

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 1 de 18

INFORME FINAL AUDITORÍA INTERNA NEONATOS HUSJ ESE POPAYÁN

VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO
ASESOR OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
LÍDER AUDITOR

ELKIN IDARRAGA
APOYO AUDITOR ASISTENCIAL

OFICINA DE CONTROL INTERNO
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ ESE POPAYÁN
DICIEMBRE
2024

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	3
2. MARCO LEGAL	3
3. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA	4
3.1. OBJETIVO GENERAL:	4
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	4
4. ALCANCE DE LA AUDITORIA:.....	5
5. EQUIPO AUDITOR.....	5
6. METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA.....	5
7. ARTICULACIÓN CON EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI	6
8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA	7
8.1. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA.....	7
8.2. OBSERVACIONES AL PROCESO DE GESTIÓN DOCUMENTAL:	10
9. CONCLUSIONES	17
10. RECOMENDACIONES	17

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno del Hospital Universitario San José ese Popayán, de conformidad a las facultades señaladas en los artículos 209 y 269 de la Constitución Política de Colombia, la Ley 87 de 1993 y el Decreto 648 de 2017 en lo que respecta a los Roles de "Evaluación y Seguimiento" y "Enfoque hacia la prevención" y en estricto cumplimiento al Plan General de Auditoría para la Vigencia 2024, aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno en diciembre de 2023, realizó la Auditoría Interna al Proceso de Neonatos, con la finalidad de verificar el estado del Proceso, los procedimientos, cumplimiento de indicadores, matriz de riesgos y el cumplimiento de la normatividad aplicable. El propósito de la presente auditoría es contribuir en la búsqueda del mejoramiento continuo del proceso, como apoyo al logro de los objetivos y metas de la Entidad.

El informe de auditoría es el medio más usado para comunicar las observaciones y/o hallazgos a la Alta Dirección de la Organización sobre los resultados obtenidos por el trabajo efectuado de una manera objetiva, clara y precisa, que le permite a la Entidad tomar decisiones y acciones de mejora frente a los hallazgos registrados y que sirven de indicio para la toma de decisiones para el proceso. En este informe se describen los hechos o situaciones detectadas de tal forma que se exponen las observaciones y/o hallazgos, de acuerdo con los objetivos planteados en la auditoría y el alcance de la misma.

La revisión y evaluación de la información es llevado a cabo de forma física y virtual en las oficinas del Proceso de Gestión Documental y la documentación solicitada vía correo electrónico, con la finalidad de seguir con el cronograma del plan de trabajo de auditoría y dar cumplimiento a los objetivos de esta.

2. MARCO LEGAL

- Constitución Política de 1991- Artículos 209 y 269 Todas las entidades públicas en sus diferentes órdenes y niveles deben contar con métodos y procedimientos de control interno.
- Ley 100 de 1993
- Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones."
- Ley 489 de 1998
- Decreto 1876 de 1994

- Decreto 886 de 1996
- Decreto 1083 de 2015 – Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública – Control Interno – MECI.
- Decreto Único Reglamentario 780 de 2026: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
- Resolución 406 de 2017 – Se conforman los órganos de coordinación del Sistema de Control Interno de APC- Colombia.
- *Decreto 648 de 2017, "Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública".*

3. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA

3.1. OBJETIVO GENERAL:

El propósito de la auditoria, es establecer los parámetros para una revisión general con énfasis en los aspectos críticos detectados en los procesos y procedimientos realizados en las diferentes áreas Administrativas, con el fin de formular recomendaciones y oportunidades de mejoramiento sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, los planes, programas, proyectos y procesos, propendiendo con ello el fortalecimiento del control interno, a partir de evidencias, hallazgos y criterios válidos. De igual manera, apoyar a la dirección en la toma de decisiones necesarias para corregir las desviaciones, mediante la formulación de acciones de mejoramiento correspondientes.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Velar porque las actividades y recursos se dirijan al cumplimiento de la Misión establecida en el plan de desarrollo, como es: *"El Hospital Universitario San José de Popayán, presta servicios de salud de alta complejidad a los usuarios, sus familias y comunidad, con enfoque de calidad y mejoramiento continuo, por medio de su talento humano comprometido con la integridad, seguridad y humanización del servicio, apoyado en procesos de docencia e investigación".*
- Y en cumplimiento de su Visión, *"Al año 2030, estar consolidados como un hospital universitario acreditado en salud, reconocido a nivel nacional, con énfasis en prestación de servicios complementarios, mediante un modelo de atención integral, con enfoque de gestión sostenible por su efectividad, responsabilidad social, ambiental e innovación".*

