospitalización general y unidades de cuidado, (iii). Ingreso del usuario al servicio de hospitalización y unidades de cuidado crítico, (iv). Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento y, (v) Egreso del usuario del Hospital General de Medellín.

El documento se estructura en seis capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que contempla el objetivo, alcance, metodología, limitaciones, fundamento normativo, documentación base y terminología; en el capítulo segundo se verifica los procedimientos dentro del Proceso Atención en Hospitalización. En el capítulo tres se describe la interdependencia con otros procesos. En el cuarto se presentan algunas recomendaciones. El capítulo quinto plantea la comunicación de la auditoría. El último capítulo se presenta las conclusiones.

El presente Informe de Auditoría se enmarca en la Línea III. Aseguramiento. Control Interno Innovador del Plan Estratégico 2017 – 2021 “**Construimos Confianza**” de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad del Proceso de Atención en Hospitalización del Hospital General de Medellín a partir de verificar su conformidad, su gobierno, la gestión de riesgos y los controles adoptados para su funcionamiento y el cumplimiento de las regulaciones, además identificar la contribución de éste al logro de los objetivos estratégicos.

1.2. Alcance.

El alcance de la auditoría se enfocará en verificar el cumplimiento de las actividades contempladas en el proceso y que hacen parte de los procedimientos: (i). Gestión de la asignación de cama en Hospitalización general y unidades de cuidados intensivos, (ii). Traslado y entrega del usuario a salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico, (iii). Ingreso del usuario al servicio de hospitalización y unidades de cuidado crítico, (iv). Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento y, (v) Egreso del usuario en el servicio de hospitalización del Hospital General de Medellín, la auditoría no incluirá el servicio de cuidado crítico.

1.3. Metodología Auditoría.

Para su realización se cumplieron los siguientes pasos:

1.3.1. Reuniones y entrevistas.

- 1.3.1.1. De apertura y entrega de carta de presentación.
- 1.3.1.2. Entrevista con los funcionarios que participan en el proceso en urgencias, hospitalización.
- 1.3.1.3. Entrevista con el Director(a) de Hospitalización.
- 1.3.1.4. Entrevista con el enfermero de la central de referencia.
- 1.3.1.5. Entrevistas con los(as) jefes y personal de enfermería de pisos de hospitalización.
- 1.3.1.6. Entrevista con el enfermero del programa de higiene de manos.
- 1.3.1.7. Entrevista con la Enfermera jefe administrativa de urgencias.
- 1.3.1.8. Reunión de cierre y entrega de evaluación del auditor.

1.3.2. Revisión y análisis de documentos.

- 1.3.2.1. Revisión de actas de reuniones.
- 1.3.2.2. Revisión de Indicadores de Gestión.
- 1.3.2.3. Revisión de la matriz de riesgos y de sus controles.
- 1.3.2.4. Revisión de Plan de mejoramiento de auditorías anteriores al proceso.
- 1.3.2.5. Revisión Plan de Acción.
- 1.3.2.6. Análisis documental, revisión del proceso, sus procedimientos, formatos, instructivos, caracterización del proceso.
- 1.3.2.7. Revisión y análisis de la información.
- 1.3.2.8. Revisión estudio Lean.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- 1.3.3. Solicitud y recopilación de información.
- 1.3.4. Visita de campo a la diferentes bodegas institucionales.
- 1.3.5. Verificación y organización de evidencias.
- 1.3.6. Identificación de observaciones y formulación de recomendaciones.
- 1.3.7. Entrega de Informe preliminar y definitivo.
- 1.3.8. Generación de Plan de Mejoramiento.
- 1.3.9. Seguimiento Plan de Mejoramiento.

1.4. Limitaciones.

La auditoría tuvo dificultades en la apertura y cierre de la auditoria, debido a los cambios de directores en la Dirección de Hospitalización, sin embargo en el desarrollo de la misma se contó con la disposición de los diferentes funcionarios involucrados en el proceso.

1.5. Fundamento Normativo.

- 1.5.1. 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 N°3: Indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de la calidad.
- 1.5.2. 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.
- 1.5.3. Resolución 2003 de 28 de mayo 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
Estructura de los servicios de salud. Estándar N°5 Procesos Prioritarios Asistenciales.

