



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

— María Upegui —

HOMO



***“Integridad y Compromiso”***

***Oficina de Control Interno  
Informe de Auditoria  
Servicios de Urgencias  
Abril 11 del 2023***

## 1. INTRODUCCIÓN

La oficina de Control Interno en desarrollo del Programa Anual de Auditorías aprobado para la vigencia 2023 por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la ESE HOMO, programó efectuar la auditoría interna al servicio de Urgencias, desde el 01 de enero de 2022, hasta la fecha de cierre de la presente auditoría, labor que se adelantó en el marco de sus funciones como mecanismo de apoyo al cumplimiento de los objetivos de control establecidos en la ley 87 de 1993.

La auditoría estuvo orientada a identificar oportunidades de mejora para el Sistema de Control Interno Institucional en los procesos relacionados, a través del análisis de su objetivo, actividades y documentos anexos.

Para el desarrollo de esta, se tuvo en cuenta como marco normativo, las funciones encomendadas por la ley 87 de 1993, que define el Control Interno como un sistema integrado por el esquema de la organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por la entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas Constitucionales y legales vigentes, dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.

## 2. OBJETIVO GENERAL.

Se evaluó el servicio de Urgencias de la E.S.E Hospital Mental de Antioquia, verificando el cumplimiento y la efectividad de la gestión, socialización y control, así como también, la oportunidad en las actividades encaminadas al mejoramiento continuo para la correcta prestación del servicio.

## 3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Se verificó la correcta admisión de pacientes.
- Se verificó el procedimiento de referencia y contra referencia.
- Se analizó la atención de los pacientes en el servicio de Urgencias.



#### 4. ALCANCE.

Esta auditoría tuvo como propósito realizar un seguimiento al servicio de Urgencias, desde el 01 de enero de 2022, hasta la fecha de cierre de la presente auditoría, sin perjuicio de ampliar el alcance a períodos anteriores de acuerdo a las circunstancias.

#### 5. MARCO LEGAL.

- Nomograma establecido en el SIGC.
- Procedimientos, riesgos, indicadores, puntos de control y demás criterios del proceso.
- MIPG: 1ª Dimensión: Talento Humano  
3ª Dimensión: Gestión con valores para resultados.
- ISO 9001:2015:
  - ✓ 5.1.2 Enfoque al cliente.
  - ✓ 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

#### 6. METODOLOGÍA:

Para el desarrollo de la presente auditoría se utilizarán la verificación y análisis de documentos a través de pruebas selectivas, además se utilizaran las siguientes Técnicas:

- **Observación:** Es una manera de inspección, se verificó la información soporte de las operaciones y la información dispuesta en los aplicativos para tal fin.
- **Indagación:** Se obtuvo información verbal mediante averiguación con los responsables de la información en el área encargada de operar el proceso.
- **Documental:** Se revisaron los procedimientos establecidos en el SIGC.
- **Muestreo:** Se seleccionó una muestra representativa de la población, es decir, que represente lo más fielmente posible a la población a la que se pretende evaluar.



## 7. DESARROLLO DEL INFORME.

A continuación, se relacionan los resultados obtenidos a partir de los criterios de auditoría definidos para el servicio de Urgencias.

### 7.1 Mapa de Riesgos.

El mapa del proceso cuenta con 14 riesgos y se plantearon 15 acciones para mitigarlos, se evidencia seguimiento mensual a los mismos.

Se evidencia reporte de riesgo materializado en el mes de diciembre de la vigencia 2022 relacionado con la requisa inadecuada de pacientes, a lo cual se establece un control con la empresa de vigilancia.

### 7.2 Indicadores.

Se evidencia seguimiento a los indicadores del proceso, se sugiere reevaluar el indicador de consultas por urgencias ya que en lo corrido de la vigencia 2022 no se cumplió con el estándar de 480 consultas al mes y es evidente que la vigencia 2023 sigue esta misma tendencia.

### 7.3 Eventos adversos

Se evidencia análisis de los eventos adversos, muchos de estos no prevenibles y que corresponden a la naturaleza del servicio, sin embargo, se sugiere analizar la posibilidad de capacitar al personal de vigilancia en contención mecánica para evitar fugas de pacientes y otras situaciones de riesgo para los mismos.