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 5 de 18

- Evaluar el cumplimiento de los planes, programas, proyectos y planes de acción y sus metas establecidas, de acuerdo con objetivos misionales.
- Evaluar el cumplimiento de las acciones definidas en los planes de mejoramiento, producto de las auditorías de los organismos de control y de la oficina de control interno.
- Propender por la transparencia en la gestión realizada y de esta manera minimizar los posibles hallazgos en el momento en que los entes de control realicen una auditoría integral a la vigencia actual.
- Mediante los resultados obtenidos, generar recomendaciones que contribuyan a la mejora continua en las distintas áreas y servicios complementarios que interactúan con el Proceso de la oficina asesora jurídica.

4. ALCANCE DE LA AUDITORIA:

Evaluar el cumplimiento de todos los planes a cargo del Proceso de neonatos, con base a los riesgos relevantes, planes de acción, procesos, procedimientos, guías de práctica médica, mapa de riesgos, y de los planes de mejoramiento suscritos a la fecha con cualquier ente de control, y determinar si los recursos financieros asignados han sido manejados con eficiencia y eficacia.

5. EQUIPO AUDITOR

Para la ejecución de la auditoría se ha designado el siguiente equipo de profesionales:

1. VÍCTOR FABIO GÓMEZ FRANCO. Asesor Oficina Asesora de Control Interno del HUSJ - Auditor Líder.
2. ELKIN JAVIER IDARRAGA GRANDA. Profesional de apoyo asistencial de CI – Apoyo auditoría.

6. METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA

La Auditoría se realizó de acuerdo con las normas y procedimientos generalmente adoptados, mediante visita a su área, determinados en el manual de procedimiento de auditoría aprobado en el 2018, siguiendo el Formato de Plan de Trabajo de la Auditoría.

La Oficina de Control Interno, en concordancia a los roles determinados por el Decreto 648 de 2017, implementó el Procedimiento de "Auditoría Interna". Este Procedimiento señala

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca
Email: GESCONTROL@HOSPITALSANJOSE.GOV.CO
Líneas de atención: 6028234508 EXT. 115
Oficina de atención al usuario: 6028234508 EXT. 202
www.hopitalsanjose.gov.co

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 6 de 18

entre otros registros referenciados; el plan de trabajo. Este registro es soporte de gran ayuda en la ejecución de la auditoría.

Seguidamente se solicitó información con el fin de verificar el cumplimiento planes de acción, procesos, procedimientos, guías, mapa de riesgos, y de los planes de mejoramiento suscritos a la fecha con cualquier ente de control en el marco de la Ley, conforme a los Procedimientos documentados.

Por otro lado, se implementó como técnica de auditoría; la Consulta, en donde a través de reuniones presenciales con los colaboradores del proceso se procedió a realizar inspección, análisis y cotejo de la información solicitada previamente y entregada por la Líder del Proceso, preliminarmente se dio a conocer un cuestionario en donde se solicitó información conforme a las preguntas efectuadas por el equipo auditor.

Finalmente y en este documento se presentó el informe preliminar a los Responsables del Proceso Auditado, en donde quedaron plasmadas; observaciones (Posibles hallazgos) , fortalezas, recomendaciones, y conclusiones como parte del resultado de la Auditoría.

