



INFORME SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

Periodo: julio 1 a diciembre 31 de 2023

Planes de Mejoramiento
de la Institución

Acción
Inmediata

Oportunidad
de Mejora

Equipo Oficina de Auditoría Interna

Jefe de la Oficina: William Alberto Higueta Lopera.

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

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

Informe de Evaluación

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



Alcaldía de Medellín
Distrito de
Ciencia, Tecnología e Innovación

31 de enero de 2024

TABLA DE CONTENIDO

I.	GENERALIDADES.....	4
1.1	Objetivo.....	4
1.2	Alcance	4
1.3	Marco Normativo	4
1.4	Periodo del Informe.	4
1.5	Componentes por evaluar.	4
1.5.1.	Acción Inmediata	4
1.5.2.	Oportunidad de Mejora.	4
II.	PARÁMETROS DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	5
2.1.	Resultados y Análisis.....	5
2.2.	Plan de Mejoramiento Institucional.....	5
2.3.	Planes de Mejoramiento por procesos	5
2.4.	Plan de Mejoramiento por Acción Inmediata.....	7
2.5.	Plan de Mejoramiento por Oportunidad de Mejora	8
2.6.	Planes de Mejoramiento Institucional por Auditorías	8
2.6.1.	Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC.....	9
2.6.2.	Plan de Mejoramiento Auditorías Externas	9
2.6.3.	Plan de Mejoramiento Auditoría Interna	9
2.6.4.	Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités.....	9
2.6.5.	Plan de Mejoramiento por Eventos Adversos	10
2.6.6.	Plan de Mejoramiento Grupos de Mejoramiento	10
2.6.7.	Plan de Mejoramiento Autoevaluación Habilitación 3100	11
III.	CONCLUSIONES.....	12
IV.	RECOMENDACIONES	12

PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, 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", presenta el Informe de Seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, correspondiente a la vigencia 2023, segundo semestre.

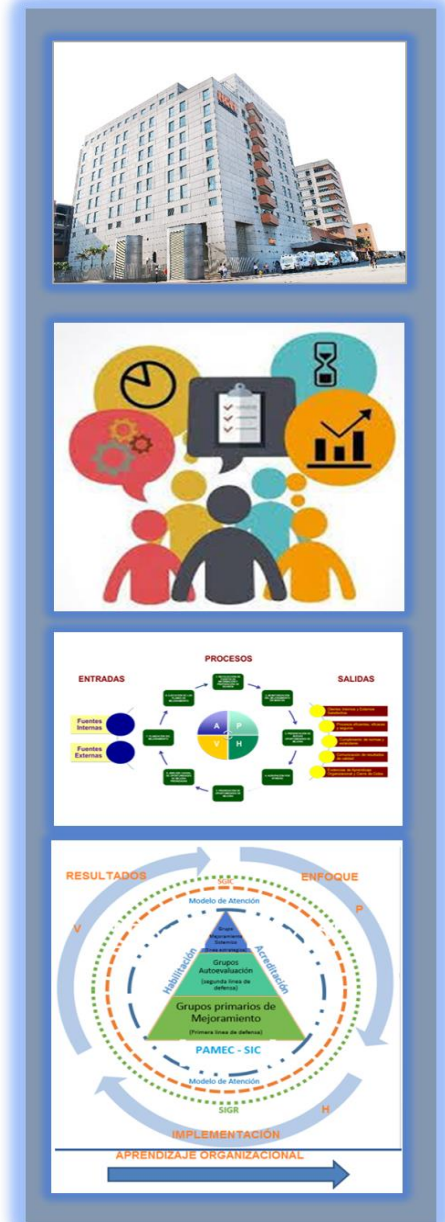
El Informe se establece mediante el seguimiento al plan de mejoramiento institucional realizado por la oficina de calidad y planeación, que recopila las diferentes acciones inmediatas y oportunidades de mejora, producto de las diferentes auditorías realizadas por Auditoría Interna Calidad, Auditorías Externas, Auditorías Internas, los diferentes Comités y Grupos de Mejoramiento, así como el grupo de análisis de los Eventos adversos.

