

2023

INFORME DE AUDITORÍA

Planificación y Consolidación del Sistema Gestión Integral de Calidad

N° 07

15 de diciembre de 2023

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. Oficina de Auditoría Interna



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina: William Alberto Higuera Lopera.

Audidores: María Janneth Agudelo Arango, Karina Ruíz De la Hoz

Técnico: Julio E. Suescún Montoya. Correo Oficina oficinadeauditoria@hgm.gov.co

CONTENIDO

I. GENERALIDADES.....	4
1.1. Objetivo.	4
1.2. Alcance.	4
1.3. Metodología.....	4
II. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.....	5
2.1 Para mejorar el proceso de Gobierno.	5
2.2 Para mejorar el proceso de Riesgo y control.	18
III. CONCLUSIONES.....	25
IV. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.....	26
V. COMUNICACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DEL INFORME FINAL.....	26

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna del Hospital General de Medellín, en cumplimiento de sus funciones y en especial la de Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema Institucional de Control Interno - SICI y en desarrollo del Plan Anual de Auditoría Interna 2023 **Para agregar Valor**, nos permitimos presentar el informe de la auditoría realizada al Proceso de Planificación y Consolidación del Sistema de Garantía de la Calidad del Hospital General de Medellín.

La presente auditoría interna realiza la aplicación de los estándares generalmente aceptados de auditoría interna y en la cual se articula el equipo interdisciplinario de Auditoría del HGM, en el marco del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna.¹

El documento se estructura en cinco (5) capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, que comprende el objetivo, metodología; el segundo contiene las observaciones y recomendaciones, en el tercero capítulo se presentan las conclusiones, en el capítulo cuarto se determina la formulación del Plan de Mejoramiento. En el quinto se enuncia el proceso de comunicación y socialización del informe.

El presente **Informe de Auditoría** se enmarca en la Línea II, Eje I. Aseguramiento y Auditoría Interna Innovadora del Plan Estratégico 2021-2027 **Construimos Confianza** de la Oficina de Auditoría Interna, aprobado por la Junta Directiva en el mes de diciembre de 2021.

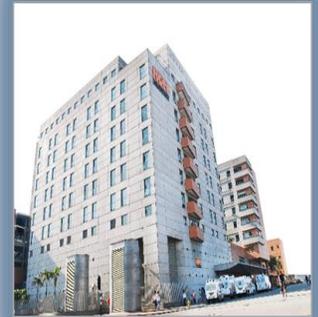
Agradecemos a los servidores de la Entidad que intervinieron en la ejecución de la auditoría por la colaboración prestada en el suministro de la información requerida y su disposición para la mejora continua de los procesos institucionales.

Oficina de Auditoría Interna.

Construimos Confianza

Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

Atención Excelente y Calidad de Vida.



¹ Plan Estratégico 2021-2027 "Construimos Confianza" Oficina de Auditoría Interna.

I. GENERALIDADES.

1.1. Objetivo.

Realizar la evaluación al proceso de Gestión de la Planificación y Consolidación del Sistema de Gestión de la Calidad - SGIC, con el fin de verificar su conformidad frente al gobierno, su enfoque de riesgos, implementación de controles e identificación de oportunidades de mejoramiento.

1.2. Alcance.

La Auditoria se realizará entre el 11 de septiembre y el 13 de octubre de 2023, en las instalaciones del HGM, en la Oficina de Auditoría interna, y se enfocará en el Procedimiento Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad en el documento Modelo de mejoramiento institucional.

1.3. Metodología.

Durante el desarrollo y la ejecución de la auditoria se aplicaron las siguientes técnicas de auditoría interna: observación, técnica de análisis, indagación, inspección y revisión documental selectiva.

1.3.1. Interacción con líderes del universo de auditoría.

- Se realizó la reunión de apertura de la auditoría para socializar el Programa Específico de Auditoría Interna-PEAIN y formalizar la Carta de Representación de Auditoría Interna.
- Indagación preliminar con el personal del proceso.
- Entrevista con personal involucrado.
- Reunión de cierre para socializar y formalizar el Informe de Auditoría.

1.3.2. Revisión y análisis documental.

- Revisión y análisis de la información.
- Revisión de carpetas con soportes e informes generados.
- Identificación de las observaciones y formulación de las recomendaciones de la auditoría.
- Revisión de la información del avance del plan de mejoramiento de la auditoría anterior.

1.3.3. Verificación de gobierno, riesgos y control.

- Revisión de los indicadores de gestión, la matriz de riesgos y de controles.
- Aplicación de cuestionario y listas de chequeos.
- Identificación de los controles claves del proceso.

- Definición de las pruebas a realizar y muestras objeto de evaluación, junto con los requerimientos de información
- Verificación de las evidencias.

1.3.4. Preparación y socialización de los resultados de Auditoría.

- Elaboración de Informe Preliminar de Auditoría.
- Envío del Informe Preliminar y posterior socialización.
- Elaboración del Informe Final de Auditoría.
- Elaboración Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.
- Seguimiento al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna - PMAIN.

II. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Como resultado de la auditoría realizada se identificaron debilidades en las actividades de control, que podrían posibilitar la materialización de los riesgos definidos, y los cuales se encuentran asociados con la documentación y cumplimiento de los controles. A continuación, se presentan las observaciones y sus respectivos riesgos y recomendaciones del proceso:

2.1 Para mejorar el proceso de Gobierno.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

a. Descripción.

Plan de Acción.