7. ARTICULACIÓN CON EL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI

La auditoría interna efectuada al proceso de Gestión Documental del Hospital Universitario San José, se realizó en el marco de la séptima dimensión “Control Interno” del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), de conformidad con lo establecido en el componente “5 Implementar las Actividades de Monitoreo y Supervisión Continua en la Entidad” del numeral “7.2.1 Diseñar y mantener de manera adecuada y efectiva el MECI desarrollando las siguientes actividades para cada uno de sus componentes” que establece: “La auditoría se constituye en una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno” y en concordancia con lo establecido para la tercera línea de defensa (Oficina de Control Interno) a la que corresponde: “Proporcionar información sobre la efectividad del Sistema de Control Interno (SCI), la operación de la primera y segunda línea de defensa con un enfoque basado en riesgos”

8. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA

8.1. RESULTADOS DE LA AUDITORÍA

NOMBRE DEL AUDITOR: Víctor Fabio Gómez Franco, María Amparo Muñoz, Elkin Idárraga			FECHA: Octubre 24 del 2024			
PROCESO AUDITADO: Proceso de Neonatos						
OBJETIVO: El propósito de la auditoria, es establecer los parámetros para una revisión general con énfasis en los aspectos críticos detectados en los procesos y procedimientos realizados en los diferentes procesos de la administración, con el fin de formular recomendaciones y oportunidades de mejoramiento sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, los planes, programas, proyectos y procesos, propendiendo con ello el fortalecimiento del control interno, a partir de evidencias, hallazgos y criterios válidos. De igual manera, apoyar a la dirección en la toma de decisiones necesarias para corregir las desviaciones, mediante la formulación de acciones de mejoramiento correspondientes. Al año 2023						
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Velar porque las actividades y recursos se dirijan al cumplimiento de los objetivos del plan de desarrollo del “Hospital Universitario San José de Popayán”, por medio de los planes de acción de cada una de los procesos o servicios involucrados. - Evaluar el cumplimiento de los planes, programas, proyectos y planes de acción y sus metas establecidas, de acuerdo con objetivos misionales. - Evaluar el cumplimiento de las acciones definidas en los planes de mejoramiento, producto de las auditorias de los organismos de control y de la Oficina Asesora de control interno. Propender por la transparencia en la gestión realizada y de esta manera minimizar los posibles hallazgos en el momento en que los entes de control realicen una auditoría integral a la vigencia actual, mediante los resultados obtenidos, generar recomendaciones que contribuyan a la mejora continua del Proceso de neonatos.						
ALCANCE DE LA AUDITORIA: Evaluación Proceso de Neonatos.						
ITEM	PREGUNTA O ASPECTO A EVALUAR	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES Y HALLAZGOS	P/D
		SI	NO	N/A		
1	Seguimiento y evaluación de los planes a cargo del área auditada.				Con respecto al PAI, la oficina de Planeación informa que el proceso de neonatos tiene un cumplimiento del 100% Respecto a los planes de mejoramiento suscritos, en el año 2023. cumplió con el P.M. del comité, los hallazgos son: ✓ Pendientes las capacitaciones para el segundo semestre de las 7 políticas	D

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 8 de 18

					✓ Seguridad de calidad con cumplimiento del 62% ✓ Cumplimiento de los planes con gestión ambiental 97% ✓ Se comprobó con planeación cumplimiento del 100%,	
2	Control del cumplimiento de normas que corresponden al proceso de Neonatos				La oficina de Planeación informa que el proceso de neonatos solo cuenta con normograma del año 2021, que a la fecha no se ha actualizado, debido a que la norma no varía y tampoco se ha modificado. Se anexa cuadro de normograma. Pero se realizara actualización a 2024	D
3	Aplicabilidad de los procesos y procedimientos a cargo (mapa de proceso)				Dentro del mapa de procesos del servicio de neonatos, se tiene como objetivo garantizar el acceso y la oportunidad en la atención, con evidencia que no se encontraron si no actas, sin el cumplimiento de los requisitos para realizarlas # 20, se enviaran dichas actas como evidencia, por que la coordinadora anterior no entrego el cargo y las tareas	
4	Aplicabilidad seguimiento del mapa de riesgo incluido los de corrupción.				Con respecto al riesgo de afectación económica y reputacional por Afluencia de pacientes a neonatos sin remisión, o Remisiones no pertinentes para el nivel de atención, o Inoportunidad en respuesta a interconsultas, que genere colapso del servicio de Neonatos del Hospital, el proceso realiza seguimiento a la frecuencia de situaciones de colapso tomando acciones preventivas y correctivas pertinentes para su control. El plan de contingencia en caso de colapso del servicio realizado en el año 2021, sigue vigente. Debe actualizarse para el año 2024 Con el riesgo de posibilidad de afectación económica y reputacional por alta rotación del personal contratado, sin capacitación e inducción y sin compromiso institucional, sin adherencia a guías, protocolos y procedimientos asistenciales y administrativos que generen eventos adversos (caída de pacientes, lesiones por presión, auto retiros de dispositivos médicos e IAAS) el proceso ha tenido en cuenta la revisión en conjunto con talento humano revisando que cada uno de los colaboradores que ingresen, cuenten con la certificación de TH donde verifican competencia, capacitación, entrenamiento y experiencia. Se verifica además en la ruta de	D