1.6. Documentos Base.

- 1.6.1. Manual de Toma, transporte, manipulación y conservación de las muestras. MI-AIS-LC002M01
- 1.6.2. Manual Uso de Medicamentos y anexos. MI- AIS-H0004.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

- 1.6.3. Manual de Indicadores de Gestión.AP-INF-CA003M01.
- 1.6.4. Proceso Atención en Hospitalización. MI-AIS-HO.
- 1.6.5. Procedimiento Gestión de la asignación de cama en hospitalización general y unidades de cuidado crítico. MI-AIS-HO001.
- 1.6.6. Procedimiento Traslado y entrega del usuario a salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico. MI-AIS-HO002.
- 1.6.7. Procedimiento Ingreso del usuario al servicio de hospitalización y unidades de cuidado crítico. MI-AIS-HO003.
- 1.6.8. Procedimiento Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento.MI-AIS-HO004.
- 1.6.9. Procedimiento Egreso del usuario. MI-AIS-HO005.
- 1.6.10. Instructivos asistenciales relacionados definidos en el proceso de Atención en hospitalización. Mapa de procesos.
- 1.6.11. Carpetas compartidas de planes de mejoramiento, indicadores de gestión, seguridad del paciente, gestión del riesgo, plan de acción, plan estratégico.

1.7. Terminología básica.

▫ **Administración de camas.**

Es la asignación y distribución de camas de acuerdo a la disponibilidad por sistema SAP, historia clínica virtual.

▫ **Disponibilidad de camas.**

Conjunto de camas sin prestaciones pendientes de liberar y/o anular y que el paciente haya salido de la institución.

▫ **Egreso por muerte.**

Cuando se da el fallecimiento durante el proceso de atención.

▫ **Egreso por remisión.**

Cuando se requiere traslado del usuario a otra institución para dar continuidad al plan terapéutico, bien sea por decisión del médico tratante o de la EAPB.

▫ **Egreso por fuga.**

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

Cuando el usuario abandona la institución sin previo aviso.

▫ **Disponibilidad de camas.**

Conjunto de camas sin prestaciones pendientes de liberar y/o anular y que el paciente haya salido de la institución.

▫ **Egreso por mejoría.**

Es el alta del usuario cuando su recuperación es satisfactoria.

▫ **Historia Clínica.**

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

▫ **Instructivo.**

Documento que describe detallada y secuencialmente, las actividades o pasos que ejecutan las personas responsables de un proceso y, que tiene que ver con instrucciones específicas en lo operativo, lo administrativo, y otras necesarias para la ejecución de los procesos.

▫ **Egreso voluntario.**

Es la decisión consciente y voluntaria de un usuario de abandonar el plan de tratamiento intrahospitalario propuesto por el equipo de salud, luego de haber sido clara y ampliamente informado sobre los riesgos y consecuencias de esta decisión sobre su estado de salud. Esta decisión tiene validez siempre y cuando el usuario este en pleno uso de sus facultades mentales, en caso contrario es el representante legal quien puede tomar la decisión.

▫ **Plan de Egreso.**

Planificación de la atención del usuario desde su ingreso a la institución, es diligenciado por todas las disciplinas que participan en la atención del usuario.

▫ **Transporte de Paciente.**

Es el procedimiento por el cual el usuario es trasladado desde un servicio hacia exámenes diagnósticos, intervenciones terapéuticas a nivel intra o extra institucional, con las medidas de seguridad y control respectivas, a su vez, acompañados de equipo humano calificado, equipos, insumos y soporte farmacológico básico, si se requiere.

▫ **Unidad Hospitalaria.**

Es la cama hospitalaria (cama, cuna, servocuna, incubadora, cubículo) y sus diferentes accesorios.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

II. VERIFICACIÓN DE ALGUNOS PROCEDIMIENTOS Y SUS CONTROLES.

2.1. Procedimientos del Proceso.

El proceso de Atención en Hospitalización de los 11 procesos misionales de la entidad y se compone de los siguientes procedimientos:

2.1.1. Gestión de la Asignación de Cama en Hospitalización General y Unidades de Cuidado Crítico. Código MI-AIS-HO001.

En el paso uno (1) del procedimiento descrito como: "Recibir la solicitud de la cama" la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría Interna N° 1.