En el Plan Estratégico del Hospital, indica el Objetivo estratégico 5: *Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad.* En su Programa estratégico: Fortalecimiento del Sistema de Gestión de la Calidad y su Proyecto 5.3 Sistema Obligatorio de la Calidad, Sistema de Información para la calidad y sistema de gestión documental para la calidad cuyo objetivo es: articular y consolidar los elementos del SGIC orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, mediante el mejoramiento continuo de los procesos institucionales, de este se derivan la actividad, **Fortalecimiento de auditorías para el PAMEC.** Los productos entregables del plan de acción son: Elaborar el documento PAMEC y seguimiento al cumplimiento de auditorías del PAMEC.

En tal sentido, se observa que el Hospital tiene contemplado en el Plan estratégico en el Objetivo estratégico 5: *Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad.* Los productos entregables del plan de acción son: Elaborar el documento PAMEC y seguimiento al

cumplimiento de auditorías del PAMEC. El documento del PAMEC se encuentra actualizado (18/12/2020) con una ejecución del 100%, sin embargo, en el documento numeral 8 “Modificaciones” la versión 05 tiene fecha del 13/09/2023 donde la razón de la actualización reza “se modifica código de calidad: ES-GIC-GC001D03/ANULADO) POR: ES-GIC-GC002D02”. Del segundo entregable el cumplimiento de auditorías del PAMEC con corte al 15 de septiembre se evidencia un cumplimiento del 59%.

b. Criterios.

- Plan de acción 2023.
- Mega Institucional.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.

d. Recomendación.

- Actualizar la fecha del documento del PAMEC.
- Realizar las actividades pendientes para lograr el cumplimiento del cronograma de las auditorias planeadas en el PAMEC.

e. Posición del auditado.

- A la fecha de corte de la auditoria, se presentaban atrasos en las auditorias de calidad y paciente trazador los cuales se realizan seguimientos para la ejecución, realizando un ajuste en el cronograma de ejecución para completar al mes de diciembre.

f. Plan de Mejoramiento.

- AI: Ajuste de cronograma para cumplimiento a diciembre.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

a. Descripción.

Indicadores del Proceso (Resolución 408 de 2018).

El Proceso de Planificación y Consolidación del Sistema de Garantía de la Calidad del Hospital General de Medellín **presenta** dos (2) indicadores, los cuales tienen monitoreo con periodicidad mensual; a continuación, se detalla cada uno.

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas.

Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades acreditadas															
Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Evaluación entidad acreditadora /o Autoevaluación	3,60	3,7	3,6	4,2	3,6	3,5	4,20	3,6	3,90	3,7	3,7	3,70			
							0,00							0,00	0,00
Resultado	3,60	3,70	3,60	4,20	3,60	3,50	4,20	3,60	3,90	3,70	3,70	3,70	0,00	0,00	0,00
Calificación	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	0
Meta: Mayor o igual a 3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

Se observa que el indicador para la presente vigencia presenta análisis y seguimiento “En el 2023 se realizó renovación de ciclo los días 1,2 y 3 de marzo, pendiente informe de realimentación”, queda pendiente el informe de realimentación a toda la institución, esto ayuda a la implementación de la cultura de mejoramiento institucional.

b. Criterios.

- Resolución 408 de 2018.

c. Riesgo.

- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido a la inadecuada planeación estratégica de la entidad.
- Posibilidad de incurrir en sanciones económicas y administrativas por incumplimiento de la norma.

d. Recomendación.

- Realizar la realimentación del informe de acreditación a toda la institución para fomentar la cultura del mejoramiento institucional.

e. Posición del auditado.

- El informe fue entregado a los equipos directivos, líderes de programas y la carta de la junta de acreditación la cual fue socializada a través de la intranet, evidencias <https://intranet.hgm.gov.co/acreditacion-2/>

f. Plan de mejoramiento.

- OM: Desplegar la plataforma de Hopex para que consulten los apartados de los informes de auditoría.

Efectividad en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

Efectividad en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud									
Concepto	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas	236	217	224	215	137	106	576		
Total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría registrados en el PAMEC	242	227	262	236	185	125	722		
Resultado	97,5%	95,6%	85,5%	91,1%	74,1%	84,8%	79,8%	0,0%	0,0%
Calificación	5	5	3	5	3	3	3	0	0
Meta: Mayor o igual a 0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90	0.90

Fuente: Carpeta compartida Indicadores

Este indicador tiene una frecuencia de medición anual de la circular 012, dado a que es acumulado, se tendrá evaluado para el cierre de la presente anualidad.

Desarrollo de la Ruta Crítica del PAMEC.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

a. Descripción.

AUTOEVALUACIÓN.

En el documento del PAMEC describe la siguiente afirmación: *“Previo a la realización del ejercicio de autoevaluación, los integrantes de los grupos de autoevaluación reciben un entrenamiento, se les suministra material de apoyo y se acompaña de manera metodológica por personal de la oficina de calidad y planeación”*. Esta actividad se realiza como preparación antes de la visita del ICONTEC abarcando los grupos de primer, segundo y tercer nivel. La auditoría interna evidencia al revisar la ruta crítica del proceso que se tienen definidas las fechas en el cronograma del PAMEC para la autoevaluación.

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC

d. Recomendación.

- Continuar con el enfoque claro y conciso para la preparación de la acreditación.
 - Asegurarse de evidenciar los resultados de la autoevaluación de estándares de acreditación.
 - Realizar la autoevaluación de estándares de acreditación si corresponde al periodo en cuestión.
- e. Posición del auditado.**
- La autoevaluación está planeada para los meses de noviembre y diciembre del presente año.
- f. Plan de Mejoramiento.**
- No aplica

Observación de Auditoría Interna N° 4.

a. Descripción.

SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR.

En la etapa de selección de procesos susceptibles de mejora, y teniendo en cuenta que el alcance del PAMEC son los estándares del sistema único de acreditación, la institución cuenta con una matriz, donde se presenta la correlación de los grupos de estándares con los procesos establecidos en el mapa institucional, con lo cual se evidencia el compromiso de cada proceso con la implementación de los estándares superiores de calidad que apliquen.