### 7.4 Gestión Documental

Durante el ejercicio de verificación se encontró documentación del Servicio desde el mes de noviembre de 2022 hasta la actual vigencia, esta reposa en unas cajas en bodega, sin un correcto almacenamiento, se evidenció que, al hacer las inspecciones selectivas,



la información no se encuentra foliada y organizada de acuerdo con lo estipulado en la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivo), el jefe del servicio informa que se encuentran en el proceso de transferencia y se asignó un auxiliar para el mismo, se recomienda da celeridad a dicha actividad para evitar la pérdida y deterioro de la documentación.

Es de resaltar el cambio realizado con el formato de reseña enfermería urgencias AI.UR-FR-02, el cual ya no se diligenciara de manera manual sino por el aplicativo xenco.

## 7.5 Componente asistencial

Durante el ejercicio de verificación del componente asistencial en el Servicio de Urgencias, se realizó trabajo de campo, el cual incluyó verificaciones y aplicación de instrumentos de verificación, a fin de evidenciar la articulación de la gestión misional y administrativa del Proceso evaluado.

- **Cuadro de turnos:**

Los días 27, 28 y 29 de marzo se visitó el servicio de urgencias, se revisaron los cuadros de turno y la asignación de los mismos, el 27 de marzo se presentó novedad con el auxiliar Jhoney Fernández que tenía día libre por año de servicio cumplido, a lo cual el jefe del servicio solita apoyo y recibe auxiliar para cubrir dicho turno.

- **Adherencia a Guías y protocolos**

Se evidencia la socialización y adherencia a las guías, procedimientos y protocolos relacionada con el servicio de urgencias.

- **Seguridad del paciente:**

Se realiza el análisis de los eventos adversos reportados en el servicio, se evidenció que la caída de pacientes es uno de los eventos más presentado, igualmente se realizó recorrido en el servicio y se evidencia cambio de puertas en cuartos, medida que se sugiere implementar con las otras puertas del servicio que aún faltan y que requieren el cambio debido al material en el que están diseñadas pues representan un riesgo para el paciente.

Se observaron cámaras de seguridad en buen estado y en funcionamiento.

- **Carro de paro:**

En el servicio de urgencias se cuenta con carro de paro y se evidencia la distribución de los integrantes del servicio para la atención del código azul. Igualmente se evidenciaron las pruebas realizadas por el jefe de enfermería diariamente al desfibrilador.

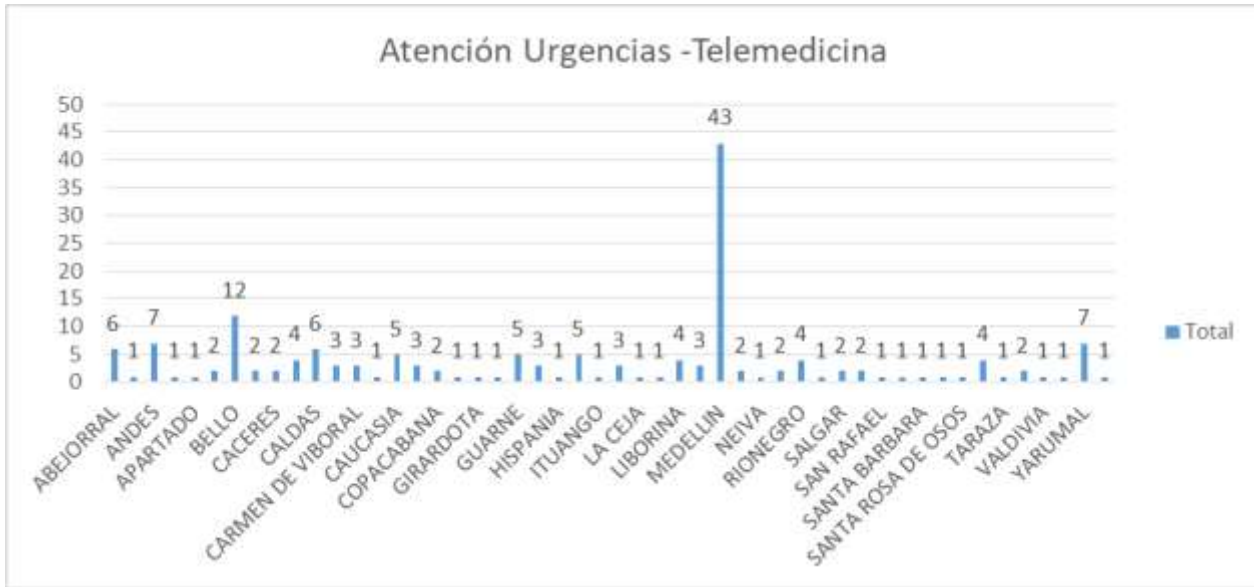
## 7.6 Telemedicina

Se observa un incremento en las atenciones de urgencias por teleconsulta, con corte al 30 de marzo se evidenciaron 170 atenciones discriminadas así:

MES	Número de atenciones
Enero	42
Febrero	36
Marzo	92

En enlace con los siguientes municipios:





## 7.7 Admisiones

El día 30 de marzo se verifica el procedimiento que realizan las auxiliares administrativas del servicio de urgencias evidenciándose el conocimiento frente al servicio de admisiones, no se evidenciaron de manera significativa glosas por errores en la admisión de los pacientes.

