



Empresa Social del Estado  
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

— María Upegui —

HOMO



***“Integridad y Compromiso”***

***Oficina de Control Interno  
Informe de Auditoria  
Gestión de la Mejora Continua  
16 de Agosto 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 a la Gestión de la mejora continua, 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 el proceso relacionado, 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 proceso de gestión de la mejora continua con los requisitos establecidos en el modelo integrado de planeación y gestión y procedimientos aplicables, determinando su grado de cumplimiento.

## 3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Se verificó acorde a lo establecido en el procedimiento MC-PR-01 Elaboración de documentos internos la elaboración, actualización, eliminación y control de documentos del SIGC.
- Se Verifico el cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento MC-PR-02 Ronda administrativa y asistencial de seguridad del paciente.

- Se verifica la realización de las actividades establecidas en el procedimiento MC-PR-03 Programación de las auditorías internas.
- Se verifica acorde a lo establecido en el procedimiento MC-PR-04 Evaluación guías de prevención de fuga y suicidio que se estén aplicando estrictamente las guías de prevención de fuga y suicidio, para evitar o disminuir la materialización de estos riesgos durante el proceso de atención.

#### 4. ALCANCE

Esta auditoría tuvo como propósito realizar un seguimiento a la Gestión de la mejora continua desde el 01 de enero al 30 de Junio del año 2023, sin perjuicio de ampliar el alcance a períodos anteriores y posteriores de acuerdo a las circunstancias.

#### 5. MARCO LEGAL.

- Nomograma establecido en el SIGC.
- Procedimientos, riesgos, indicadores, puntos de control y demás criterios del proceso.

#### 6. METODOLOGÍA:

Para el desarrollo de la presente auditoría se utilizaron la verificación y análisis de documentos a través de pruebas selectivas, además se utilizaron 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 la gestión de Mejora Continua.

### 7.1 Mapa de Riesgos.

El mapa de los riesgos cuenta con 8 riesgos y se plantearon 19 controles, el proceso evaluado cuenta con la matriz de riesgo, la cual se le realizó seguimiento a marzo de 2023. A la fecha de la auditoría esta pendiente realizar seguimiento a junio de 2023. Se encuentra debidamente publicado en el SIGC.

### 7.2 Indicadores.

Se evidencia indicadores del proceso actualizados a 31 de julio de 2023.

### 7.3 Elaboración de documentos internos

De acuerdo en lo establecido en el procedimiento MC-PR-01 elaboración de documentos internos, cada líder de proceso identifica la necesidad de elaborar, actualizar o eliminar un documento, el cual es enviado al correo de [calidad@homo.gov.co](mailto:calidad@homo.gov.co) para su correspondiente revisión y ajuste del código, la versión, la fecha y el número de páginas del documentos para su posterior aprobación y publicación en el SIGC.

El área de calidad dispone del listado de control documental en el cual soportan los documentos que son elaborados y actualizados con su correspondiente control de cambio. La vigencia de los documentos es a 3 años por lo tanto el líder del proceso debe revisarlos de manera periódica y antes de cumplir el tiempo, si los documentos no requieren modificación se cambia la versión indicando como motivo la revisión del documento y se publica nuevamente en el SIGC. Para fines de control documental se cuenta con una carpeta de documentos vigentes y documentos obsoletos.

La líder del proceso de Mejora continua nos indica que todos los documentos se actualizaron a versión primera, por el cambio de razón social de la entidad.

#### 7.4 Ronda Administrativas y asistencial de seguridad del paciente.

Se definen como un mecanismo sistemático y continuo de mejoramiento para crear espacios de comunicación entre directivos, líderes y colaboradores de los servicios con el objetivo de determinar situaciones que afectan la calidad de los procesos asistenciales y generan situaciones de riesgo para los pacientes, detectar acciones del equipo de salud que mitigaron o minimizaron estos riesgos y fallas en los sistemas o en los procesos que pudieran afectar la ejecución de sus labores diarias, entre otros aspectos, así también como generar compromisos en doble vía para generar mejoramiento continuo en torno a la calidad y seguridad el paciente. Está a cargo de un enfermero profesional dependiente de Calidad, que verifica el cumplimiento de los requerimientos de seguridad y la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente en un proceso determinado; estas rondas tienen un enfoque constructivo, educativo y evaluativo.