Así mismo en cada grupo se identifican estándares o criterios específicos de los mismos que deben intervenir y que a su vez favorecerán el mejoramiento de los procesos organizacionales.

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC

d. Recomendación.

- Realizar una justificación sólida y fundamentada de los procesos seleccionados.
- Documentar adecuadamente las evidencias que respalden la selección de los procesos a mejorar.
- Realizar un diagnóstico exhaustivo o autoevaluación para respaldar la selección de los procesos.

e. Posición del auditado.

- La selección de procesos solo es realizada por las auditorias de control interno para la priorización de los estándares, se tiene presente la metodología del modelo de mejoramiento, se realizará la socialización de la matriz de estándares por procesos por servicio para mejorar la comprensión.

f. Plan de mejoramiento.

- OM: Realizar la socialización de la matriz de estándares por procesos por servicio para mejorar la comprensión.

Observación de Auditoría Interna N° 5.

a. Descripción.

PRIORIZACIÓN DE ESTANDARES – OPORTUNIDADES DE MEJORA - PROCESOS.

Alineados con el modelo de mejoramiento institucional y teniendo en cuenta que el HGM como institución acreditada debe evidenciar el cumplimiento de los estándares del sistema único de acreditación, se establece que todas las oportunidades de mejora identificadas en el proceso de autoevaluación deben intervenir, la priorización se realiza para definir a cuáles debe realizarse análisis causal y la prioridad en la intervención. El instrumento técnico es el manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación del ministerio de la protección social.

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC

d. Recomendación.

- Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.
- Priorizar las oportunidades de mejoramiento para cada grupo y subgrupo de estándares de acreditación, siguiendo el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.

e. Posición del auditado.

- Los planes de mejoramiento se realizan a través del manual para elaboración de planes de mejoramiento de acreditación

f. Plan de Mejoramiento.

- No aplica

Observación de Auditoría Interna N° 6.

a. Descripción.

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.

*La calidad esperada en los diferentes procesos de la Institución está alineada con las metas que están contenidas en los planes, programas y proyectos institucionales. Teniendo en cuenta que se utilizaron los estándares del Sistema Único de Acreditación como base para la auto evaluación y que la intencionalidad es mantener el proceso de mejoramiento en niveles superiores de calidad, dichos estándares se convierten también en la calidad esperada de los procesos de atención incluidos en este programa, en este sentido la calidad esperada sería obtener como mínimo una calificación cuantitativa de **3,5** en cada uno de los estándares evaluados. Se evidencia la definición de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que espera alcanzarse en el periodo de vigencia del PAMEC. Los indicadores de gestión como los reglamentarios se encuentran definidos y cuentan con sus respectivos seguimientos.*

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC

d. Recomendación.

- Evaluar los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales en relación con los estándares establecidos.
- Realizar un seguimiento de los indicadores reglamentarios y de los institucionales para determinar si se cumplen con las metas establecidas.
- Comparar los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales con los estándares establecidos para identificar posibles áreas de mejora.
- Analizar los indicadores reglamentarios y de los institucionales para determinar si reflejan adecuadamente el estado de estos frente a los estándares o metas definidas.
- Revisar los indicadores reglamentarios y de los institucionales para detectar posibles desviaciones con relación a los estándares o metas establecidas.

e. Posición del auditado.

- Se aceptan las recomendaciones para mejorar los análisis y seguimiento de los indicadores normativos.

f. Plan de mejoramiento.

- OM: Elaborar un plan de mejoramiento asociado al sistema de información para la calidad

Observación de Auditoría Interna N° 7.

a. Descripción.

MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS (DEFINICIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA).

De acuerdo con los diferentes niveles de auditoría aplicables a la institución, según lo establecido en el decreto 780 de 2016 (autocontrol, auditorías internas y auditorías externas), se han definido e implementado de manera sistemática una serie de actividades las cuales permiten conocer el desempeño de los procesos. Una de ellas son las Visitas de Calidad, las cuales son consideradas como una importante estrategia de mejoramiento institucional, que ha permitido la generación de acciones sistemáticas de mejora en los servicios visitados. Además, se cuentan con otras estrategias que le permiten a la institución conocer de manera sistemática el desempeño de los procesos. Con corte al 15 de septiembre de 2023 la proporción de cumplimiento del **59%**. Este resultado se deriva de las diferentes estrategias que desarrolla la institución para la evaluación del desempeño de los procesos.

Tipo de Auditoria	ESTADO				% de Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance	Total general	
Auditoria Control Interno*	66	10	5	81	81%
Auditorias de Calidad*	134	15	38	187	72%
Auditorias Externas*	93	6	1	100	93%
Autoevaluación Habilitación	615	173	461	1249	49%
Comites	234	29	52	315	74%
Grupos de mejoramiento*	93	22	37	152	61%
Seguridad del Paciente*	83	17	34	134	62%
Total general	1318	272	628	2218	59%

Fuente: Eurodoc transacción ZEDQ02 corte 15.09.2023

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC.

d. Recomendación.

- Cumplir con el cronograma definido para la ejecución de las diferentes estrategias institucionales, con el fin garantizar la evaluación del desempeño institucional.

e. Posición del auditado.

- Se seguirá realizando el seguimiento de la ejecución de auditorías en los planes de acción y comité de desempeño institucional.

f. Plan de mejoramiento.

- No aplica.

Observación de Auditoría Interna N° 8.

a. Descripción.

OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO SELECCIONADOS.