El presente Informe se enmarca en la Línea III. Una Auditoría de Impacto y Efectiva. Plan Estratégico 2021 – 2027 "Construimos Confianza" de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima de fondo contribuir al cumplimiento de los objetivos del Hospital General de Medellín con la observancia plena de los requerimientos de orden legal y de buenas prácticas de transparencia en el marco del buen gobierno público, gestión de riesgos y control efectivo.

Continuaremos liderando un conjunto de estrategias y acciones diseñadas para contribuir a la consolidación, afianzamiento y sostenibilidad de los propósitos del Hospital General de Medellín, en el marco de la Mega definida para el año 2027.

Oficina de Auditoría Interna.
Construimos Confianza
Hospital General de Medellín.
Atención Excelente y Calidad de Vida.



I. GENERALIDADES

1.1 Objetivo

Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejoramiento Institucional, generado por las diferentes fuentes que alimentan el modelo, en el periodo del 1 de julio a 31 de diciembre de 2023 en el HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.

1.2 Alcance

Este seguimiento se aplica al Plan de Mejoramiento Institucional acumulado con corte a 31 de diciembre de 2023, y esta dirigido hacia el Programa de Auditorías:

- Auditoría Interna Calidad
- Auditorías Externas
- Auditorías Internas
- Comités
- Eventos adversos
- Grupos de Mejoramiento

1.3 Marco Normativo

- Ley 87 de 1993: organiza el ejercicio del Control Interno de los organismos del Estado.
- Decreto 1499 de 2017: actualiza Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG.
- Decreto 403 de 2020: prevé medidas de fortalecimiento del control fiscal y articulación entre la Contraloría General de la República y las Oficinas de Control Interno.
- Decreto 780 de 2016 Decreto único reglamentario del sector salud y Protección Social. Lineamientos PAMEC

1.4 Periodo del Informe.

El presente Informe comprende el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 2023.

1.5 Componentes por evaluar.

El Informe hace seguimiento a los compromisos establecidos en las diferentes auditorías y adquiridos por los responsables de las áreas registrados en Eurodoc, esto permite obtener un gran número de actividades distribuidas como Acción Inmediata y Oportunidad de Mejora.

1.5.1. Acción Inmediata

Las acciones inmediatas son las acciones correctivas que deben tomarse en cualquier proceso, para motivar los cambios necesarios sobre la marcha y en el menor tiempo. Esta etapa consiste en la formulación del conjunto de actividades que permite la solución de la acción, plantear sus metas, responsables y fechas de cierre

1.5.2. Oportunidad de Mejora.

Las observaciones de las auditorías tanto internas como externas realizadas en la entidad, permiten la identificación de oportunidades para la mejora y la adhesión de buenas prácticas.

II. PARÁMETROS DEL SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

2.1. Resultados y Análisis

Para el momento del corte de este seguimiento (31 de diciembre), es necesario precisar que, tanto la Acción Inmediata, como la Oportunidad de Mejora registraron un cumplimiento del 64%, así:

Análisis Plan de Mejoramiento Total de Acciones					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	1.723	235	700	2.658	65%
Oportunidad de Mejora	104	41	34	179	58%
Total general	1.827	276	734	2.837	64%

Tabla 1. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.2. Plan de Mejoramiento Institucional

El Plan de Mejoramiento Institucional es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática para mejorar los procesos y la calidad del Hospital General de Medellín – HGM; los cuales deben ser liderados por la alta dirección, la gerencia, equipo directivo, cada uno con su rol y responsabilidad, articulados como equipo para el análisis de cada situación

"El plan de mejoramiento de la institución se compone de un plan único que integra las diferentes fuentes y se encuentra ubicado en la carpeta compartida planes de mejoramiento del servidor de la institución, a excepción del plan de mejoramiento específico para contraloría el cual lo consolida la oficina de auditoría interna.

