
OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Oficina de Auditoría Interna
Construimos Confianza

INFORME PRELIMINAR DE AUDITORÍA

Proceso Atención en Servicios Ambulatorios

EQUIPO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS
Jefe de Auditoría Interna

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

Medellín
Diciembre 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.	6
2.1.	Procedimientos del Proceso.	6
III.	PROCESOS INTERPENDIENTES.	12
IV.	CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.	14
4.1.	Relación de las observaciones.	14
4.2.	Recomendaciones.	16
V.	CICLO DE LA AUDITORÍA.	16
5.1.	Posición del Auditado.	16
5.2.	Plan de Mejoramiento y Seguimiento.	17
5.3.	Comunicación y Socialización del Informe Final.	17
5.4.	Valor Probatorio.	17
VI.	CONCLUSIONES.	17

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. Procedimiento asignación de citas. Código: MI-AIS-SA001.
- 1.6.2. Procedimiento admisión del usuario. Código: MI-AIS-SA002.
- 1.6.3. Procedimiento atención en consulta. Código: MI-AIS-SA003.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

1.7. Terminología básica.

- **ANAMNESIS:** Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del usuario, anteriores a la enfermedad. (Consiste en hacer memoria de los antecedentes).
- **AUTORIZACIÓN:** documento emitido por entidad responsable del pago del servicio ambulatorio o visto bueno de la persona de la oficina del SOAT.
- **AYUDAS DIAGNÓSTICAS:** Procedimientos de laboratorio clínico e imagenología que busca confirmar o aclarar un diagnóstico médico, antes o durante el tratamiento de una lesión.
- **CONSULTA ELECTIVA:** actividad realizada por profesionales de la salud bajo la dinámica de agenda programada.
- **CONTRARREFERENCIA:** Es la respuesta que las unidades prestarías de servicios de salud receptoras de la referencia, dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. (Decreto 2759 de Diciembre 11 de 1991 y Decreto 4747 de Diciembre 7 de 2007).
- **DIGITURNO:** dispositivo electrónico para asignación de fichos para el proceso de atención; cuenta con tres botones, así:
Negro: ficho para asignación y admisión a procedimientos de cardiología.
Rojo: ficho para asignación presencial de citas.
Verde: ficho para admisión de usuarios con cita ya asignada.
- **EAPB:** Empresa Administradora de Planes de Beneficios.
- **IPS REMITENTE:** Institución Prestadora de Servicios de Salud que solicita atención de usuarios en consulta electiva del HGM.
- **PROGRAMAS ESPECIALES:** Modelos de atención para patologías específicas cuya atención se realiza de manera integral e interdisciplinaria.
- **SOAT:** seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

1.8. 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 auditoria observa lo siguiente:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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.

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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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.

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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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.

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:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

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:

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:

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 las cantidades de devoluciones de mezclas preparadas no se tienen cuantificadas el costo y, tampoco existe un indicador de devoluciones que permita evaluar la eficiencia de este proceso.

Criterios:

Acondicionamiento de Medicamentos. Código MI-AIS-FR003. Pág. 9.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Riesgo:

La auditoría ha identificado un riesgo medio al no tener costeados las devoluciones de mezclas preparadas que se realizan en la institución.

Recomendación:

Construir un indicador de devoluciones de mezclas preparadas que permita evaluar la eficiencia del proceso.

2.1.4 Dispensación y distribución de medicamentos y/o dispositivos médicos. Código MI-AIS-FR004.

En los pasos del uno hasta el once (1-11) del procedimiento descrito como se hace: "...dispensar medicamentos por dosis unitaria, dispensar medicamentos de control especial, tratar reservas por parte de farmacia central, bodega de material médico quirúrgico y farmacias satélites, recepcionar fórmulas médicas y dispensar medicamentos ambulatorios, dispensar medicamentos de control desde la farmacia central, dispensar medicamentos de control especial desde farmacias satélites, despachar dispositivos médicos, dispensar medicamentos a usuarios de sala de urgencias, dispensar medicamentos y despachar material médico a usuarios de salas de imagenología y angiografía, dispensar medicamentos y despachar material médico a usuario en quirófanos, UCI e UCE, sala de partos e especial productos, implantes y reactivos, y UCI pediátrica, tramitar, dispensar y facturar medicamentos NO POS" la auditoría observa lo siguiente:

Observación de Auditoría N °10.