Teniendo en cuenta las oportunidades de mejora, resultantes de los procesos de autoevaluación o autocontrol, evaluación interna y evaluación externa, (Fuentes de mejoramiento descritas en el modelo institucional), se aplica la metodología para la elaboración de los planes de mejoramiento, la cual se encuentra descrita en el modelo de mejoramiento institucional, que tiene como objetivo: Fortalecer el mejoramiento continuo de la calidad en todos los procesos organizacionales, mediante la aplicación sistemática de un modelo validado y congruente con la filosofía establecida en los estándares de calidad adoptados por la Institución. El Hospital cuenta con el documento modelo de mejoramiento institucional en el cual su enfoque se centra en fortalecer el autocontrol a través de la implementación de la gestión de riesgos, y los grupos de mejoramiento por procesos y/o grupos de calidad por servicio que permita dinamizar la primera línea en la institución.

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC.

d. Recomendación.

- Implementar un sistema de autocontrol para monitorear la ejecución de las acciones de mejora.
- Establecer un programa de seguimiento de las acciones de mejora que incluya todas las fuentes de mejoramiento.
- Documentar y registrar todas las actividades de seguimiento realizadas.

- Generar informes periódicos de seguimiento y auditoría interna para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejora.
- e. Posición del auditado.**
 - Establecer un programa de seguimiento de las acciones de mejora que incluya todas las fuentes de mejoramiento. Esta acción está definida desde la adherencia al modelo de mejoramiento para incluir seguimiento a la materialización de los riesgos y la fuente de indicadores que son de las fuentes más frecuentes para captar en las herramientas.
- f. Plan de mejoramiento.**
 - OM: Consolidar las fuentes de mejora de indicadores y riesgos a través de Eurodoc para realizar seguimiento a las acciones correctivas inmediatas.

Observación de Auditoría Interna N° 9.

a. Descripción.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN (PLAN DE MEJORAMIENTO)

Una vez establecido el plan de mejora para el desarrollo de las actividades propuestas, cada líder del grupo de mejora o responsable del proceso debe encargarse de su implementación. Esto implica comunicar a las partes interesadas para asegurar la comprensión de los cambios necesarios y fomentar la participación del equipo correspondiente.

Es fundamental hacer un seguimiento de los compromisos y actividades a través de la herramienta Eurodoc, asegurando el cierre adecuado de los mismos. El cierre de las actividades vinculadas a oportunidades de mejora conlleva el cierre de dichas oportunidades. La auditoría realizada hasta el 15 de septiembre de la vigencia 2023 revela un nivel de cumplimiento del 59%. Este resultado se atribuye a las diversas estrategias que la institución ha implementado para evaluar el rendimiento y mejora de los procesos.

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC.

d. Recomendación.

- Implementar un sistema de autocontrol para monitorear la ejecución de las acciones de mejora.

- Establecer un programa de seguimiento de las acciones de mejora que incluya todas las fuentes de mejoramiento.
- Documentar y registrar todas las actividades de seguimiento realizadas.
- Generar informes periódicos de seguimiento y auditoría interna para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejora.

e. Posición del auditado.

- Se está avanzando en monitorear todas las fuentes de mejoramiento, para ello es necesario tener gobernanza institucional debido a la falta de sistematicidad de los equipos de mejoramiento y comités por falta de liderazgo.

f. Plan de mejoramiento.

- OM: Definir seguimiento a los planes de trabajo de comités de manera bimestral con el fin de monitorear el avance de las funciones de los mismos y su elaboración de planes de trabajo.

Observación de Auditoría Interna N° 10.

a. Descripción.

EVALUACIÓN DE MEJORAMIENTO.

La metodología que se tiene institucionalizada para la formulación de los planes de mejoramiento y en el marco del autocontrol, se abren espacios con los grupos de mejoramiento y líderes de procesos, para socializar los avances y mejoramientos, producto de la evaluación y seguimiento a las acciones planteadas, igualmente se presentan de manera bimestral los avances en el Comité Ampliado de Gerencia.

De manera independiente cada semestre, la oficina de control interno, realiza evaluación sistemática a la implementación de las acciones derivadas de las auditorías internas e igualmente a la implementación del modelo de mejoramiento institucional.

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC.

d. Recomendación.

- Implementar y supervisar la ejecución de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada.
- Registrar y documentar todas las acciones de mejora implementadas, asegurando su trazabilidad y cumplimiento.

- Establecer un sistema de seguimiento y control para verificar la implementación de las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento.
- Capacitar al personal responsable sobre la importancia de implementar y documentar las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento.
- Realizar revisiones periódicas para verificar la documentación de las acciones de mejora implementadas, asegurando su correcta ejecución y efectividad.
- Promover una cultura de cumplimiento y responsabilidad respecto a la implementación y documentación de las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento.
- Establecer mecanismos de retroalimentación y comunicación efectiva para garantizar la documentación de las acciones de mejora implementadas en los planes de mejoramiento formulados.
- Crear y mantener un archivo centralizado de la documentación relacionada con las acciones de mejora implementadas, asegurando su fácil acceso y disponibilidad para su consulta y análisis.
- Establecer un sistema de incentivos y reconocimientos para motivar y recompensar al personal involucrado en la adecuada implementación y documentación de las acciones de mejora.

e. Posición del auditado.