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 9 de 18

					ingreso estos aspectos que garantizan el ingreso adecuado de los funcionarios cada uno con certificación del cumplimiento de la ruta de talento humano. Se hace seguimiento a adherencia a guías, protocolos, procesos y procedimientos de alta del paciente en los diferentes servicios. Cuando se retire un colaborador deberá realizar acta de entrega del cargo, en esta oportunidad la coordinadora anterior no dejó evidencia de la entrega del cargo y sus planes de mejora. Se debe anexar indicadores de adherencia. (Matrix de indicadores institucionales) anexar	
5	Seguimientos a comités institucionales				El proceso de Neonatos hace parte de los siguientes comités: comité de infecciones, comité de historias clínicas, comité de eventos adversos, comité de vigilancia epidemiología y estadística, comité de emergencias, comité de eventos adversos, comité de transfusiones, comité de estadísticas vitales, comité de IAAS. (pendiente rastreo, por que la persona coordinadora de neonatos no realizo la entrega del cargo) Se deben anexar copia de actas de participación.	D
6	Manuales y GPC, adherencias a protocolos y guías de practica clinica				Se evidencia en mapa de procesos institucionales, .En cuanto a guías de manejo se evidencia que están publicados en plataforma las guías, pero es necesario de acuerdo al perfil epidemiológico, al cual hay que hacerle un ajuste debido a que hay causas inespecíficas que no corresponden al nivel de complejidad y tenemos plan de mejora con la junta del ICONTEC para acreditarnos, realizar nuevas guías y actualizar las existentes. Adherencia en protocolos de enfermería de 2023: 92,57% Adherencia en guías medicas de 2023: 79,37% Actualizando 4 guías, anexar el avance	D
7	Política documental y PQRS				El proceso de Neonatos, debe presentar como evidencia a este ítem, una carta/oficio firmado por la jefe del área de SIAU, donde manifiesta que el proceso de Neonatos se encuentra al día en todos los requerimientos de PQR solicitados desde esa área, y que este mismo proceso de	D

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 10 de 18

					Neonatos ha implementado con cumplimiento planes de mejoramiento para mitigar el número de quejas y ha usado las sugerencias para gestionar mejoras en el servicio. Se debe anexar oficio de evidencia. Se recibió de parte de SIAU la información y no hay pendientes de PQRS	
8	Informe de evaluación desempeño			X	No aplica para el proceso auditado	

8.2. OBSERVACIONES AL PROCESO DE NEONATOS:

OBSERVACIÓN Nro. 2

Control del cumplimiento de normas que corresponden al proceso de Neonatos

La oficina de Planeación informa que el proceso de neonatos solo cuenta con normograma del año 2021, que a la fecha no se ha actualizado, Se anexa cuadro de normograma. Pero se realizara actualización a 2024