La consolidación de los planes de mejoramiento será responsabilidad de la Oficina de Calidad y Planeación".
Modelo de Mejoramiento Institucional

2.3. Planes de Mejoramiento por procesos

A continuación, se relaciona el cumplimiento de la Acción Inmediata y como la Oportunidad de Mejora por dependencia y responsable:

Acciones por Dependencias					
Area	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Dirección Hospitalaria	305	54	41	400	76%
Dirección Ayudas Diagnósticas y C.	115	54	196	365	32%
Dirección Ambulatorios	178	39	146	363	49%
Dirección Clínicas Quirúrgicas	191	42	61	294	65%
Coordinación Enfermería	177	4	0	181	98%
Farmacia	129	11	41	181	71%
Infraestructura	49	2	96	147	33%
Salud Ocupacional	66	20	56	142	46%
Dirección Gestión Humana	94	2	27	123	76%

Acciones por Dependencias					
Area	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Dirección Apoyo Logístico	95	12	15	122	78%
Auditoría Médica	89	2	3	94	95%
Subgerencia Procesos Asistenciales	66	9	4	79	84%
Dirección Financiera	64	3	4	71	90%
Subgerencia Procesos Administrativos y Financiero	42	7	2	51	82%
Oficina Calidad y Planeación	34	3	11	48	71%
Mantenimiento	42	0	3	45	93%
Sistemas	24	0	2	26	92%
Atención al Usuario	22	0	2	24	92%
Oficina Jurídica	12	1	9	22	55%
Programa Investigaciones y Docencia	18	0	1	19	95%
Comunicaciones	10	4	3	17	59%
Gestión Documental	3	5	4	12	25%
Médico Pediatra	0	0	3	3	0%
SARLAFT	0	1	2	3	0%
Gerente	0	0	2	2	0%
Oficina Auditoría Interna	2	0	0	2	100%
Activos Fijos	0	1	0	1	0%
Total general	1.827	276	734	2.837	64%
Cumplimiento	64%	10%	26%	100%	

Tabla 2. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.4. Plan de Mejoramiento por Acción Inmediata

La Acción Inmediata cuenta con un total de 2.658 compromisos radicados en Eurodoc, para este periodo se agrega la autoevaluación de Habilitación que da cumplimiento a la norma 3100, con 1.467 compromisos adicionales.

Acción Inmediata		
Acciones por Auditorías	No. de Acciones	
Autoevaluación Habilitación	1.467	55%
Comites	394	15%
Auditorías de Calidad	373	14%
Grupos de Mejoramiento	182	7%
Seguridad de paciente	108	4%
Auditorías Externas	74	3%
Auditorías Interna	60	2%
Seguridad de paciente	2.658	100%

Tabla 3. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

Realizando un Análisis por cumplimiento de las acciones inmediatas se observa que, se encuentra en un 65% de avance.

Acción Inmediata					
Auditorías	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Autoevaluación Habilitación	850	144	473	1467	58%
Comites	293	29	72	394	74%
Auditorías de Calidad	258	23	92	373	69%
Grupos de Mejoramiento	111	27	44	182	61%
Seguridad de paciente	84	5	19	108	78%
Auditorías Externas	72	2	0	74	97%
Auditorías Interna	55	5	0	60	92%
Total general	1.723	235	700	2.658	65%

Tabla 3. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.5. Plan de Mejoramiento por Oportunidad de Mejora

La Oportunidad de Mejora en el primer presente ascendía a 96 compromisos y en el segundo semestre 179 compromisos, equivalente a un incremento de 83 compromisos.

Oportunidad de Mejora		
Auditorías	No. de Acciones	
Seguridad de paciente	80	45%
Auditorías Externas	37	21%
Grupos de Mejoramiento	31	17%
Auditorías Interna	20	11%
comites	10	6%
Auditorías de Calidad	1	1%
Total general	179	100,0%

Tabla 4. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

El Análisis por Oportunidad de Mejora, está en un cumplimiento del 58.1%.