- Implementar y supervisar la ejecución de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada: Con relación de la supervisión es responsabilidad de la primera línea realizar el seguimiento de las acciones de corrección inmediata, en cuanto a las autoevaluaciones en la medida de las posibilidades se estará definiendo un auditor para el seguimiento a los cierres de oportunidad de mejora críticas de auditorías internas de calidad, la oficina de auditoría interna es la encargada de realizar seguimiento a las auditorias del sistema de control interno.
- Crear y mantener un archivo centralizado de la documentación relacionada con las acciones de mejora implementadas, asegurando su fácil acceso y disponibilidad para su consulta y análisis: El archivo centralizado se realiza a través de la plataforma de Eurodoc donde deben de reposar las evidencias de cada acción de mejora, solo las áreas encargadas de la acción y la oficina de calidad tiene acceso a esta información se dará permisos a aquellas áreas encargadas del mejoramiento institucional a través de las actas de los comités o grupos de mejora.
- Establecer un sistema de incentivos y reconocimientos para motivar y recompensar al personal involucrado en la adecuada implementación y documentación de las acciones de mejora: El sistema de incentivos parte desde el área de bienestar laboral, limitado a personal vinculado por lo cual los reconocimientos estarían asociados a la noche de mejores u olimpiadas de calidad

f. Plan de mejoramiento.

- OM: Definir incentivos dentro del plan de capacitación y el plan bienestar para el desarrollo de buenas prácticas.

Observación de Auditoría Interna N° 11.

a. Descripción.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.

Los resultados del mejoramiento de la calidad se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas. Las buenas prácticas que se identifiquen durante la implementación del modelo de mejoramiento institucional deben registrarse en el formato identificación de buenas prácticas. La institución no cuenta con un documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad

b. Criterios.

- Documento PAMEC.
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

c. Riesgo.

- Probabilidad de sanciones administrativas y económicas debido al incumplimiento en la normatividad relacionada con el SOGC.

d. Recomendación.

- Documentar el análisis exhaustivo de la ejecución del PAMEC una vez finalizado el periodo de implementación definido.
- Identificar y documentar las acciones que deben estandarizarse en la entidad basándose en el análisis de la ejecución del PAMEC.
- Realizar un informe completo que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC y que identifique las acciones que deben estandarizarse en la entidad.

e. Posición del auditado.

- El aprendizaje organizacional está enmarcado en buenas prácticas implementadas, metodologías y modelos operando, cada uno de los modelos con sus indicadores evidencia el mejoramiento organizacional.

f. Plan de mejoramiento.

- Al: Actualizar el documento PAMEC con los aprendizajes más significativos y brechas pendientes por cierre.

2.2 Para mejorar el proceso de Riesgo y control.

Observación de Auditoría Interna N°12.

a. Descripción.

Gestión del riesgo al interior del proceso y la eficiencia de los controles implementados.

Al revisar la matriz de riesgos del proceso correspondiente al año 2023, se observa que se tienen identificados 7 riesgos, de los cuales 4 son de tipo estratégico y 3 operativos a continuación se relacionan:

- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada interacción, estandarización, normalización, despliegue e implementación de la documentación, guías e instructivos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la inadecuada implementación de las buenas prácticas seguras para la seguridad del paciente
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la pérdida de la acreditación y a las certificaciones del sistema de gestión integral de la calidad, reconocimientos, premios, galardones a los que se postula el hospital de manera voluntaria.
- Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al cierre de servicios que son parte del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad
- Posibilidad de afectación legal y reputacional debido al desconocimiento del sistema de gestión integral de la calidad,
- Probabilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al incremento de la severidad de los eventos adversos.
- Probabilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a una inadecuada estandarización de un modelo pedagógico de acuerdo con las prácticas seguras

MACROPROCESO	PROCESO	ÁREA	ID RIESGO	RIESGO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	TIPO
Gestión Integral de la Calidad	2. Planificación y consolidación del del SGIC	Calidad	ES-GIC-GC-R1	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la Inadecuada Interacción, estandarización, normalización, despliegue e implementación de la documentación, guías e instructivos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por a inadecuada interacción, estandarización, normalización, despliegue e implementación de los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control debido a su desactualización en la normativa, los objetivos, alcance, cadena de valor, normatividad, indicadores, riesgos y a la ausencia de interacción y acuerdos entre los mismos e inadecuada gestión de cambio evidenciando las mejoras de los procesos.	Estratégico
Gestión Integral de la Calidad	2. Planificación y consolidación del del SGIC	Calidad	ES-GIC-GC-R2	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la Inadecuada implementación de las buenas prácticas seguras para la seguridad del paciente	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional por la inadecuada implementación de las buenas prácticas seguras para la seguridad del paciente debido a la Inadecuada implementación y adherencia a los 23 paquetes instruccionales; inadecuada integración del programa de seguridad del paciente con el Sistema de Gestión Integral de Riesgos; inadecuado incremento de la severidad de los eventos adversos y a la inadecuada estandarización de un modelo pedagógico acorde a las prácticas seguras.	Operativo
Gestión Integral de la Calidad	2. Planificación y consolidación del del SGIC	Calidad	ES-GIC-GC-R3	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la pérdida de la acreditación y a las certificaciones del sistema de gestión integral de la calidad, reconocimientos, premios, galardones a los que se postula el hospital de manera voluntaria.	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a la pérdida de la acreditación y a las certificaciones del sistema de gestión integral de la calidad; reconocimientos, premios, galardones a los que se postula el hospital de manera voluntaria tales como el ICONTEC, ISO 14001, ISO 45001, INVIMA, Hospital Seguro, American Economía Top Beach, entre otros.	Estratégico
Gestión Integral de la Calidad	2. Planificación y consolidación del del SGIC	Calidad	ES-GIC-GC-R4	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al cierre de servicios que son parte del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad	Posibilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al cierre de servicios que son parte del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad	Estratégico
Gestión Integral de la Calidad	2. Planificación y consolidación del del SGIC	Calidad	ES-GIC-GC-R5	Posibilidad de afectación legal y reputacional debido al desconocimiento del sistema de gestión integral de la calidad,	Posibilidad de afectación legal y reputacional debido al desconocimiento del sistema de gestión integral de la calidad	Estratégicos
Gestión Integral de la Calidad	2. Planificación y consolidación del del SGIC	Calidad	ES-GIC-GC-R6	Probabilidad de afectación económica, legal y reputacional debido al incremento de la severidad de los eventos adversos.	Aumento de la severidad de los eventos adversos debido a la disminución de la cultura de reporte desarticulación del mejoramiento continuo	Operativo
Gestión Integral de la Calidad	2. Planificación y consolidación del del SGIC	Calidad	ES-GIC-GC-R7	Probabilidad de afectación económica, legal y reputacional debido a una inadecuada estandarización de un modelo pedagógico de acuerdo a las prácticas seguras	falta de enfoque en los modelo pedagógicos para la entrega de información a los usuarios que lleven a mejorar las condiciones de salud y evitar los eventos adversos.	Operativo