Seguimiento y evaluación de los planes a cargo del área auditada.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E. NORMOGRAMA INSTITUCIONAL 2021					
TIPO		FORMATO			
NOMBRE		NORMOGRAMA UCI NEONATOLOGÍA - BANCO DE LECHE HUMANA			
ÍTEMS	CLASE	#	FECHA	DESCRIPCIÓN - ASPECTOS QUE REGLAMENTA LA Norma	
1	C.P.	269	1991	Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. ARTÍCULO 27. DERECHO A LA SALUD. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.	
2	Ley	100	1993		
3	Decreto	466	2021		
4	Decreto	1397	1992	Por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna	
5	Resolución	3100	2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud	
6	Guía	180	2019	GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN DE HUO DE MADRE CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES (RPMO)	
7	Guía	250	2016	GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN DE REQUERIMIENTOS DE LÍQUIDOS Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS MAS FRECUENTES PD f	
8	Guía	178	2020	GUÍA DE MAN EJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO SEPSIS Y MENINGITIS NEONATAL	
9	Guía	241	2016	GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN DE RETINOPATIA DEL PREMATURO (ROP) PD f	
10	Guía	176	2020	GUÍA DE MAN EJO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO DE ICTERICIA NEONATAL	
11	Guía	637	2020	GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL RECIEN NACIDO.	
12	Guía	117	2020	GUÍA DE PRACTICA CLINICA RECIEN NACIDO PREMATURO.	

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 05
		Página 11 de 18

Presunta falla en falta de actualización normativa del proceso de neonatos.

Fuente de Criterio: El Hospital Universitario san Jose ha establecido un normograma para cada uno de los procesos asistenciales, el cual se satisface con la actualización normativa para cada año de vigencia,

Causa: Presunta falta de actualización normativa del proceso de neonatos

Efecto: Presunta falla en el seguimiento que el recurso humano, realice la actualización normativa al proceso cada año de vigencia.

Presunta incidencia: Administrativa.

Presuntos responsables: Proceso de neonatos.

OBSERVACION Nro 5

Seguimientos a comités institucionales

El proceso de Neonatos hace parte de los siguientes comités: comité de infecciones, comité de historias clínicas, comité de eventos adversos, comité de vigilancia epidemiología y estadística, comité de emergencias, comité de eventos adversos, comité de transfusiones, comité de estadísticas vitales, comité de IAAS. (pendiente rastreo, por que la persona coordinadora de neonatos no realizo la entrega del cargo)

Se deben anexar copia de actas de participación.

Presunta falla en seguimientos a comités de participación del proceso de neonatos.

Fuente de Criterio: El Hospital Universitario san Jose ha establecido unos comités de obligatorio cumplimiento para cada uno de los procesos asistenciales, Los comités son un instrumento valioso para implementar las acciones de seguimiento en todos los niveles de la auditoría y son promovidos por el nivel de la auditoría interna. Para la auditoría externa, o la que se da entre comprador e instituciones prestadoras, los comités son de igual forma un mecanismo de seguimiento y monitoreo a la calidad de los procesos prioritarios que acuerden las instituciones y a los resultados negativos que se presenten en la atención.

Causa: Presunta falta de no poseer las actas que informen de la participación en los comités institucionales, del proceso de neonatos

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN EN ALIANZA POR UNA ATENCIÓN DIGNA E INTEGRAL NIT. 891.580.002-5	CONTROL INTERNO		FO-ARH-01
			Versión: 05
			Página 12 de 18

Efecto: Presunta falla en el seguimiento que el recurso humano, realice la participación del proceso de neonatos a las reuniones de los comités institucionales.

Presunta incidencia: Administrativa.

Presuntos responsables: Proceso de neonatos.

OBSERVACIÓN Nro. 6

Manuales y GPC, adherencias a protocolos y guías de práctica clínica

Se evidencia en mapa de procesos institucionales, .En cuanto a guías de manejo se evidencia que están publicados en plataforma las guías, pero es necesario de acuerdo al perfil epidemiológico, al cual hay que hacerle un ajuste debido a que hay causas inespecíficas que no corresponden al nivel de complejidad y tenemos plan de mejora con la junta del ICONTEC para acreditarlos, realizar nuevas guías y actualizar las existentes.