Oportunidad de Mejora					
Auditorías	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Seguridad de paciente	52	12	16	80	65,0%
Auditorías Externas	22	9	6	37	59,5%
Grupos de Mejoramiento	8	15	8	31	25,8%
Auditorías Interna	17	2	1	20	85,0%
Comites	4	3	3	10	40,0%
Auditorías de Calidad	1	0	0	1	100,0%
Total general	104	41	34	179	58,1%

Tabla 5. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6. Planes de Mejoramiento Institucional por Auditorías

En el hospital al corte del 31 de diciembre de 2023 y de acuerdo con la información suministrada por la Oficina de Calidad y planeación, extraída del **Sistema Documental Eurodoc**, se cuenta con 7 planes de mejoramiento agrupados por auditorías así:

- Plan de Mejoramiento Auditoría Interna de Calidad
- Plan de Mejoramiento Auditorías Externas
- Plan de Mejoramiento Auditorías Internas
- Plan de Mejoramiento de los Comités
- Plan de Mejoramiento Eventos adversos
- Plan de Mejoramiento Grupos de Mejoramiento
- Autoevaluación Habilitación 3100

2.6.1. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC

En este Plan de mejoramiento se encuentran las auditorías de calidad (PAMEC) y se relacionan las actividades por Acción Inmediata y Oportunidad de Mejora, estas registran un cumplimiento del 69%, así:

Plan de Mejoramiento Auditoría Interna Calidad - PAMEC					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	258	23	92	373	69%
Oportunidad de Mejora	1			1	100%
Total general	259	23	92	374	69%

Tabla 6. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.2. Plan de Mejoramiento Auditorías Externas

Para el Plan de mejoramiento de las auditorías externas, se puede observar 111 actividades entre Acción Inmediata (74) y Oportunidad de Mejora (37), con un cumplimiento del 85%.

Plan de Mejoramiento Auditorías Externas					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	72	2	0	74	97%
Oportunidad de Mejora	22	9	6	37	59%
Total general	94	11	6	111	85%

Tabla 7. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.3. Plan de Mejoramiento Auditoría Interna

Con relación al Plan de Mejoramiento de Auditoría Interna, se observan 80 acciones con un cumplimiento del 90% (estas acciones se comenzaron a ingresar en Eurodoc por medio de un acta de cierre de Auditoría Interna debidamente socializado y concertado con los dueños de cada proceso, permitiendo ingresar los compromisos, las acciones inmediatas y las oportunidades de mejora).

Plan de Mejoramiento Auditorías Internas					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	0	0	0	0	
Oportunidad de Mejora	72	7	1	80	90%
Total general	72	7	1	80	90%

Tabla 8. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.4. Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités

Hace parte de este Plan de mejoramiento Institucional los compromisos registrados en los diferentes comités, los cuales se analizan y se organizan por acciones inmediatas (394) y las oportunidades de mejora (10). De 404 acciones cuenta con un cumplimiento del 74%.

Plan de Mejoramiento Compromisos por Comités					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	293	29	72	394	74%
Oportunidad de Mejora	4	3	3	10	40%
Total general	297	32	75	404	74%

Tabla 9. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.5. Plan de Mejoramiento por Eventos Adversos

Para este Plan de Mejoramiento de Eventos Adversos, se incluyen los compromisos registrados en el Comité de **"Seguridad del Paciente"**, el insumo proporcionado por el Reporte de Eventos Adversos de cada servicio, donde queda registrados toda ocurrencia de estos.

*"Desarrollar mecanismos sistemáticos de divulgación y medición de la adherencia a las guías de práctica clínica que favorezca la disminución de ocurrencia de **eventos adversos** por variabilidad en el proceso de atención". Modelo de Mejoramiento Institucional HGM.*

Con relación al seguimiento de este Plan de Mejoramiento de Eventos Adversos, se evidencia un incremento en acciones pasando de un total de 106 compromisos a 30 de junio de 2023, y a 188 acciones con corte al 31 de diciembre de 2023, son 82 nuevos compromisos en un semestre. El cumplimiento general es del 72%.

Plan de Mejoramiento Eventos Adversos					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	84	5	19	108	78%
Oportunidad de Mejora	52	12	16	80	65%
Total general	136	17	35	188	72%

Tabla 10. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.6. Plan de Mejoramiento Grupos de Mejoramiento

Este Plan de mejoramiento de Grupos de Mejoramiento, se pueden observar 213 actividades con un cumplimiento general del 56%, se registran por Acción Inmediata (182) y Oportunidad de Mejora (31).