La auditoría al validar con el enfermero de la central de referencia el cómo se hace el procedimiento de la gestión de la asignación de la cama, puede evidenciar que el procedimiento se encuentra desactualizado, ya que la institución implementó desde el año pasado la ronda técnico administrativa en urgencias, en la cual su objetivo principal es la ocupación de pacientes de este nivel de complejidad y el flujo de los estos a los diferentes servicios de la institución.

Criterios:

Procedimiento Gestión de la Asignación de Cama en Hospitalización General y Unidades de Cuidado Crítico. Código MI-AIS-HO001.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo al verificar que el procedimiento se encuentra desactualizado en el mapa de procesos institucional.

Recomendación:

Se recomienda actualizar el procedimiento incluyendo el alcance de la ronda administrativa para la toma de decisiones.

En el paso dos (2) del procedimiento descrito como: "Consultar disponibilidad de cama según características de la solicitud", la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría Interna N° 2.

La auditoría en visita de campo a la central de referencia puede evidenciar que la institución cuenta con el tablero operativo en SAP, donde se visualiza la disponibilidad de las camas libres, sin embargo esta actividad se realiza manualmente en una tabla de excell.

Criterios:

Procedimiento Gestión de la Asignación de Cama en Hospitalización General y Unidades de Cuidado Crítico. Código MI-AIS-HO001.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo al evidenciar la manualidad de este procedimiento a pesar de contar con el tablero operativo en SAP.

Recomendación:

Utilizar el tablero operativo en SAP para la gestión de la cama en la central de referencia conforme al procedimiento.

2.1.2. Traslado y entrega del usuario a las salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico. Código MI- AIS- HO002.

En el paso uno (1) y dos (2) del procedimiento descrito como “Recibir la notificación de la asignación de la cama” y “Realizar la admisión administrativa hospitalaria del usuario” la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría Interna N° 3.

La auditoría en visita de campo en el servicio de urgencias puede verificar que en la notificación, la admisión administrativa y asignación de la cama del paciente intervienen el personal de enfermería y la auxiliar administrativa, esta actividad se informa verbalmente, por llamada telefónica o vía correo electrónico, sin embargo la comunicación y realización de estas actividades esta medida por múltiples factores haciendo que la duración de este procedimiento sea de aproximadamente entre 2 a 3 horas incumpliendo el instructivo institucional de administración de la cama.

Criterios:

Procedimiento traslado y entrega del usuario a las salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico. Código MI - AIS - HO002.
Instructivo asistencial de administración de camas. Código MI - AIS - IAS086.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo de retrasos en la atención del paciente, debido al incumplimiento del procedimiento e instructivo institucional de traslado y administración de la cama.

Recomendación:

Cumplir los procedimientos e instructivos institucionales de traslado y administración de la cama.
Intervenir los factores que generan retrasos en la asignación de la cama en el servicio de urgencias.

En el paso tres (3) y cuatro (4) del procedimiento descrito como: “Informar y entregar el usuario al servicio receptor “y” trasladar al usuario” la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría Interna N° 4.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

La auditoría al observar en campo los ítems de “**el cómo y el quien hace**” las actividades de informar, entregar y trasladar a usuario al servicio receptor, puede verificar que el procedimiento y el instructivo de traslado de pacientes se encuentran desactualizados, porque el traslado y la entrega del paciente la realiza el personal de enfermería en compañía del camillero.

Criterios:

Procedimiento traslado y entrega del usuario a las salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico. Código MI - AIS - HO002.
Instructivo asistencial de transporte de pacientes. Código MI - AIS - IAS040.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo, por la desactualización del procedimiento de traslado y entrega de los usuarios a las salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico, además del instructivo de transporte de pacientes.

Recomendación:

Se recomienda revisar y actualizar el procedimiento de traslado y entrega de los usuarios a las salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico y, instructivo de transporte de pacientes.

Observación de Auditoría Interna N°5.

La auditoría al observar el traslado del paciente puede verificar, que el formato lista de chequeo de traslado de usuarios no se les realiza a todos los pacientes, además no se llenan todos los ítems.