Adherencia en guías medicas de 2023: 79,37%, estándar $\geq 85\%$

Adherencia al protocolo de lavado de manos de 2023 del 65,92% , estándar $\geq 90\%$

Actualizando 4 guías, anexar el avance

Ver Matriz de seguimiento a indicadores institucionales proceso sistencial HUSJ.2023

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 13 de 18

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ COMPROMISO POR LA SALUD, EL CUIDADO Y LA CALIDAD Confiar y valor para su vida		MATRIZ DE SEGUIMIENTO A INDICADORES INSTITUCIONALES PROCESOS ASISTENCIAL								
PROCESO: NEONATOS		RESPONSABLE: DRA. GLORIA ELIZABETH MARTÍNEZ OROZCO					FECHA DE REPORTE	10/10/2023		
No.	Nombre del indicador	Unidad de medida	Meta ≥ ó ≤	Resultado vigencia anterior	Resultado I Trimestre	Resultado II Trimestre	Resultado III Trimestre	Resultado IV Trimestre	Resultado final vigencia actual	Variación vigencia
1	Porcentaje Ocupacional	%	>85%	90,3%	95,6%	92,6%	90,5%	93,2%	92,8%	2,7%
2	Promedio de Egresos por cama - Giro Cama	Egresos/Cama	>3		6,6%	8,2%	7,4%	6,0%	6,6%	100,0%
3	Promedio Días de Estancia	Días	<7	0,00	3,24	3,95	4,69	4,96	3,95	1,00
4	Calidad de Registro en la Historia Clínica Médica	%	>90%		99,60	97,90	99,20	98,50%	99%	1,00
5	Adherencia a Protocolos de enfermería	%	>85%		97,50%	94,40%	94,97%	94,40%	92,79%	100%
6	Calidad de Registro en la Historia Clínica de Enfermería	%	>90%	2,25	96%	92,62	91%	93,19%	95,56%	-135%
7	Porcentaje de reingreso de paciente hospitalizado antes de 15 días	%	<3%	2,39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
8	Porcentaje de pacientes con demanda insatisfecha	%	<10%	1,20	0,56	1,66	0,75	1,19%	1,10	-0,09
9	Adherencia al Protocolo de higiene de manos	%	≥ 40%	63,76%	69,39%	61%	73,68%	69,09%	66,67%	4,37%
10	Adherencia al protocolo de lavado de manos	%	≥ 90%	60,76%	60,53%	53,45%	69,09%	76,39%	65,92%	7,83%
11	Análisis de mortalidad intrahospitalaria	%	= 100%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%
12	Porcentaje Ocupacional	%	≥ 85%	87,00%	83,75%	117,05%	116,30%	97,75%	103,82%	16,19%
13	Promedio de Egresos por cama - Giro Cama	Egresos/Cama	≥ 6	6,84	6,60	8,18	7,44	6,14	7,09	0,03
14	Promedio Días de Estancia	Días	≤5	4,04	3,24	3,95	4,69	4,96	4,20	0,04
15	Porcentaje de adherencia a Guías de Atención	%	≥ 85%	93,41%	N/A	N/A	93,9%	100,0%	93,9%	0,01
16	Porcentaje de extubación fallida	%	≤15%	5,73%	6,45%	0,00%	2,10%	2,11%	2,13%	-169,53%
17	Tasa de extubación no planeada	Tasa	≤1	1,91	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
18	Porcentaje de muertes antes de 48 horas	%	≤1%	0,28%	0,00%	0,46%	0,51%	0,62%	0,40%	0,00%
19	Cumplimiento de la Estrategia de la Institución Amiga de la Mujer y la Infancia	%	≥ 80%	80,50%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	-0,6%
20	Demanda Insatisfecha Ingreso a Unidades de Cuidado Crítico	%	≤5%	0,38%	0,6%	1,7%	0,7%	1,2%	1,1%	64,5%
21	Leche humana administrada al receptor.	%	≥ 80%	94,30%	93,1%	90,1%	99,2%	99,1%	94,9%	0,7%
CUMPLIMIENTO GENERAL DE INDICADORES (número de indicadores cumplidos / total de indicadores * 100)									95%	