"El área responsable de la acción de mejora procede a ejecutar las diferentes actividades para llevar a cabo la acción de mejora propuesta involucrando a las personas de su área y su grupo de mejoramiento o de otras áreas si se requiere el apoyo". Modelo de Mejoramiento Institucional HGM.

Plan de Mejoramiento "Grupos de Mejoramiento"					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	111	27	44	182	61%
Oportunidad de Mejora	8	15	8	31	26%
Total general	119	42	52	213	56%

Tabla 11. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

2.6.7. Plan de Mejoramiento Autoevaluación Habilitación 3100

La Autoevaluación Habilitación 3100, es un control preventivo que consiste en la verificación que HGM sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud. Su marco normativo esta dado en la Resolución 3100 de 2019, la cual define las normas, requisitos y procedimientos para registrar y verificar el cumplimiento de las condiciones mínimas para la prestación de servicios de salud; estos procesos de habilitación en salud se convierten, en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud.

Se destaca que, para este periodo se agrega nuevamente al Plan de Mejoramiento Institucional las auditorías de Autoevaluación Habilitación 3100, dando el siguiente resultado: un total de 1.467 Acciones Inmediatas, con un cumplimiento del 58%. Para este plan no se observan Oportunidades de mejora.

Plan de Mejoramiento Autoevaluación Habilitación 3100					
Acciones por Clasificación	Estado			No. Acciones	% Cumplimiento
	Ejecutado	En Proceso	Sin avance		
Acción Inmediata	850	144	473	1467	58%
Oportunidad de Mejora	0	0	0	0	
Total general	850	144	473	1467	58%

Tabla 12. Fuente: Plan Mejoramiento Institucional HGM – Oficina de Calidad y Planeación

III. CONCLUSIONES

- El porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento institucional es del **64%**, situación que a la fecha de corte aún están en proceso de un cierre efectivo el **36%** de las acciones reportadas.
- El Modelo de Mejoramiento Institucional permite identificar diferentes fuentes de mejoramiento, tanto internas como externas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución.
- Si bien, el HGM presenta un avance significativo en el cumplimiento del plan de mejoramiento institucional, es importante anexar las respectivas evidencias que dé cuenta del cierre efectivo de la acción de mejora y por ende que subsane la causa raíz que le dio origen a la misma.

IV. RECOMENDACIONES

- Es necesario incluir en el plan de Mejoramiento Institucional, las acciones de mejora, provenientes de los entes de control tales como: Contraloría Distrital de Medellín CDM, Supersalud, entre otras.
- La entidad cuenta con un software llamado HOPEX, adquirido para el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, es necesario fortalecer su uso efectivo en el cargue de la información, y una estructura de informes con un tablero de control.
- En el transcurso de la vigencia los líderes y responsables de las acciones de mejoras deberán hacer el registro oportuno del avance de estas, entre otras, aporta al cumplimiento de la resolución 408 del 2018; así mismo, deberán adjuntar las evidencias válidas y suficientes para el cierre efectivo de las acciones.
- Retomar las reuniones periódicas de los grupos de mejoramiento de la entidad.
- Es necesario, reactivar el liderazgo del grupo de mejoramiento institucional de tercer nivel, (Línea Estratégica)
- En general, fortalecer la adherencia al modelo de mejoramiento institucional.
- En el análisis se evidenció acciones inmediatas con más de 30 días de antigüedad sin intervención oportuna.