Criterios:

Procedimiento traslado y entrega del usuario a las salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico. Código MI - AIS - HO002.
Instructivo asistencial de transporte de pacientes. Código MI - AIS - IAS040.
Formato lista de chequeo de traslado de usuarios. Código MI – AIS – HO002.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo debido al incumplimiento en la aplicación de la lista de chequeo de traslado de usuarios, el cual es el instrumento donde se validan las condiciones el estado de salud del paciente en el momento de traslado, garantizando un traslado seguro.

Recomendación:

Verificar que todos los pacientes que sean trasladados a los diferentes servicios de la institución tengan diligenciada la lista de chequeo de traslados.

Crear un indicador de traslados seguro de los pacientes teniendo en cuenta los eventos adversos relacionados con el traslado del paciente.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Verificar en las visitas de calidad y en el paciente trazador, la adherencia a la lista de chequeo del traslado de pacientes.

2.1.3 Ingreso del usuario al servicio de hospitalización y unidades de cuidado crítico. Código MI-AIS-HO003.

En los pasos uno (1) del procedimiento descrito como se hace “Dar la bienvenida al usuario al servicio” la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N°6.

La auditoría al revisar la lista de chequeo de prácticas seguras generadas desde las visitas de calidad puede evidenciar que el porcentaje de cumplimiento es del 86.6% a nivel institucional entre los meses enero y julio del 2018.

Criterios:

Procedimiento Ingreso del usuario al servicio de hospitalización y unidades de cuidado crítico. Código MI-AIS-HO003.

Documento Guía de información sobre medidas de seguridad o prácticas seguras para su atención. Código ES-GIC-AU001D01.

Instructivo asistencial Entrega de Información al usuario. Código MI-AIS085.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo al verificar que las lista de chequeo de prácticas seguras y entrega de información al usuario se encuentran en un porcentaje del 86.6%, las cuales hacen parte del modelo de atención al paciente.

Recomendación:

Normalizar e implementar el nuevo modelo de atención en la institución.

Verificar en las visitas de calidad y en el paciente trazador, la adherencia a la lista de chequeo de prácticas seguras y traslado de pacientes.

En los pasos dos (2) y tres (3) de los procedimientos descritos como: “Indagar al usuario sobre sus expectativas en relación a su atención y antecedentes personales” y “Asegurar el inicio y/o continuidad previamente ordenado en el servicio de origen”, la auditoría observa lo siguiente:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Observación de Auditoría N°7.

La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado “Plan de egreso” observa que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería.

Criterios:

Ingreso del usuario al servicio de hospitalización y unidades de cuidado crítico. Código MI-AIS-HO003.
Instructivo asistencial Plan de egreso. Código MI-AIS-HO005I01.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo al verificar que las lista de chequeo de prácticas seguras y entrega de información al usuario se encuentran en un porcentaje del 86.6%, las cuales hacen parte del modelo de atención al paciente.

Recomendación:

Verificar en las visitas de calidad y en el paciente trazador, la adherencia a la lista de chequeo de prácticas seguras y traslado de pacientes.

2.1.4 Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento. Código MI-AIS-HO004.

En el paso dos (2) y tres (3) del procedimiento descrito como “Ejecutar el plan de tratamiento propuesto” y “Planear y ordenar el egreso del usuario” la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N°8.

La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado “Plan de egreso” observa que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería.

Criterios:

Procedimiento Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento. Código MI-AIS-HO004.
Instructivo asistencial Plan de egreso. Código MI-AIS-HO005I01.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo al verificar que las lista de chequeo de prácticas seguras y entrega de información al usuario se encuentran en un porcentaje del 86.6%, las cuales hacen parte del modelo de atención al paciente.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Recomendación:

Verificar en las visitas de calidad y en el paciente trazador, la adherencia a la lista de chequeo de prácticas seguras y traslado de pacientes.

Observación de Auditoría N° 9.

La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado **Plan de Atención Enfermería "PAE"**, en el cual se planean las actividades del cuidado de enfermería para los pacientes, sin embargo este plan de cuidados no conversa con el plan médico.

Criterio:

Procedimiento Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento. Código MI-AIS-HO004.
Instructivo asistencial Plan de Cuidados de Enfermería. Código MI-AIS-IAS030.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo al verificar que las lista de chequeo de prácticas seguras y entrega de información al usuario se encuentran en un porcentaje del 86.6%, las cuales hacen parte del modelo de atención al paciente.