La auditoría al realizar visita de campo y validar los diferentes ítems de dispensación y distribución de medicamentos y/o dispositivos médicos puede evidenciar que aunque los puntos de control se encuentran debidamente normalizados en la institución, cada uno de estos se realizan de forma manual por el Químico Farmacéutico y/o auxiliar de farmacia.

Criterios:

Dispensación y distribución de medicamentos y/o dispositivos médicos. Código MI-AIS-FR004. Pag 5-10

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo medio dado el nivel de manualidad y operatividad en el acondicionamiento de medicamentos que no permite mantener niveles óptimos de confiabilidad y trazabilidad de la información

Recomendación:

Implementar el proyecto estratégico de trazabilidad de medicamentos y dispositivos médicos, que se encuentra planteado en el objetivo estratégico N°1.

En el paso ocho (8) del procedimiento descrito como "Dispensar medicamentos a usuarios" la auditoría observa lo siguiente:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Observación de Auditoría N° 11.

La auditoría al realizar visita de campo a los diferentes pisos de hospitalización, recibe en reiteradas ocasiones la manifestación de la falta de oportunidad en la entrega de los medicamentos especialmente en los adelantos.

Criterio::

Dispensación y distribución de medicamentos y/o dispositivos médicos. Código MI-AIS-FR004.Pag 9. Política de Seguridad del Paciente.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo medio en la seguridad del paciente debido a la falta de oportunidad en la entrega de los medicamentos y dispositivos médicos.

Recomendación:

Implementar el proyecto estratégico de trazabilidad de medicamentos y dispositivos médicos, que se encuentra planteado en el objetivo estratégico N°1.

II. PROCESOS INTERPENDIENTES.

Los principales procedimientos del servicio farmacéutico son: selección, adquisición, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación de medicamentos y dispositivos médicos. Ofreciendo información y educación al paciente sobre el uso adecuado de los medicamentos, sin embargo existen otros procesos que intervienen en la gestión del servicio farmacéutico y son requeridos 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 contabilidad, gestión humana, activos fijos encuentra lo siguiente:

2.1. Activos Fijos

Observación de Auditoría N° 12.

La auditoría al evaluar los inventarios de medicamentos y material médicos quirúrgicos evidencia que estos sólo se realizan en las bodegas principales, sin incluir las bodegas de odontología, banco de sangre, consulta externa, carro de paro, almacén de UCIS, UCE entre otros.

Criterio::

Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Capítulo 10. Artículo 2.5.3.10.1 al 2.5.3.10.20.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo alto al verificar que en la institución no se realizan los inventarios en todas las bodegas existentes.

Recomendación:

Programar y realizar los inventarios anuales en las diferentes bodegas de medicamentos y material médico quirúrgico de la institución.

2.2. Contabilidad

Observación de Auditoría N°13.

La auditoría al evaluar las conciliaciones de los medicamentos entre el área de contabilidad y el servicio de farmacia puede evidenciar que este procedimiento no se encuentra normalizado en ningún proceso de la institución y, que durante lo transcurrido del año no se ha realizado ninguna conciliación de medicamentos.

Criterios:

Instructivo N° 003 de 01 de Diciembre 2017 de la Contaduría General de la Nación.1.2.1 Análisis, verificaciones y ajustes.

Riesgo:

La auditoría advierte un riesgo alto por la falta de conciliaciones de medicamentos que garantice la integridad de la información contable.

Recomendación:

Normalizar el procedimiento de conciliaciones en la institución para todos los procesos.