Fuente: Carpeta compartida Gestión de Riesgos 2023.

Los controles asociados a los riesgos son los siguientes:

- ES-GIC-GC-R1-C1: Los directores, líderes, profesionales responsables de los 39 procesos institucionales deberán actualizarlos y normalizarlos dentro del mapa de procesos institucional máximo cada 4 años teniendo en cuenta el plan de desarrollo de la entidad.
- ES-GIC-GC-R1-C2: Los directores, líderes, profesionales responsables de los 39 procesos institucionales deben definir, gestionar y cerrar efectivamente las oportunidades de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional y cada mes en los equipos de mejoramiento institucionales mostrar los avances.
- ES-GIC-GC-R1-C3: Los responsables de las auditorías internas y externas deberán realizar monitoreo y seguimiento cada mes a las oportunidades de mejora de los procesos y el jefe de calidad y planeación y el jefe de auditoría interna deberán cada 3 meses en el Comité Ampliado de Gerencia dar a conocer los avances.
- ES-GIC-GC-R2-C1: Los directores y líderes de los procesos misionales implementan los 23 paquetes instruccionales en los procesos misionales, siguiendo los lineamientos y las estrategias impartidas por la líder del Programa de Seguridad del Paciente y ésta cada mes evaluará la adherencia a los mismos en los grupos de mejoramiento del cliente asistencial, en las visitas de calidad cada semana.
- ES-GIC-GC-R2-C2: Los directores y líderes de los procesos misionales y la líder del programa de seguridad del paciente, evalúan cada mes la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos, los reportan en el aplicativo de BI, monitorean

aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente cada mes en el Comité de Cliente Asistencial, y ajustan permanentemente los procesos e identifican los riesgos desde un enfoque preventivo, defectivo, correctivo e implementan los planes de mejoramiento; la Profesional Gestora de Riesgos realizará seguimiento y monitoreo a los controles establecidos cada cuatro meses y la jefe de calidad y planeación en el Comité ampliado de gerencia da a conocer la evaluación.

- ES-GIC-GC-R2-C3: La líder de seguridad del paciente, la directora de gestión humana, los directores y líderes asistenciales, la líder de docencia servicio e investigación deben definir el diseño e implementación de un modelo pedagógico teniendo en las prácticas seguras.
- ES-GIC-GC-R3-C1: Los directores, líderes, profesionales responsables de los 39 procesos institucionales, deben definir, gestionar y cerrar efectivamente las oportunidades de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional y cada mes en los equipos de mejoramiento institucionales mostrar los avances.
- ES-GIC-GC-R4-C1: La Oficina de Calidad y Planeación deberá realizar junto con los responsables de los procesos asistenciales, mínimo una vez al año las autoevaluaciones internas del cumplimiento de la normatividad vigente para cada servicio en torno al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, la cual es necesaria para la actualización en el REPS y posteriormente radicarla en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia cada que se abran o se cierren nuevos servicios.
- ES-GIC-GC-R4-C2: Los directores, líderes, profesionales responsables de los 39 procesos institucionales deben definir, gestionar y cerrar efectivamente las oportunidades de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional y cada mes en los equipos de mejoramiento institucionales mostrar los avances.
- ES-GIC-GC-R5-C1. La dirección de gestión humana deberá realizar la inducción y reinducción al personal en el Sistema de Gestión Integral de Calidad con el apoyo del profesional U de Calidad.
- ES-GIC-GC-R5-C2. El gerente, subgerente, directores, jefes, líderes y profesionales responsables de los procesos cada semana deberán realizar el despliegue institucional de los diferentes temas de calidad.
- ES-GIC-GC-R5-C3. La oficina de calidad y planeación cada año realizará las jornadas de la calidad en la cual participaran los delegados de cada servicio.
- ES-GIC-GC-R6-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el subgerente asistencia, los directores y líderes asistenciales, deberán analizar la severidad de los eventos con la herramienta de la espina de pescado, e incluir el plan de mejoramiento de las barreras de seguridad vulneradas y cada mes en los grupos de mejoramiento realizarles seguimiento a las oportunidades de mejora y medir los impactos de estas.

- ES-GIC-GC-R7-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el subgerente asistencia, los directores y líderes asistenciales, deberán documentar el modelo pedagógico institucional acorde a los paquetes instruccionales de la entidad y definir un cronograma para su implementación.