Recomendación:

Verificar en las visitas de calidad y en el paciente trazador, la adherencia a la lista de chequeo de prácticas seguras y traslado de pacientes.

Articular el plan de egreso médico con el de enfermería definiendo actividades necesarias para el tratamiento y rehabilitación del paciente.

2.1.5 Egreso del usuario. Código MI-AIS-HO05.

En el paso uno (1) del procedimiento descrito como "Gestionar acciones para el egreso" la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N°10.

La auditoría en visita de campo en octubre 9 de 2018 en el servicio de hospitalización 6to Norte y,

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

revisar las historias de los pacientes que se encontraban en proceso de alta (5), evidencia que 3 de estos pacientes pasan a camas virtuales por falta de liberación de prestaciones médicas y/o, gestión de medicamentos por parte de enfermería y farmacia.

Criterios:

Procedimiento Egreso del usuario. Código MI-AIS-HO005.
Instructivo asistencial Plan de egreso. Código MI-AIS-HO005I01.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo, debido a la falta de oportunidad en la gestión de las prestaciones de los pacientes que se encuentran hospitalizados.

Recomendación:

Gestionar diariamente las prestaciones que se generen de todos los pacientes que se encuentren hospitalizados.

III. PROCESOS INTERPENDIENTES.

Los procedimientos del proceso de hospitalización son: gestión de la asignación de cama en hospitalización y unidades de cuidado crítico, traslado y entrega del paciente a salas de hospitalización general y unidades de cuidado crítico, ingreso del paciente al servicio de hospitalización y unidades de cuidado crítico, planeación y ejecución del cuidado y tratamiento y , egreso del usuario, sin embargo existen otros procesos que intervienen en la gestión del proceso de atención en hospitalización para la prestación y desarrollo de los servicios de salud de la institución, con eficiencia, calidad y oportunidad. La auditoría al verificar algunos de estos procesos como son costos, calidad y planeación, activos fijos entre otros, encuentra lo siguiente:

3.1. Activos Fijos.

Observación de Auditoría Nº 11.

La auditoría al evaluar los inventarios de los equipos biométricos de cinco (5) servicios de hospitalización, evidencia que estos se encuentran desactualizados, además no se tiene definidos los responsables de estos.

Criterio:

Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Capítulo 10. Artículo 2.5.3.10.1 al 2.53.10.20.

Riesgo:

Información de inventarios inexacta.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Recomendación:

Realizar inventarios en cada uno de los servicios determinando las inconsistencias y realizando los ajustes pertinentes, definiendo los responsables de cada de estos

3.2. Calidad y planeación.

Observación de Auditoría N°12.

La auditoría al revisar los indicadores de gestión del proceso puede verificar que no se tienen identificados indicadores de la producción, que son un instrumento útil para operar el sistema de planeación y el sistema de calidad.

Criterios:

Resolución 1446 mayo 8 de 2006.
Procedimiento Planificación del SGIC. Código ES-GIC-GC001.
Manual Indicadores de gestión. Código AP-INF-CA003M01.

Riesgo:

Deficiencias en la productividad –sostenibilidad del proceso.

Recomendación:

Revisar y actualizar los indicadores de gestión de la dirección de hospitalización, que permitan medir la productividad de los diferentes servicios de hospitalización.

3.3. Costos.

Observación de Auditoría N°13.

La auditoría al evaluar los costos del proceso de hospitalización puede evidenciar que no se tienen desagregado por centros de costos los diferentes servicios de hospitalización.

Criterio:

Instructivo del usuario de costos en el software institucional SAP. Código AP-GFI-CS001101.

Riesgo:

Deficiencias en la productividad y sostenibilidad de los servicios del proceso de hospitalización.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Recomendación:

Fortalecer el proceso de costos de la institución, para lograr la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia, conforme al objetivo estratégico N° 3, con su proyecto “Consolidar y mantener un modelo de gestión de los recursos y los procedimientos”