Fuente: indicadores institucionales de HUSJ

Adherencia en guías medicas de 2023: 79,37%

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

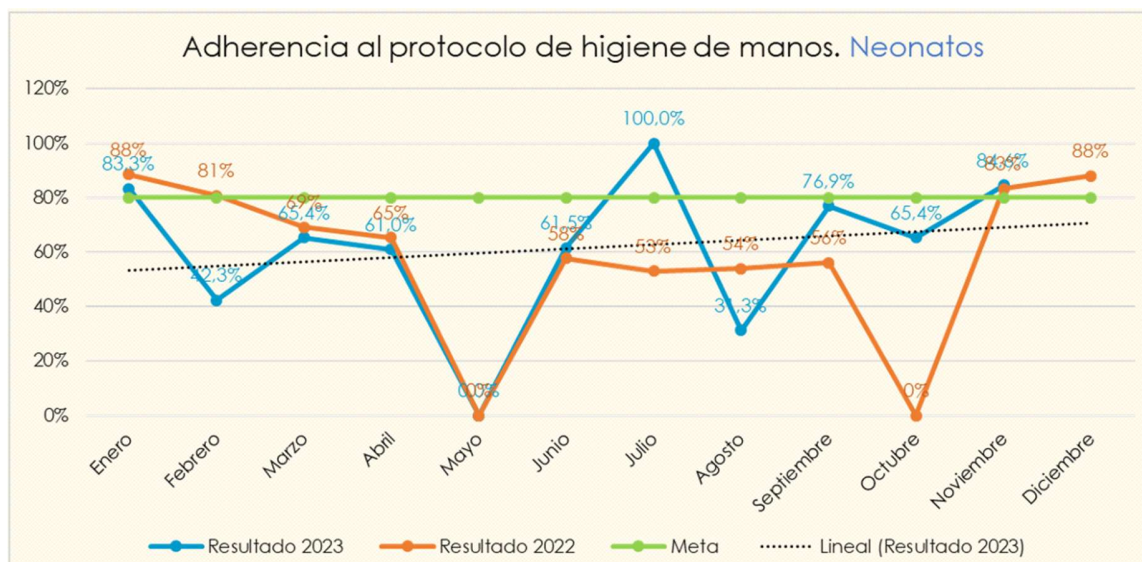
Versión: 05

Página 14 de 18

Medicos				
Servicio	2020	2021	2022	2023
Urgencias pediatria	87,76%	94,88%	96,75%	93,36%
Urgencias Ginecologia	92,93%	82,49%	89,99%	98,70%
Urgencias Adultos	89,11%	89,60%	92,52%	93,90%
UCI P II	-	-	-	86,80%
UCI P	97,74%	97,47%	86,90%	97,76%
UCINT III	-	-	-	87,50%
UCINT	85,38%	96,29%	95,38%	95,68%
UCI III	-	-	-	86,36%
UCI	95,47%	96,52%	94,62%	94,58%
Unidad Mental	86,03%	88,76%	90,37%	92,72%
Traumatologia	86,35%	90,69%	99,53%	99,82%
Sala de Partos	-	95,74%	90,20%	89,82%
Unidad de quemados pediatrico	96,68%	95,51%	97,06%	96,42%
Quirurgicas	-	-	100%	100%
Quimioterapia	-	-	-	-
Pediatría Salas	37,91%	94,47%	92,51%	64,14%
Neonatos	98,90%	97,61%	97,38%	79,37%
Nefrologia	93,61%	96,38%	95,88%	75,50%
Medico Quirurgicas	-	-	-	-
Medicas	88,84%	54,12%	74,47%	58,28%
Ginecologia salas	52,45%	93,31%	81,88%	49,67%
Endoscopia	97,88%	91,73%	92,30%	70,69%
Cirugia	94,40%	95,49%	95,49%	95,13%
Consulta Externa	75,45%	76,69%	78,95%	79,47%

Fuente: Estadística Vulcano HUSJ

Adherencia al protocolo de lavado de manos 2023, 65,62%, y correlacionado con el comité de IAAS 84%, sigue estando bajo en correspondencia con el estándar de $\geq 90\%$



Fuente Comité de IAAS. HUSJ.2023

Se adjunta el perfil de morbilidad 2023, en donde se puede evidenciar las 10 primeras causas de diagnóstico en Neonatos, se observa que corresponden a diagnósticos que no reflejan atenciones de un hospital de alta complejidad, como otros recién nacidos prematuro, asfixia del nacimiento no especificada, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, inmadurez extrema.