Se evidenciaron pacientes con diferentes problemas administrativos que ocupan camas del servicio generando una alta ocupación, generando un atasco y retrasando la atención de los pacientes que si tienen la posibilidad de ingresar a la ESE HOMO.

## OBSERVACIONES

COMPONENTE AUDITADO	OBSERVACIÓN	CAUSA	EFEECTO
<b>Gestión Documental</b>	La información no se encuentra foliada y organizada de acuerdo con lo estipulado en la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivo).	Falta de personal administrativo dedicado exclusivamente a la transferencia documental.	Pérdida de información y archivo clínico.
<b>Programación y entrega de Turnos</b>	En visita realizada el 29 de marzo se observa ausencia del médico general en la entrega de turno de las 7:00 am.	Falta de compromiso.	Desconocimiento de las novedades del servicio, afectación en la prestación del servicio.
<b>Bioseguridad</b>	Se observaron auxiliares del área de la salud y profesionales con cabello suelto. Igualmente se observó personal sin el correcto uso de la mascarilla dentro del servicio.	Falta de adherencia a los protocolos de bioseguridad	Aumento en la probabilidad de adquirir una enfermedad infecciosa  Riesgo de contaminación en el servicio.  Accidentes laborales.
<b>Manual de limpieza y desinfección.</b>	El alcohol glicerinado se encuentra con fecha de vencimiento pasada. Falta rotulación con fechas de los desinfectantes y demás químicos utilizados.	Falta de capacitación y directrices con personal de servicios generales en la correcta rotulación de los envases.	Accidentes laborales. Errores en el proceso de desinfección y limpieza.



## HALLAZGOS

COMPONENTE AUDITADO	HALLAZGO	CRITERIO	CAUSA	EFFECTO
Toma de muestras.	En visita realizada al servicio de urgencias el día 29 de Marzo de 2023, se pudo evidenciar que entre los pacientes sangrados, uno de ellos que requerían toma de muestra para serología VIH, no se le suministro de forma clara la información respectiva frente a dicho procedimiento y no se contaba con el formato de consentimiento firmado por el paciente.	Incumplimiento al instructivo AI.LC-IN-05 Manejo de pacientes para la realización de pruebas de laboratorio VIH y Hepatitis B, el cual establece: "Firma del consentimiento informado: Para la toma de la muestra se debe de entregar, leer y firmar, como un derecho y no como requisito (independiente de o no se realice la prueba)"  Otros criterios relacionados:  Norma ISO 9001:2015, 7.5 Información documentada  MIPG: 5ta Dimensión Información y Comunicación.	Falta de adherencia al protocolo.	Quejas de los usuarios y demandas institucionales

## ASPECTOS POSITIVOS:

- Se evidencia un servicio ordenado y aseado.
- Se evidencia cronograma de capacitación y adherencia a las guías y protocolos establecidos en el SIGC.
- Se destaca el cumplimiento del Manual de bioseguridad GH-MA-01 respecto al uso de uñas cortas y sin maquillaje en el personal asistencial.