IV. CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1. Relación de las observaciones.

N°	Observación	Numeral
1	La auditoría al validar con el enfermero de la central de referencia el cómo se hace el procedimiento de la gestión de la asignación de la cama, puede evidenciar que el procedimiento se encuentra desactualizado, ya que la institución implementó desde el año pasado la ronda técnico administrativa en urgencias, en la cual su objetivo principal es la ocupación de pacientes de este nivel de complejidad y el flujo de los estos a los diferentes servicios de la institución.	2.1.1
2	La auditoría en visita de campo a la central de referencia puede evidenciar que la institución cuenta con el tablero operativo en SAP, donde se visualiza la disponibilidad de las camas libres, sin embargo esta actividad se realiza manualmente en una tabla de excell.	2.1.1
3	La auditoría en visita de campo en el servicio de urgencias puede verificar que en la notificación, la admisión administrativa y asignación de la cama del paciente intervienen el personal de enfermería y la auxiliar administrativa, esta actividad se informa verbalmente, por llamada telefónica o vía correo electrónico, sin embargo la comunicación y realización de estas actividades esta medida por múltiples factores haciendo que la duración de este procedimiento sea de aproximadamente entre 2 a 3 horas incumpliendo el instructivo institucional de administración de la cama.	2.1.2
4	La auditoría al observar en campo los ítems de “ el cómo y el quien hace ” las actividades de informar, entregar y trasladar a usuario al servicio receptor, puede verificar que el procedimiento y el instructivo de traslado de pacientes se encuentran desactualizados, porque el traslado y la entrega del paciente la realiza el personal de enfermería en compañía del camillero.	2.1.2
5	La auditoría al observar el traslado del paciente puede verificar, que el formato lista de chequeo de traslado de usuarios no se les realiza a todos los pacientes, además no se llenan todos los ítems.	2.1.2
6	La auditoría al revisar la lista de chequeo de prácticas seguras generadas desde las visitas de calidad puede evidenciar que el porcentaje de cumplimiento es del 86.6% a nivel institucional entre los meses enero y julio del 2018.	2.1.3
7	La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado “ Plan de egreso ” observa que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería.	2.1.3
8	La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado “ Plan de egreso ” observa que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería.	2.1.4

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

9	La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado “Plan de egreso” observa que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería.	2.1.4
10	La auditoría en visita de campo en octubre 9 de 2018 en el servicio de hospitalización 6to Norte y, revisar las historias de los pacientes que se encontraban en proceso de alta (5), evidencia que 3 de estos pacientes pasan a camas virtuales por falta de liberación de prestaciones médicas y/o, gestión de medicamentos por parte de enfermería y farmacia.	2.1.5
11	La auditoría al evaluar los inventarios de los equipos biométricos de cinco (5) servicios de hospitalización, evidencia que estos se encuentran desactualizados, además no se tiene definidos los responsables de estos.	3.1
12	La auditoría al revisar los indicadores de gestión del proceso puede verificar que no se tienen identificados indicadores de la producción, que son un instrumento útil para operar el sistema de planeación y el sistema de calidad.	3.2
13	La auditoría al evaluar los costos del proceso de hospitalización puede evidenciar que no se tienen desagregado por centros de costos los diferentes servicios de hospitalización.	3.3

Fig. Relación de las Observaciones.

4.2. Recomendaciones.

4.2.1. En el gobierno.

- 4.2.1.1. La auditoría al validar con el enfermero de la central de referencia el cómo se hace el procedimiento de la gestión de la asignación de la cama, puede evidenciar que el procedimiento se encuentra desactualizado, ya que la institución implementó desde el año pasado la ronda técnico administrativa en urgencias, en la cual su objetivo principal es la ocupación de pacientes de este nivel de complejidad y el flujo de los estos a los diferentes servicios de la institución.
- 4.2.1.2. La auditoría en visita de campo a la central de referencia puede evidenciar que la institución cuenta con el tablero operativo en SAP, donde se visualiza la disponibilidad de las camas libres, sin embargo esta actividad se realiza manualmente en una tabla de excell.
- 4.2.1.3. La auditoría al observar en campo los ítems de **“el cómo y el quien hace”** las actividades de informar, entregar y trasladar a usuario al servicio receptor, puede verificar que el procedimiento y el instructivo de traslado de pacientes se encuentran desactualizados, porque el traslado y la entrega del paciente la realiza el personal de enfermería en compañía del camillero.
- 4.2.1.4. La auditoría al revisar la lista de chequeo de prácticas seguras generadas desde las visitas de calidad puede evidenciar que el porcentaje de cumplimiento es del 86.6% a nivel institucional entre los meses enero y julio del 2018.
- 4.2.1.5. Revisar y actualizar el procedimiento de recepción y almacenamiento de medicamentos dispositivos médicos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- 4.2.1.6. La auditoría al revisar los indicadores de gestión del proceso puede verificar que no se tienen identificados indicadores de la producción, que son un instrumento útil para operar el sistema de planeación y el sistema de calidad.