MORBILIDAD DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE NEONATOS 2023

Fuente: Estadística HUSJ

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL		168
SEPSIS DEL RECIEN NACIDO DEBIDA A OTRAS BACTERIAS		41
OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO		30
ASFIXIA DEL NACIMIENTO- SEVERA		23
ICTERICIA NEONATAL POR OTRAS CAUSAS ESPECIFICADAS		21
FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR OTRAS AFECIONES MATERNAS		15
INMADUREZ EXTREMA		14
ASFIXIA DEL NACIMIENTO- NO ESPECIFICADA		9
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO		5
ASFIXIA DEL NACIMIENTO- LEVE Y MODERADA		5
OTRAS DIFICULTADES RESPIRATORIAS DEL RECIEN NACIDO		5

Fuente: Estadística HUSJ

Presunta falla en una inadecuada codificación de los diagnósticos para que correspondan a un hospital de alta complejidad, como son: como otros recién nacidos pretermino, asfixia del nacimiento no especificada, síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, inmadurez extrema. adherencias medicas a las GPC por debajo del estándar esperado 79,37%, estándar esperado $\geq 85\%$, Adherencia al protocolo de lavado de manos de 2023 del 65,92%, estándar $\geq 90\%$

Fuente de Criterio: Colombia a través de la Resolución número 1895 de 2001, adoptó para la codificación de morbilidad en el país, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - Décima revisión. Diagnósticos de CIE-10 que no corresponden a una institución de tercer nivel, que tiene el recurso humano, ayudas de diagnóstico y terapéuticas capaz de realizar una adecuada codificación de los diagnósticos en el servicio de neonatos. Sentencia T-001 de 2021 “La Corte Constitucional advirtió que toda persona tiene derecho a recibir un diagnóstico de su condición médica, el cual se satisface con la realización de exámenes y la consecuente prescripción de tratamientos que se deben determinar con el máximo grado de certeza permitido por la ciencia y la tecnología para aplicar el procedimiento médico más adecuado.

La implementación de GPC se enmarca dentro de los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y se fundamenta en cambios organizativos. Por tanto, se deberán evaluar los siguientes documentos o guías o disponer de conocimientos relacionados con los siguientes temas:

Herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad.

Cultura organizacional.

Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. Procesos prioritarios en los Sistemas Únicos de Habilitación y de Acreditación.

Una de las acciones fundamentales más utilizadas para evitar estas infecciones es la correcta

higiene de manos. Es un indicador que está lejos de lo esperado, A través del lavado de manos se busca:

- Evitar la diseminación de gérmenes y microorganismos de una persona a otra.
- Protegerse a sí mismo.
- Evitar la contaminación de material limpio.
- Eliminar la flora transitoria de la piel.

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 17 de 18

Causa: Presunta falta de monitorización, a la codificación de los diagnósticos de CIE-10. A la adherencia de protocolos y GPC en el proceso de neonatos

Efecto: Presunta falla en el seguimiento que el recurso humano, codifique adecuadamente a los pacientes que ingresan a la institución, se monitorizen los protocolos y guías de práctica clínica.

Presunta incidencia: Administrativa.

Presuntos responsables: Proceso de neonatos.

9. CONCLUSIONES

Con este informe final de auditoría, se debe establecer de parte del proceso de neonatos, un plan de mejora. El plazo son 10 días hábiles a partir de recibido el informe.

10. RECOMENDACIONES

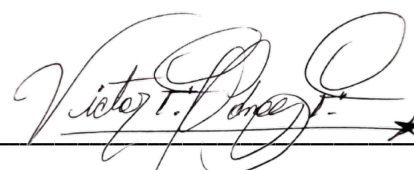
Seguir las recomendaciones trabajadas, para el logro de un proceso maduro, y acorde a las exigencias del proceso de acreditación institucional, sin dejar de lado las sugerencias dadas en este informe para el logro de las metas institucionales y cumplimiento del proceso de neonatos

CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 05

Página 18 de 18

Generó plan de mejoramiento: Si ☒ No ☐		No. Observaciones: 3
ELABORADO POR:  _____ ELKIN IDARRAGA AFILIADO PARTICIPE -ASTRASALUD		APROBADO POR:  _____ VICTOR FABIO GOMEZ FRANCO JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
		FECHA DE APROBACION: 13 de febrero de 2025