Al evaluar la eficiencia de los controles podemos indicar que:

Al evaluar la eficiencia de los controles que busca determinar el nivel de fortaleza de los controles para alcanzar los objetivos del proceso o mitigar los riesgos identificados. La efectividad de los controles se puede calificar como:

Efectivo	Control diseñado y operando adecuadamente
Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
Inefectivo	Control con mejoras significativas
Inexistente	Control por implementar

Para el proceso de Planificación y Consolidación del SGIC se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
------------------------------	----------------------------------

El proceso de Planificación y Consolidación del SGIC cuenta con 7 riesgos y 14 controles, a continuación, se analizan la eficiencia en cada uno de los controles:

- ES-GIC-GC-R1-C1: Los directores, líderes, profesionales responsables de los 39 procesos institucionales deberán actualizarlos y normalizarlos dentro del mapa de procesos institucional máximo cada 4 años teniendo en cuenta el plan de desarrollo de la entidad.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
------------------------------	----------------------------------

Es parcialmente debido a que, con corte al 31 de agosto de 2023, del total de 2998 documentos ,681 se encuentran vencidos por vigencia mayor de 5 años, lo que representa 23%.

- ES-GIC-GC-R1-C2: Los directores, líderes, profesionales responsables de los 39 procesos institucionales deben definir, gestionar y cerrar efectivamente las oportunidades de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional y cada mes en los equipos de mejoramiento institucionales mostrar los avances.

Parcialmente Efectivo	Control con áreas de oportunidad
------------------------------	----------------------------------

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

Es evaluado como parcialmente dado que el cumplimiento de del PAMEC se encuentra en un 90%. Debido a la inoportunidad en la ejecución de las acciones de mejoramiento.

- ES-GIC-GC-R1-C3: Los responsables de las auditorías internas y externas deberán realizar monitoreo y seguimiento cada mes a las oportunidades de mejora de los procesos y el jefe de calidad y planeación y el jefe de auditoría interna deberán cada 3 meses en el Comité Ampliado de Gerencia dar a conocer los avances.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo, se evidencia las presentaciones en el plan de acción por parte de la oficina de calidad y planeación y de auditoría interna.

- ES-GIC-GC-R2-C1: Los directores y líderes de los procesos misionales implementan los 23 paquetes instruccionales en los procesos misionales, siguiendo los lineamientos y las estrategias impartidas por la líder del Programa de Seguridad del Paciente y ésta cada mes evaluará la adherencia a los mismos en los grupos de mejoramiento del cliente asistencial, en las visitas de calidad cada semana.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es evaluado como parcialmente dado que si bien en el comité gerencial de seguridad del paciente se presentan y evalúan las estrategias para la implementación y adherencia a los paquetes instruccionales, queda pendiente la evaluación con otras estrategias como son las visitas de calidad, paciente trazador entre otros.

- ES-GIC-GC-R2-C2: Los directores y líderes de los procesos misionales y la líder del programa de seguridad del paciente, evalúan cada mes la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos, los reportan en el aplicativo de BI, monitorean aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente cada mes en el Comité de Cliente Asistencial, y ajustan permanentemente los procesos e identifican los riesgos desde un enfoque preventivo, defectivo, correctivo e implementan los planes de mejoramiento; la Profesional Gestora de Riesgos realizará seguimiento y monitoreo a los controles establecidos cada cuatro meses y la jefe de calidad y planeación en el Comité ampliado de gerencia da a conocer la evaluación.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es efectivo, se evidencian las actas del comité de cliente asistencial.

- ES-GIC-GC-R2-C3: La líder de seguridad del paciente, la directora de gestión humana, los directores y líderes asistenciales, la líder de docencia servicio e investigación deben definir el diseño e implementación de un modelo pedagógico teniendo en las prácticas seguras.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Se evalúa inefectivo debido a que la institución no tiene definido un modelo pedagógico.

- ES-GIC-GC-R3-C1: Los directores, líderes, profesionales responsables de los 39 procesos institucionales, deben definir, gestionar y cerrar efectivamente las oportunidades de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional y cada mes en los equipos de mejoramiento institucionales mostrar los avances.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es evaluado como parcialmente efectivo dado que con corte al 31 de agosto de 2023 el porcentaje de cierre efectivo de las oportunidades de mejora es del 72%.

- ES-GIC-GC-R4-C1: La Oficina de Calidad y Planeación deberá realizar junto con los responsables de los procesos asistenciales, mínimo una vez al año las autoevaluaciones internas del cumplimiento de la normatividad vigente para cada servicio en torno al Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, la cual es necesaria para la actualización en el REPS y posteriormente radicarla en la Dirección Seccional de Salud de Antioquia cada que se abran o se cierren nuevos servicios.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Se evalúa efectivo, los servicios habilitados se encuentran actualizados en el REPS.

- ES-GIC-GC-R4-C2: Los directores, líderes, profesionales responsables de los 39 procesos institucionales deben definir, gestionar y cerrar efectivamente las oportunidades de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional y cada mes en los equipos de mejoramiento institucionales mostrar los avances.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es parcialmente efectivo debido a que, con corte al 31 de agosto de 2023, en la autoevaluación del sistema único de habilitación las acciones de mejora son 1110, con un cumplimiento de los estándares en el global es del 54%.

- ES-GIC-GC-R5-C1. La dirección de gestión humana deberá realizar la inducción y reinducción al personal en el Sistema de Gestión Integral de Calidad con el apoyo del profesional U de Calidad.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

La evaluación es parcialmente inefectiva debido a que, aunque se disponen de indicadores actualizados en gestión humana, la precisión de las evidencias relacionadas con los datos sobre la inducción y reinducción del personal vinculado, así como por parte de las agremiaciones, no es completa.

- ES-GIC-GC-R5-C2. El gerente, subgerente, directores, jefes, líderes y profesionales responsables de los procesos cada semana deberán realizar el despliegue institucional de los diferentes temas de calidad.

Parcialmente Efectivo Control con áreas de oportunidad

Es parcialmente inefectivo debido a que con corte del 31 de agosto el porcentaje de cumplimiento de los despliegues 32%.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

- ES-GIC-GC-R5-C3. La oficina de calidad y planeación cada año realizará las jornadas de la calidad en la cual participaran los delegados de cada servicio.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado como efectivo. Cada año se programan las jornadas de la calidad, durante la presente vigencia se realizará en el año 2024 como preparación para la visita del ICONTEC.