2.3. Gestión Humana

Observación de Auditoría N°14

La auditoría logra evidenciar que en el servicio de farmacia laboran 76 funcionarios en diferentes modalidades de contratación y múltiples cargos, quienes tienen que cubrir el servicio las 24 horas del día, para hacer el cubrimiento los funcionarios realizan turnos de 12 horas, esta programación de cuadros de turnos son diligenciados de manera manual.

Criterio:

Manual de Funciones.

Riesgo:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

La auditoría advierte un riesgo medio dado el nivel de manualidad y operatividad en la realización de los cuadros de turnos que no permite mantener niveles de satisfacción de los funcionarios.

Recomendación:

Suprimir la manualidad de los cuadros de turnos, implementando la herramienta disponible en el sistema de información SAP.

III. CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

3.1. Relación de las observaciones.

Nº	Observación	Numeral
1	La auditoría al revisar las actas del Comité de Farmacia y Terapéutica COFYTE, que se encuentran en Eurodoc, observa que solo se encuentran las actas del 2017, las actas del 2018 se encuentran en físico.	2.1.1
2	La auditoría al revisar el procedimiento y en visita de campo puede evidenciar que el área de apoyo logístico no cuenta con el profesional universitario Químico Farmacéutico de tiempo completo (solo se cuenta con tiempo de apoyo de farmacia) para la evaluación y selección de los dispositivos médicos y sustancias químicas específicamente la documentación técnica, científica y económica.	2.1.1
3	La auditoría al verificar el procedimiento evidencia que el ítem del cómo se hace se encuentra desactualizado al referirse a: "...a la solicitud de las cantidades de acuerdo a las condiciones comerciales que dicte la Dirección Comercial..."	2.1.2
4	La auditoría al observar en campo la recepción del material de osteosíntesis puede verificar que en el ítem "si fue necesario el implante de insumos que no estén codificados en la institución, se realiza la creación del código e ingreso al software SAP... se crean las tarifas de los dispositivos nuevos..." la creación de las tarifas no se está realizando por la auxiliar administrativa 2 de suministro, esta actividad la ejecuta una auxiliar administrativa del área de facturación, incumpliendo con el procedimiento normalizado. Este procedimiento se encuentra esta desactualizado, aunque hay un memorando con fecha de marzo 13 de 2018 donde se dan las directrices para la creación de facturas.	2.1.2
5	La auditoría al observar la creación de las nuevas tarifas realizadas por la auxiliar administrativa de facturación de los materiales nuevos, puede verificar que existen en la data maestra del sistema SAP aproximadamente 15000 registros, entre materiales, medicamentos e insumos, de los cuales aproximadamente 10000 no se están activos por falta de rotación.	2.1.2
6	La auditoría observa que la recepción de los medicamentos, dispositivos médicos y reactivos se realiza de forma completamente manual por el técnico área salud (Regente de Farmacia).	2.1.2