En cuanto a las rondas administrativas y asistenciales de seguridad del paciente la líder de calidad nos manifiesta que se tiene programadas de manera semestral; sin embargo no se encuentra actualizado el manual con la presente periodicidad. Además se estableció que en base a los hallazgos que resultaran de las rondas se realizaría seguimiento a los planes de mejoramiento de manera semestral.

#### 7.5 Programación de Auditorías internas

Auditorías internas de Calidad son exámenes metódicos que se realizan para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen todas las disposiciones que se han establecido de forma previa.

La líder del proceso manifiesta que no se han realizado auditorías internas en la vigencia 2022 y 2023 debido a que hay oportunidades de mejora sin cerrar, por lo cual se le está haciendo el correspondiente tratamiento; además de realizar un consolidado de los planes de mejora de la entidad. De igual forma manifiesta que la matriz de determinación de frecuencia de unidades auditables no se ha trabajado este año, porque la metodología de acreditación prioriza las oportunidades de mejora enfocados en el proceso asistencial.

Además manifiesta que las auditorías internas de calidad en el 2023 se armonizaron con la ruta crítica del PAMEC, y se hizo autoevaluación de los 7 estándares de acreditación priorizando las oportunidades de mejora y se programaron dos auditorías de seguimiento en el año entre los meses de septiembre y octubre y otra en el mes de diciembre

## 7.6 Evaluación de adherencia a las guías de prevención de fuga y suicidio

La evaluación de la aplicación de la Guía para la prevención de fugas y suicidio de pacientes de la ESE se aplica a todas las historias clínicas de los pacientes que registran fuga durante la atención y suicidio durante la atención ambulatoria y hospitalaria. Ambas se identifican en la consolidación del reporte de incidentes y eventos adversos definido en el programa de seguridad del paciente de la institución.

La guía de prevención de fuga es aplicada por la profesional de Enfermería del área de Calidad y la guía de prevención de suicidio es aplicada por la Subgerencia de Prestación de Servicios; sin embargo para el presente año no se ha aplicado esta última.

## OBSERVACIONES

COMPONENTE AUDITADO	OBSERVACIÓN	CAUSA	EFEECTO
<b>Mapa de riesgos</b>	No existe seguimiento de los riesgos correspondiente al segundo trimestre del año 2023.	Inaplicabilidad a la política de administración de riesgo establecida por el HOMO.	Incumplimiento a los objetivos institucionales del HOMO. Afectación en la toma de decisiones Gerenciales.
Elaboración de documentos internos	En muestreo realizado en el proceso de gestión humana, gestión financiera y ambiente físico y tecnología, se observa que los formatos no cuentan con un consecutivo claro.	Inaplicabilidad de la norma ISO 9001-2015, numeral 7.5.3 “Control de la información documentada; específicamente el numeral 7.5.3.2 literal d. Inaplicabilidad al MIPG en su dimensión 5 “información y comunicación” gestión documental.	Carencia de validez en el sistema de gestión de calidad.

## HALLAZGOS

COMPONENTE AUDITADO	HALLAZGO	CRITERIO	CAUSA	EFEECTO
<b>Elaboración de documentos internos</b>	El listado de control documental no se encuentra actualizado con relación al SIGC. Proceso: <b>Ambiente físico y tecnología:</b> Apoyo Logístico y ambiental. -Formato verificación condiciones de vehículo de los residuos no coincide serie documental. -Formato planes de mantenimiento hospitalario, no se encuentra dentro del control documental. -Guía de limpieza de tanques de agua, la denominación no coincide con la establecida en el control documental. -Plan integral de residuos hospitalarios, la denominación y la versión no coinciden con la establecida en el control documental. -	Procedimiento MC-PR-01 Elaboración de documentos internos, numeral 5; actividad 10.  Norma ISO 9001-2015, numeral 7.5.3 "Control de la información documentada; específicamente el numeral 7.5.3.2 literal d.  MIPG en su dimensión 5 "información y comunicación" gestión documental.	Inaplicabilidad de la norma ISO 9001-2015, numeral 7.5.3 "Control de la información documentada; específicamente el numeral 7.5.3.2 literal d.  Inaplicabilidad al MIPG en su dimensión 5 "información y comunicación" gestión documental.  Inaplicabilidad Procedimiento MC-PR-01 Elaboración de documentos internos, numeral 5; actividad 10.	Inoperancia de los procesos.  Falta de claridad de los documentos de apoyo de las distintas gestión.  Aplicabilidad incorrecta de un procedimiento y/o documento soporte según sea el caso.  Carencia de validez en el sistema de gestión de calidad.



