

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA INTERNA	Página 1 de 6

ID DE LA AUDITORIA: AI-03-2021	PROCESO A AUDITAR: Gestión del Servicio Pericial- Patología	UNIDAD ORGANIZACIONAL: Regional Norte- Seccional Magdalena-Santa Marta. Regional Occidente – Pereira. Regional Bogotá – Sede Central Regional: Noroccidente – Medellín	FECHA DE AUDITORIA: Planeación: 2021-04-26 a 2021-05-07 Ejecución: 2021-05-10 a 2021-06-04 Informe: 2021-06-08 a 2021-06-22
--	---	---	---

OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

1. Verificar el cumplimiento de los requisitos de la norma técnica colombiana: NTC-ISO/IEC 17020:2012, para mantener y garantizar el Sistema Integrado de Gestión en el organismo de inspección y el desarrollo de los procesos acorde con la normatividad vigente.
2. Verificar la capacidad para determinar riesgos, oportunidades y la implementación de acciones y controles para ser abordados.
3. Verificar cumplimiento de los objetivos relacionados con su proceso.

ALCANCE DE LA AUDITORIA:

Desde la fecha de la última auditoría interna realizada y en las muestras que no cuenten con auditoria reciente, desde enero 2020 a la fecha de la auditoria.

Para los documentos definidos en la columna denominada "CRITERIOS DE AUDITORIA"

Para las ubicaciones definidas en la columna denominada "UNIDAD(ES) ORGANIZACIONAL".

CRITERIOS DE AUDITORIA:

NTC-ISO/IEC 17020:2012:

Numeral 4 Requisitos generales

Numeral 5 Requisitos relativos a la estructura

Numeral 6 Requisitos relativos a los recursos

Numeral 7 Requisitos de los procesos

Numeral 8 Requisitos relativos al sistema de gestión

Criterios Específicos de Acreditación de ONAC:

Reglas del Servicio de Acreditación. RAC--3.0--01 Versión 08.

Reglamento de uso de los símbolos de acreditado y/o asociado RAC--3.0--03 -- Versión 05

Guía ILAC P15: 05/2020 Aplicación de ISO / IEC 17020: 2012 para la acreditación de organismos de inspección

Normatividad:

Normatividad vigente aplicable al área y documentos del Sistema Integrado de gestión relacionados con el proceso a auditar.

Documentos técnicos:

Necropsia Médico-legal DG-M-P-016

AUDITOR LÍDER: ANGÉLICA MARÍA CHICA BADEL	AUDITOR(ES) ACOMPAÑANTE(S) NOMBRE(S): NO APLICA	EXPERTO(S) TÉCNICO(S) NOMBRE(S) LOLY LUZ LIÑAN FUENTES (Santa Marta y Bogotá) JAMMES ALBERTO GUZMÁN CRUZ (Medellín y Pereira)	AUDITOR (ES) EN FORMACIÓN NOMBRE(S) NO APLICA
---	---	--	---

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA INTERNA	Página 2 de 6	

ASPECTOS FAVORABLES

1. Orden, aseo y control de acceso en las instalaciones de los organismos de inspección.
2. Competencia, disposición y actitud receptiva del personal de los organismos de inspección para atender la auditoría.
3. Revisión de informes periciales de necropsias medicolegales por encima de la meta definida
4. Compromiso de los Directores Regionales/ Seccionales, Coordinadores de los Grupos Regionales de Patología Forense y Facilitadores del SIG, en la implementación de la NTC-ISO/IEC 17020:2012
5. Entrega oportuna de toda la información solicitada para el desarrollo de la auditoría interna
6. Ejecución de jornadas semanales de difusión de documentos del SIG en el organismo de inspección de Pereira
7. Control eficaz para garantizar la cadena de custodia de los EMP a partir de instalaciones y equipos óptimos en Bogotá.
8. Implementación de controles adicionales para asegurar la entrega de cadáveres en Medellín.
9. Conocimiento del proceso de acreditación por parte del personal de Santa Marta, gracias a la experiencia que tienen por contar con una actividad de inspección acreditada.
10. Alto nivel de satisfacción de los usuarios y clientes en la prestación de los servicios de patología forense.
11. Avance en la modificación de los procedimientos aplicables al alcance auditado.
12. Planificación de las actividades de inspección que garantizan la disponibilidad del personal para atender el servicio durante la emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19.