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

7	La auditoría al realizar la visita de campo al servicio farmacéutico observa que los espacios de recepción y almacenamiento, especialmente de material médico quirúrgico, son insuficiente para ofrecer un almacenamiento correcto, lo que no permite aplicar las técnicas adecuadas de almacenamiento. Esta situación ha sido observada en auditorías anteriores y en la última visita de la secretaría seccional de salud y protección de Antioquia.	2.1.2
8	La auditoría al realizar visita de campo y validar los diferentes ítems de acondicionamiento de medicamentos puede evidenciar que aunque los puntos de control se encuentran debidamente normalizados en la institución, cada uno de estos se realizan de forma manual por el Químico Farmacéutico y/o auxiliar de farmacia.	2.1.3
9	La auditoría observa que las cantidades de devoluciones de mezclas preparadas no se tienen cuantificadas el costo y, tampoco existe un indicador de devoluciones que permita evaluar la eficiencia de este proceso.	2.1.3
10	La auditoría al realizar visita de campo y validar los diferentes ítems de dispensación y distribución de medicamentos y/o dispositivos médicos puede evidenciar que aunque los puntos de control se encuentran debidamente normalizados en la institución, cada uno de estos se realizan de forma manual por el Químico Farmacéutico y/o auxiliar de farmacia.	2.1.4
11	La auditoría al realizar visita de campo a los diferentes pisos de hospitalización, recibe en reiteradas ocasiones la manifestación de la falta de oportunidad en la entrega de los medicamentos especialmente en los adelantos.	2.1.4
12	La auditoría al evaluar los inventarios de medicamentos y material médicos quirúrgicos evidencia que estos sólo se realizan en las bodegas principales, sin incluir las bodegas de odontología, banco de sangre, consulta externa, carro de paro, almacén de UCIS, UCE entre otros.	3.1.1
13	La auditoría al evaluar las conciliaciones de los medicamentos entre el área de contabilidad y el servicio de farmacia puede evidenciar que este procedimiento no se encuentra normalizado en ningún proceso de la institución y, que durante lo transcurrido del año no se ha realizado ninguna conciliación de medicamentos.	3.1.2
14	La auditoría logra evidenciar que en el servicio de farmacia laboran 76 funcionarios en diferentes modalidades de contratación y múltiples cargos, quienes tienen que cubrir el servicio las 24 horas del día, para hacer el cubrimiento los funcionarios realizan turnos de 12 horas, esta programación de cuadros de turnos son diligenciados de manera manual.	3.1.3

Fig. Relación de las Observaciones.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

3.2. Recomendaciones.

4.2.1. En el gobierno.

- 4.2.1.1. Revisión de la estructura del servicio de farmacia. Suprimir la manualidad de los cuadros de turno, implementando la herramienta disponible en el sistema de información SAP.
- 4.2.1.2. Normalizar el procedimiento de conciliaciones en la institución para todos los procesos.
- 4.2.1.3. Se recomienda mantener actualizadas las actas en el aplicativo de Eurodoc.
- 4.2.1.4. Actualizar el proceso con el organigrama vigente en la institución.
- 4.2.1.5. Revisar y actualizar el procedimiento de recepción y almacenamiento de medicamentos dispositivos médicos.
- 4.2.1.6. Construir un indicador de devoluciones de mezclas preparadas que permita evaluar la eficiencia del proceso.

4.2.2. En el control.

- 4.2.2.1. Evaluar la posibilidad que el área de apoyo logístico cuente con un profesional químico farmacéutico para la selección y evaluación de medicamentos y dispositivos médicos. mejora institucional.
- 4.2.2.2. Realizar depuración de la data maestra en el sistema SAP, además de programar revisiones periódicas garantizando la actualización permanente de esta.
- 4.2.2.3. Programar y realizar los inventarios anuales en las diferentes bodegas de medicamentos y material médico quirúrgico de la institución.

4.2.3. En los riesgos.

- 4.2.3.1. Implementar el proyecto estratégico de trazabilidad de medicamentos y dispositivos médicos, que se encuentra planteado en el objetivo estratégico N°1.
- 4.2.3.2. Evaluar la posibilidad de ampliar el servicio farmacéutico en las áreas disponibles que se encuentren en la institución.

IV. CICLO DE LA AUDITORÍA.

4.1. Posición del Auditado.

Una vez recibido 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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

4.2. 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.

4.3. 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.

4.4. 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”.

V. CONCLUSIONES.

- 5.1. El proceso de Gestión Farmacéutica del Hospital General cumple de manera efectiva con el objetivo de suministrar los medicamentos y dispositivos médicos requeridos para la atención en salud y garantizar su uso seguro.
- 5.2. El proceso de Gestión Farmacéutica 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” y, con los proyectos estratégicos: Uso racional de medicamentos, trazabilidad de medicamentos y dispositivos médicos.
- 5.3. El proceso de Gestión Farmacéutica se encuentra articulado con el sistema de garantía de la calidad.
- 5.4. El proceso de Gestión Farmacéutica contribuye de manera importante a la sostenibilidad financiera de la institución a pesar de la normatividad y regulaciones del sector salud.

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.