- ES-GIC-GC-R6-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el subgerente asistencia, los directores y líderes asistenciales, deberán analizar la severidad de los eventos con la herramienta de la espina de pescado, e incluir el plan de mejoramiento de las barreras de seguridad vulneradas y cada mes en los grupos de mejoramiento realizarles seguimiento a las oportunidades de mejora y medir los impactos de las mismas.

Efectivo Control diseñado y operando adecuadamente

Es evaluado como efectivo dado que se cuenta con el análisis de los eventos centinela, su seguimiento y acciones de mejora.

- ES-GIC-GC-R7-C1. La líder del programa de seguridad del paciente, el subgerente asistencia, los directores y líderes asistenciales, deberán documentar el modelo pedagógico institucional acorde a los paquetes instruccionales de la entidad y definir un cronograma para su implementación.

Inefectivo Control con mejoras significativas

Es inefectivo debido a que en el Hospital no cuenta con un modelo pedagógico.

En el diseño de controles se busca orientar la identificación de los riesgos del proceso, al respecto cabe anotar, que el proceso de Planificación y Consolidación del SGIC deberá revisar los riesgos identificados y el diseño de sus controles establecidos en su matriz de riesgo actual, teniendo en cuenta en el diseño de controles aspectos como: asignación del responsable, segregación y autoridad del responsable, periodicidad, propósito, actividad de control, seguimiento de las desviaciones y evidencia del control.

b. Criterios.

- Política de Gestión del Riesgos - Matriz de Riesgos.

c. Riesgo.

- Probable sobrecostos o costos innecesarios por falta de controles.
- Probables deficiencias en la calidad
- Probable impacto negativos en la reputación de la organización.

d. Recomendación.

- Actualizar y normalizar dentro del mapa de procesos institucional todos los documentos teniendo en cuenta el plan de desarrollo de la entidad.

- Definir, gestionar y cerrar efectivamente las oportunidades de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional y cada mes en los equipos de mejoramiento institucionales mostrar los avances.
- Implementar los 23 paquetes instruccionales en los procesos misionales, siguiendo los lineamientos y las estrategias impartidas por la líder del Programa de Seguridad del Paciente y ésta cada mes evaluará la adherencia a los mismos en los grupos de mejoramiento del cliente asistencial, en las visitas de calidad cada semana.
- Documentar el modelo pedagógico institucional acorde a los paquetes instruccionales de la entidad y definir un cronograma para su implementación.
- Definir, gestionar y cerrar efectivamente las oportunidades de mejora establecidas en el plan de mejoramiento institucional y cada mes en los equipos de mejoramiento institucionales mostrar los avances.
- Realizar la inducción y reinducción al personal en el Sistema de Gestión Integral de Calidad, independiente de su tipo de vinculación.

e. Posición del auditado.

- La evaluación de controles está tomando el proceso completo de Planificación del Sistema de gestión integral de la calidad, por lo cual se tomarán las que no se hayan evaluado en los puntos anteriores de la ruta crítica del PAMEC.

f. Plan de mejoramiento.

- Al: Capacitar a la oficina de auditoría interna para el ingreso de la evaluación de controles al aplicativo Hopex.

III. CONCLUSIONES.

- Para el proceso de Planificación y Consolidación del SGIC se califica la eficiencia de los controles como Parcialmente Efectivo, lo que significa que las actividades de control están adecuadamente diseñadas y operando, pero existen oportunidades de mejora.
- El PAMEC se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica propuesta por el Ministerio de la Protección Social y la autoevaluación fue realizada de acuerdo con los estándares del Sistema Único de Acreditación.
- La ruta crítica del PAMEC (Plan de Aseguramiento Metodológico y Evaluación de la Calidad) con énfasis en acreditación se refiere a la serie de actividades necesarias para llevar a cabo un proceso de acreditación en una organización de salud.
- La institución tiene establecido las estrategias de seguimiento y verificación para el cumplimiento del PAMEC.
- Es de resaltar el compromiso del profesional de calidad para mostrar gestionar el enfoque, la implementación y evaluación del Sistema de Garantía de la Calidad en la institución, demostrando un grado importante de compromiso que permita cumplir con el plan de mejoramiento y alcanzar así estándares superiores de calidad.

	<p>FORMATO INFORME DE AUDITORIA INTERNA</p>	<p>EVALUACIÓN Y CONTROL DE LA GESTIÓN</p>	CÓDIGO: EV-EVC-CI002F06
			VERSIÓN: 01
			Fecha: 29/06/2022

IV. PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

Una vez socializado el Informe de Auditoría, el responsable del proceso auditado elabora con su grupo de trabajo el Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna respectivo, para lo cual dispondrá de 10 días hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance trimestral.

La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento semestral del Plan de Mejoramiento a la segunda línea y presentará el Informe correspondiente; además se realizará una labor de acompañamiento del proceso auditado.

V. 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;
- Comité Ampliado de Gerencia; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

Documento elaborado y revisado por:
Equipo Técnico de la **Oficina de Auditoría Interna:**

María Janneth Agudelo Arango
Profesional de Auditoría Interna
Karina Marina Ruiz De la Hoz
Profesional de Auditoría Interna
Julio E. Suescún Montoya
Técnico Auditoría



Elaboró: **María Janneth Agudelo Arango**
Profesional de Auditoría Interna.

Apoyo Gráfico y Edición: **Julio E. Suescún Montoya,**
Técnico Auditoría

Revisó: **William Alberto Higueta Lopera,**
Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, 15 de diciembre de 2023