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS

NO CONFORMIDAD No. 1

Descripción:	El organismo de inspección de patología forense no asegura que se realicen las supervisiones del personal para obtener resultados de su desempeño conforme el procedimiento institucional.
Requisito aplicable:	• NTC-ISO/IEC 17020:2012 requisito 6.1.8 • Procedimiento Supervisión del personal de los laboratorios y organismos de inspección DG-M-P-109 versión 6 (vigente para los registros revisados)
Evidencia objetiva:	En los informes revisados de supervisión del personal que realiza ensayos o inspecciones en los laboratorios/ organismos de inspección del INMLCF, se detecta que no se identifican puntos críticos de la supervisión ni se genera un concepto sobre el desempeño del experto técnico supervisado, en reemplazo de esto último, se indica que no hay desviaciones o se cumplió con el procedimiento o no hay registro alguno. Medellín: Sí se genera concepto del desempeño, pero no se identifican puntos críticos para la supervisión Informe DG-M-P-109-V06-F02 de 2020-06-09 (caso 202001010xxxxxxxxx) Informe DG-M-P-109-V06-F02 de 2020-08-12 (caso 202001010xxxxxxxxx) Santa Marta: Informe DG-M-P-109-V06-F02 de 2020-12-14 (caso 202001014xxxxxxxxx) Informe DG-M-P-109-V06-F02 de 2020-12-18 (caso 202001014xxxxxxxxx) Pereira: Informe DG-M-P-109-V06-F02 de 2021-03-24 (caso 202110106xxxxxxxxx) Informe DG-M-P-109-V06-F02 de 2021-04-27 (caso 202110106xxxxxxxxx) Bogotá: Informe DG-M-P-109-V06-F02 de 2021-03-13 (caso 202101011xxxxxxxxx) Informe DG-M-P-109-V06-F02 de 2021-04-30 (caso 202101011xxxxxxxxx)

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
	INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA INTERNA	Página 3 de 6

NO CONFORMIDAD No. 2	
Descripción:	El organismo de inspección de patología forense no asegura que se realicen comprobaciones intermedias o verificación del desempeño a las balanzas empleadas durante las necropsias.
Requisito aplicable:	- NTC-ISO/IEC 17020:2012 requisito 6.2.9 - Procedimiento de Administración de Equipos de los Laboratorios – Organismos de Inspección del INMMLCF, código DG-A-P-021 versión 13, actividad 9 (Verificar desempeño del equipo)
Evidencia objetiva:	Durante la revisión de las hojas de vida de las balanzas y en entrevista con los auditados, se evidenció que a las balanzas empleadas para pesar órganos y que se considera que tienen influencia significativa para algunos casos, no se les realiza verificación del desempeño posterior a la calibración realizada. Balanza eléctrica xxxxx (Medellín), xxxxx (Santa Marta), xxxxx (Pereira) y xxxxx (Bogotá)

NO CONFORMIDAD No. 3	
Descripción:	Las observaciones o datos obtenidos en el curso de la necropsia, no se registran oportunamente en la hoja de trabajo establecida.
Requisito aplicable:	NTC-ISO/IEC 17020:2012 requisito 7.1.1
Evidencia objetiva:	Durante el atestiguamiento del caso 2021010105001xxxxxx en el organismo de inspección de Medellín, se evidenció que la experta técnica que abordó el caso diligenció la hoja de trabajo DG-M-P-016-F-001 al finalizar la necropsia medicolegal, incluyendo la información relacionada con el contexto, hipótesis y estrategia de estudio. Durante el atestiguamiento de los casos 2021010147001xxxxxx en el organismo de inspección de Santa Marta, 2021010166001xxxxxx en el organismo de inspección de Pereira y 2021010111001xxxxxx en el organismo de inspección de Bogotá, se evidenció que los expertos técnicos diligenciaron la estrategia del caso oportunamente, pero el resto de información se registró al finalizar la necropsia.