	<p>- Plan Hospitalario de emergencias; la denominación no coincide con la establecida en el control documental.</p> <p>-En el SIGC no se observa las siguientes políticas; política de la gestión de la tecnología acreditación, política de gobierno digital, política de seguridad digital, política de autorización y protección de datos personales.</p> <p><b>Gestión de la infraestructura de las TICS:</b></p> <p>-Los documentos de apoyo referenciados en la caracterización no corresponden a los que se encuentra referenciados en el control documental:</p> <p>-Matriz de reporte de indicadores e información.</p>			
--	--	--	--	--

	<p><b>Proceso Mejora Continua:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-En la caracterización no se encuentran todos los documentos de apoyo que se encuentran en el listado de control documental.</li> <li>-Se evidencia que los formato MC-FR-02, MC-FR-04 no coincide las denominaciones. Formato elaboración de procedimientos no corresponde la denominación ni código.</li> <li>-Formato instructivo MC-FR-06 no corresponde Código.</li> <li>-Formato Manual MC-FR 07 no corresponde código.</li> <li>-Formato Protocolo MC-FR-08 No corresponde Código.</li> <li>-Formato Plan MC-FR09 No corresponde código.</li> <li>-Formato Plan MC-FR-09 No corresponde Código.</li> <li>-Normograma MC-FR-15 No coincide la versión.</li> </ul>			
--	---	--	--	--

	<p>-Formato modelo MC-FR-10 no corresponde código. Ficha técnica MC-FR11 no coincide la versión.</p> <p>-Registro de Indicadores MC-FR-12 no coincide la versión.</p> <p>-Formato Programa MC-FR-14 no coincide código. Matriz de determinación de frecuencias auditables MC-FR-22 no corresponde denominación y fecha de actualización.</p> <p>-Formato Guía MC-FR-23 no coincide código. Declaración de no conflicto de intereses MC-FR-24 no coincide fecha de actualización.</p> <p>-MC-FR-44 No coincide con la denominación del listado de control documental.</p>			
--	--	--	--	--

	<p>-Control de salida no conforme MC-GA-02 No coincide con la denominación del listado de control documental.</p> <p>-Manual de mejoramiento continuo MC-MA-02 no coincide la versión.</p> <p>-Monitorización de historias clínicas y adherencia a guías clínicas MC-PR-05, no existe en el SICG.</p> <p>-Se evidencia que las fechas de actualización no coinciden con las del documento.</p>			
--	--	--	--	--

	<p><b>Proceso Gestión Financiera</b></p> <p>-En la caracterización no se encuentran todos los documentos de apoyo que se encuentran en el listado de control documental.</p> <p>-Gestión llamadas entidades GF-FR-07 no corresponde la denominación.</p> <p>Resumen Contrato salud mental GF-FR-31 no coincide la denominación.</p> <p>Capitación en salud mental GF-FR-37 No coincide la denominación.</p> <p>-Estado de situación Financiera GF-FR-47 No coincide denominación.</p>			
--	---	--	--	--