4.2.2. En el control.

- 4.2.2.1. La auditoría en visita de campo en el servicio de urgencias puede verificar que en la notificación, la admisión administrativa y asignación de la cama del paciente intervienen el personal de enfermería y la auxiliar administrativa, esta actividad se informa verbalmente, por llamada telefónica o vía correo electrónico, sin embargo la comunicación y realización de estas actividades esta medida por múltiples factores haciendo que la duración de este procedimiento sea de aproximadamente entre 2 a 3 horas incumpliendo el instructivo institucional de administración de la cama.
- 4.2.2.2. La auditoría al observar el traslado del paciente puede verificar, que el formato lista de chequeo de traslado de usuarios no se les realiza a todos los pacientes, además no se llenan todos los ítems.
- 4.2.2.3. La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado "**Plan de egreso**" observa que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería.
- 4.2.2.4. La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado "**Plan de egreso**" observa que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería.

4.2.3. En los riesgos.

- 4.2.3.1. La auditoría al revisar una muestra representativa de historias clínicas cincuenta (50) puede verificar el que en el sistema de información SAP se encuentra en los puestos de trabajo un pulsador denominado "**Plan de egreso**" observa que el plan de egreso sólo es diligenciado por el personal de enfermería.
- 4.2.3.2. La auditoría en visita de campo en octubre 9 de 2018 en el servicio de hospitalización 6to Norte y, revisar las historias de los pacientes que se encontraban en proceso de alta (5), evidencia que 3 de estos pacientes pasan a camas virtuales por falta de liberación de prestaciones médicas y/o, gestión de medicamentos por parte de enfermería y farmacia.
- 4.2.3.3. La auditoría al evaluar los inventarios de los equipos biométricos de cinco (5) servicios de hospitalización, evidencia que estos se encuentran desactualizados, además no se tiene definidos los responsables de estos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- 4.2.3.4. La auditoría al evaluar los costos del proceso de hospitalización puede evidenciar que no se tienen desagregado por centros de costos los diferentes servicios de hospitalización.

V. CICLO DE LA AUDITORÍA.

5.1. Posición del Auditado.

Una vez socializado el Informe el auditado, dispondrá de tres (3) días hábiles para manifestar su posición frente al mismo y para hacer la Evaluación del Auditor, en el formato correspondiente.

5.2. Plan de Mejoramiento y Seguimiento.

Una vez aceptado el Informe, el auditado coordinará con su equipo de trabajo y con las áreas corresponsables, la formulación del Plan de Mejoramiento respectivo, en un término de diez (10) hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance. La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento bimensual del Plan de Mejoramiento y presentará el Informe correspondiente.

5.3. 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; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

5.4. Valor Probatorio.

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

VI. CONCLUSIONES.

- 6.1. El proceso de Atención en Hospitalización del Hospital General cumple de manera efectiva con el objetivo de prestar atención en salud con atributos de continuidad, oportunidad, pertinencia y seguridad al usuario que requiera ser hospitalizado, involucrando para ello a su grupo familiar y/o acompañantes, con un sello de humanización.
- 6.2. El proceso de Atención en Hospitalización se encuentra enmarcado en el objetivo estratégico N°1 “Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia”, con el programa estratégico “Atención centrada en el usuario y su familia” y,

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

con el programa estratégico “Implementación del modelo de gestión basado en el flujo del paciente.”

- 6.3. El proceso de Atención en Hospitalización se encuentra articulado con el sistema de garantía de la calidad.
- 6.4. El proceso de Atención en Hospitalización se encuentra entre el estándar de cliente asistencial en el cual se planea, implementa, monitoriza y se mantiene el mejoramiento sistémico de la institución.

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

María Janeth Agudelo Arango Profesional de Auditoría Interna.
Carlos Uriel Lopez Ríos Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, Septiembre de 2018.