NO CONFORMIDAD No. 4	
Descripción:	El organismo de inspección de patología forense no asegura que en el menor tiempo posible se entreguen los EMP/EF para análisis o almacenamiento ni que posean una identificación única.
Requisito aplicable:	- Manual del Sistema de Cadena de Custodia, versión 2018; numeral 8.2 página 24 - NTC-ISO/IEC 17020:2012 requisito 7.2.1
Evidencia objetiva:	Medellín: en la nevera de almacenamiento transitorio de EMP, con placa de inventario No. xxxxx, se encontró una muestra de sangre debidamente embalada, sellada y rotulada, recolectada desde el 2020-01-11 correspondiente a la necropsia No. 202001010500xxxxxx. Santa Marta: en la nevera de almacenamiento transitorio de EMP, con placa de inventario xxxxx, se encontraron muestras sin embalar ni rotular con identificación única y recolectadas así: -Un (1) tubo de ensayo tapa gris marcado "PAT xxx-21" recolectada desde el 2021-04-23 -Dos (2) tubos de ensayo tapa roja marcados "PAT xxx-21" recolectados desde el 2021-04-23 -Un (1) tubo de ensayo tapa gris marcado "PAT xxx-21" recolectado desde el 2021-04-03. -Un (1) tubo de ensayo tapa roja marcado "PAT xxx-21" recolectado desde el 2021-04-03. Pereira: en la nevera de almacenamiento transitorio de EMP, con placa de inventario xxxxx, se encontraron las siguientes muestras debidamente rotuladas: -Un (1) tubo de ensayo tapa gris con muestra de sangre recolectada desde el 2021-04-08 en la necropsia No. 2021010111088xxxxxx. -Dos (2) tubos de ensayo tapa gris con muestra de sangre, recolectadas desde el 2021-02-24 en la necropsia No. 20210101016608xxxxxx.

	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA INTERNA	Página 4 de 6	

NO CONFORMIDAD No. 5	
Descripción:	El organismo de inspección de patología no asegura que la información indicada en los informes periciales se comuniquen de manera correcta, precisa y clara.
Requisito aplicable:	NTC-ISO/IEC 17020:2012 requisito 7.4.4
Evidencia objetiva:	Medellín: - Informe pericial caso 2020010105001xxxxx, en principales hallazgos de necropsia no se mencionó la esplenomegalia (el bazo pesó 730 gramos, casi 5 veces su peso normal). - Informe pericial caso 2020010105001xxxxx no se menciona si alguna prenda fue enviada para análisis de residuos de disparo en el laboratorio de balística forense. Santa Marta: - Informe pericial 2021010147001xxxxx: en el ítem de Examen interno, no se describen de manera completa las fracturas, solo anota fractura frontal, no describe medidas, no dice si es desplazada, lineal, conminuta etc. Descripción incompleta de hallazgos, tanto de la anatomía usual, como de las lesiones. - Informe pericial 2020010147001xxxxx: en Análisis y opinión pericial, no realiza análisis del por qué las lesiones descritas explican la muerte. Pereira: - Informe pericial caso 202001016600100xxxxx, en el ítem de descripción de prendas se indica que se dejan cuatro (4) para análisis por Balística, pero más adelante se indica que deja dos (2) prendas para ese laboratorio. - Informe pericial caso 20210101660010xxxxxx, específicamente en el ítem de conclusión pericial se menciona el término “shock traumático” como causa de muerte, pero es un término no adecuado por no pertenecer a ninguno de los tipos de shock definidos por la literatura. Bogotá: - Informe pericial 20200101110010xxxxxx, en el examen externo no anota si se evidencia o no signos externos de trauma; anota que no trae accesorios, pero en el listado de muestras tomadas para estudio está creado un conjunto de accesorios con cadena de custodia. En examen interno anota peso de los órganos, pero no se describen. - Informe pericial 20210101110010xxxxxx, En la causa de muerte anota el mecanismo fisiopatológico; en el examen interno para la mayoría describe “Sin lesiones”, sin realizar descripción completa. En la fractura de la unión condroesternal no describe las características de la fractura, como la forma o la medida.

OPORTUNIDADES DE MEJORA
1. Fortalecer el desempeño de los expertos técnicos en cuanto a: descripción de lesiones en el trauma craneoencefálico, uso correcto del lenguaje técnico y liderazgo que debe tener durante el procedimiento de necropsia medicolegal.
2. Fortalecer la apropiación de los documentos del SIG por parte del personal de los organismos de inspección.



CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA

1. Se verificó el cumplimiento de los requisitos de la norma técnica colombiana NTC-ISO/IEC 17020:2012, evidenciando que se mantiene y se está garantizando el Sistema Integrado de Gestión en los organismos de inspección y desarrollando los procesos acordes con la normatividad vigente.
2. Durante la auditoría se evidenció que persiste el diligenciamiento incorrecto de los registros asociados con los procedimientos documentados códigos DG-M-P-083, DG-M-I-010 y DG-M-I-115, por lo tanto, esto debe ser tenido en cuenta para la evaluación de la eficacia de la no conformidad 2203, se planteen nuevas causas y definan nuevas acciones correctivas que contribuyan a que el requisito de control de registros se pueda cumplir.
3. Es necesario implementar acciones para mejorar los requisitos de supervisión del personal, verificación de desempeño de equipos de medición, diligenciamiento oportuno de las observaciones y datos durante la necropsia, control eficaz de los EMP en almacenes transitorios y registro correcto, preciso y claro en los informes periciales.
4. Se verificó la capacidad de los organismos de inspección para determinar riesgos, oportunidades y la implementación de acciones y controles en su proceso, evidenciando que estos son abordados conforme los procedimientos institucionales, aunque es necesario implementar nuevas acciones para evitar que se sigan incumpliendo algunos requisitos ya mencionados en este informe y en la reunión de cierre.
5. Al verificar el cumplimiento de los objetivos relacionados con el proceso de gestión del servicio pericial, por parte de los organismos de inspección, se pudo determinar que existe cumplimiento con las metas definidas para el indicador tiempo de respuesta y evacuación de solicitudes en los organismos de inspección de Santa Marta y Pereira, e incumplimiento para los de Medellín y Bogotá; sin embargo, para estos últimos se están implementando acciones correctivas en las no conformidades 1732 y 2258, respectivamente. Se evidenció cumplimiento por parte de todos los organismos de inspección para el indicador de cobertura de revisión de informes periciales.
6. Se aclara que se tuvo en cuenta la versión 2016 de la ILAC P-15 por cuanto la 2020 entra en vigencia a partir de noviembre de 2021. Igualmente, el Reglamento de uso de los símbolos de acreditado y/o asociado RAC--3.0--03 -- Versión 05 no fue auditado toda vez que ninguno de los organismos de inspección se encuentra acreditado.
7. La auditoría se desarrolló completamente en cada una de sus etapas conforme al plan definido y de manera satisfactoria. Los auditados participaron activamente de las entrevistas y reuniones de retroalimentación (vía remota), remitieron oportunamente todos los registros solicitados para verificar el cumplimiento de los requisitos auditados y recibieron con muy buena actitud las desviaciones y observaciones detectadas en la auditoría.
8. El atestiguamiento se realizó de manera presencial y cumpliendo con todos los protocolos de bioseguridad, asimismo, el auditor líder se aseguró que tanto los expertos de los organismos de inspección como los de la auditoría que participaron en el abordaje de las necropsias medicolegales, tuvieran el esquema completo de vacunación contra la COVID-19.
9. Fueron muchas las fortalezas identificadas en cada uno de los organismos de inspección auditados, lo que demuestra el alto compromiso de la alta dirección y de los representantes de esta en cada Regional, para la implementación de la NTC-ISO/IEC 17020:2012 y mantenimiento del Sistema Integrado de Gestión.
10. Con ocasión de la emergencia sanitaria COVID-19 en todo territorio nacional, esta auditoría aplicó el documento internacional IAF-MD4:2018, incluido protocolo de los roles para la realización de auditorías remotas en el INMLCF tal como lo establece el Memorando No.052-DG-2020 (21 de mayo) y Memorando No. 0046-DG-2020 lineamientos para la ejecución de auditoría internas en el INMLCF (4 de mayo). Se realizó parte de la auditoría de forma remota, utilizando las herramientas Google Meet (autorizada por Instituto), google DRIVE y revisión documental; los atestiguamientos se realizaron en forma presencial por parte de los expertos técnicos.

 INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES	
INFORME RESUMEN DE AUDITORÍA INTERNA	Página 6 de 6	

11. A continuación, se indican los casos que fueron atestiguados en cada uno de los organismos de inspección objeto de la auditoría interna:

Medellín: 20210101050010xxxx

Santa Marta: 20210101470xxxx

Pereira: 202101016600100xxxx

Bogotá: 202101011100100xxxx

AUDITOR LÍDER DEL INFORME (Nombre y firma)	INFORME DE ELABORACIÓN
 ANGÉLICA MARÍA CHICA BADEL	2021-07-30