<p><b>Ronda Administrativas y asistencial de seguridad del paciente.</b></p>	<p>No se da cumplimiento a las actividades establecidas en el procedimiento debido a que las rondas se están haciendo de manera semestral y no es claro la periodicidad de la misma.</p>	<p>Procedimiento MC-PR-02</p>	<p>Inaplicabilidad al procedimiento MC-PR-02 “Ronda Administrativas y asistencial de seguridad del paciente”</p>	<p>Desactualización en los documentos que componen el sistema ocasionando la inoperancia del mismo.  Carencia de validez en el sistema de gestión de calidad.</p>
<p><b>Programación de Auditorías internas</b></p>	<p>- No existe programa de auditorías internas para la presente vigencia y cumplimiento de las demás acciones que se derivan del presente.  - No se encuentra actualizada la matriz de determinación de frecuencia y unidades auditables</p>	<p>Procedimiento MC-PR-03  Norma ISO 9001-2015, numeral 9 “Evaluación de desempeño”; específicamente el numeral 9.1.3 literal c. MIPG en su dimensión 4 “evaluación de resultados”</p>	<p>Inaplicabilidad al Procedimiento MC-PR-03 Programación de Auditorías internas.  Inaplicabilidad de la norma ISO 9001-2015, numeral 9 “Evaluación de desempeño”; específicamente el numeral 9.1.3 literal c.  Inaplicabilidad del MIPG en su dimensión 4 “evaluación de resultados”</p>	<p>Falta de claridad en la operación de la gestión toda vez que no se realiza lo que se encuentra documentado.  Carencia de validez en el sistema de gestión de calidad.</p>

<p><b>Evaluación de adherencia de las guías de prevención de fuga y suicidio</b></p>	<p>No se evidencia aplicación de la guía de prevención de suicidio</p>	<p>Procedimiento MC-PR-04 Norma ISO 9001-2015, numeral 7.5.3 “Control de la información documentada; específicamente el numeral 7.5.3.2 literal d. MIPG en su dimensión 5 “información y comunicación” gestión documental</p>	<p>Inaplicabilidad del procedimiento MC-PR-04. Inaplicabilidad norma ISO 9001-2015, numeral 7.5.3 “Control de la información documentada; específicamente el numeral 7.5.3.2 literal d. Inaplicabilidad MIPG en su dimensión 5 “información y comunicación” gestión documental</p>	<p>Se ejerce poco control sobre la efectividad y eficacia de la evaluación de adherencia a la guías de prevención de suicidio. Falta de intervención en la manera que se aplica, generando poca adherencia a la guía. Carencia de validez en el sistema de gestión de calidad.</p>
--	--	---	--	--

## RECOMENDACIONES:

- Actualizar documentación vigente en cada proceso.
- Ajustar los procedimientos del área de acuerdo a lo que se está realizando.
- Evidenciar cumplimiento a las actividades establecidas en los procedimientos que hacen parte del proceso de la mejora continua.
- Darle seguimiento y cierre a las oportunidades de mejora que se encuentran en el plan integrado de mejoramiento.
- Verificar documentos de apoyo en las caracterizaciones de los procesos de acuerdo a los que son de uso interno del mismo.

## CONCLUSIONES:

- Se observa que se presenta una incongruencia en la información plasmada en el proceso de gestión de la mejora continua conformado por los siguientes procedimientos: 1) MC-PR-01 Elaboración de documentos internos 2) MC-PR-02 Ronda administrativa y asistencial de seguridad del paciente 3) MC-PR-03 Programación de las auditorías internas 4) MC-PR-04 Evaluación guías de prevención de fuga y suicidio, teniendo en cuenta que una vez revisado la ejecución de los mismos, se evidencia que algunas actividades no se ejecutan, o se realizan de forma parcial, por lo cual se está generando incumplimiento.
- El mejoramiento continuo debe estar inmerso en la cultura organizacional, en las políticas de la empresa y debe ser socializado en forma permanente.





**GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA**  
República de Colombia

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 Universitaria (E)

**MARIA CAMILA JIMENEZ JIMENEZ**  
Abogada- Contratista



Calle 38 No 55-310 Bello-Colombia - Teléfono: (604) 4448330 Fax: (604) 4527479  
Línea de atención 018000 417474. Nit: 890.905.166-8. [www.homo.gov.co](http://www.homo.gov.co)

Código: CTR-FR-06

Versión: primera

Fecha: 03/03/2022