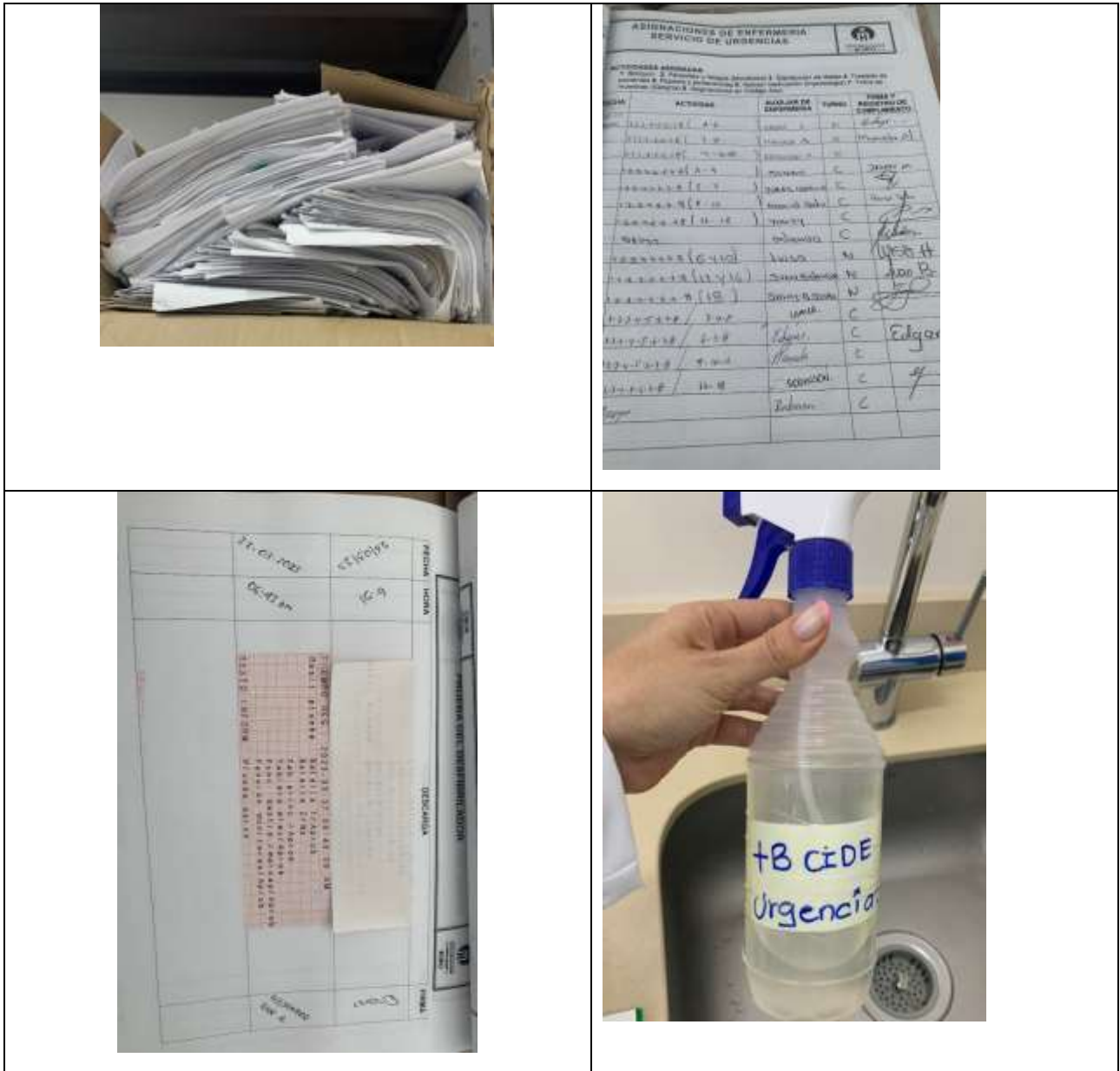
## RECOMENDACIONES:

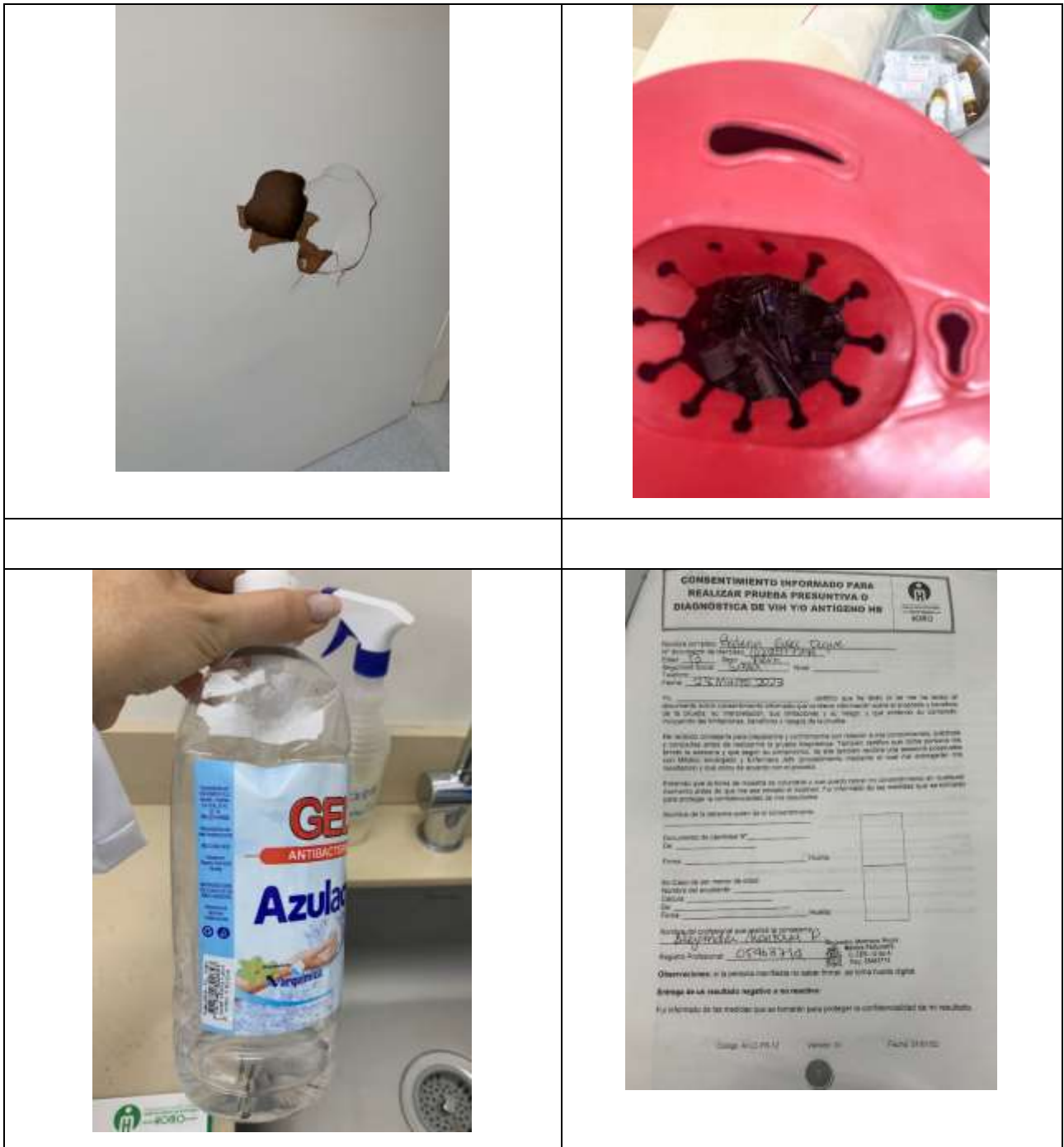
- Se sugiere reevaluar el indicador de consultas por urgencias ya que en lo corrido de la vigencia 2022 no se cumplió con el estándar de 480 consultas al mes y es evidente que la vigencia 2023 sigue esta misma tendencia.
- Asignar un espacio adecuado para el almacenamiento de archivo y demás objetos del servicio.
- Dar continuidad al personal asignado a admisiones en el servicio de urgencias, evitar la rotación del mismo para no perder el conocimiento y la habilidad adquirida para el desarrollo de dicho procedimiento.
- Diseñar estrategias de comunicación con la red hospitalaria que le permitan conocer a las partes interesadas las EPS que tienen contrato con el HOMO.

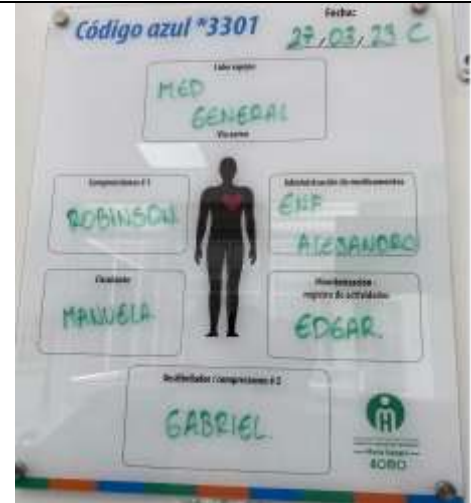
## CONCLUSIONES:

- Las atenciones del servicio de urgencias se han incrementado, lo cual se refleja en los indicadores de atención como en el uso de colchonetas para atender a los pacientes cuando se tiene la capacidad máxima del servicio; es importante gestionar soluciones de acuerdo a la tendencia de los indicadores.

ANEXOS







La oficina de Control interno establece un plazo Máximo de 10 días para la entrega del plan de Mejoramiento.

Atentamente,



**Juan Guillermo Henao Gómez**  
Jefe Asesor Control Interno



**Luz Deisy Tamayo Palacio**  
Profesional Universitario (E)



**Erika Monsalve Londoño**  
Técnico Administrativo