Posición del Auditado

- ❖ **El porcentaje de cumplimiento del plan de mejoramiento institucional es del 64%, situación que a la fecha de corte aún están en proceso de un cierre efectivo el 36% de las acciones reportadas. En el análisis se evidenció acciones inmediatas con más de 30 días de antigüedad sin intervención oportuna:** Los resultados del plan de mejoramiento obedecen a la inoportunidad en la realización y en el cargue de evidencias de los responsables, originado por la falta de sistematicidad de los grupos de mejoramiento. A través de informes a la gerencia se reporta la inoportunidad del cierre del plan de mejoramiento con el fin de que se tome las acciones correctivas pertinentes para el cierre oportuno de las brechas. Sin embargo, existen áreas que tienen una eficacia por debajo del 20% en los procesos de Imagenología, consulta externa y laboratorio clínico.
- **El Modelo de Mejoramiento Institucional permite identificar diferentes fuentes de mejoramiento, tanto internas como externas para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución:** A la fecha se han identificado 35 fuentes de mejoramiento en la organización las cuales el 85 % de las fuentes están ingresando de manera sistemática al modelo y realizando la trazabilidad en los sistemas de gestión, la sistematización depende de las reuniones de comités y grupos de mejoramiento por lo cual aún se encuentran planes de mejoramiento en áreas sin sistematizar por lo cual se hace búsqueda activa de estos planes a través de acompañamientos a las áreas según prioridad, como parte del mejoramiento continuo se definieron dos fuentes activas que son indicadores y gestión de riesgos las cuales se debe de sistematizar las herramientas de seguimiento para enlazarlas de manera directa a las acciones correctivas. Desde el área de cocreación se está trabajando en las necesidades de articulación de las fuentes de mejora preventivas a través de software de auditoría y de gestión de indicadores. El proyecto estaría en el primer semestre del 2024 debido a demoras en la ejecución por aprobación de presupuestos de personal para el apoyo en el ajuste de los sistemas de información.
- **Si bien, el HGM presenta un avance significativo en el cumplimiento del plan de mejoramiento institucional, es importante anexar las respectivas evidencias que dé cuenta del cierre efectivo de la acción de mejora y por ende que subsane la causa raíz que le dio origen a la misma:** El modelo de mejoramiento es adaptado del modelo del sistema de acreditación por lo cual se convierte en un modelo robusto para el seguimiento de acciones correctivas inmediatas, por lo anterior se debe de capacitar a los equipos primarios en las herramientas de análisis causal para mejorar la elaboración de planes de mejoramiento. En el periodo de noviembre 2023 a mayo 2024 se está realizando un curso con el equipo de ginecoobstetricia a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID y el El Institute for Healthcare Improvement (IHI), el cual busca fortalecer las metodologías de mejora continua a través de proyectos de calidad.

Plan de mejoramiento

Recomendación

- **Es necesario incluir en el plan de Mejoramiento Institucional, las acciones de mejora, provenientes de los entes de control tales como: Contraloría Distrital de Medellín CDM, Supersalud, entre otras:** Para ello es importante que ingrese acciones de mejora desde los grupos administrativos los cuales se ha tenido dificultad en su estructura como avance se entregó un modelo de grupos de mejoramiento para la gestión de los riesgos administrativos. Esta recomendación no se ha implementado debido a la falta de estructura para la mejora en el área administrativa, se implementará la mejora reactiva a partir de la materialización de riesgos o desviación de indicadores sin análisis por parte de grupos primarios. Es necesario desde el sistema de control interno generar la alerta en los comités gerenciales con la aplicación de las auditorías de evaluación del cumplimiento y articular a jurídica para aplicar la política de riesgo antijurídico, adicional tener presente que estos entes externos los planes de

mejoramiento no han sido efectivos por la falta de estructura en el mejoramiento y la decisión de manejarlos desde el área de gerencia a través de asesores externos.

- **La entidad cuenta con un software llamado HOPEX, adquirido para el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, es necesario fortalecer su uso efectivo en el cargue de la información, y una estructura de informes con un tablero de control:** El aplicativo cuenta con la estructura de indicadores las cuales se puede generar a través del usuario administrador, es necesario realizar un ajuste a los tableros de la intranet los cuales fueron planificados en el plan de adquisiciones del área de calidad, pero no se han generado la disponibilidad presupuestal por parte del área financiera para su ejecución. Hubo dificultades en el primer semestre debido a que el proveedor limitó los servicios por incumplimiento de pagos, lo que no logró avanzar la observación. Actualmente nos encontramos con dificultades para la optimización del tablero de reportes debido a no pago del mantenimiento desde el segundo semestre. Se espera una vez normalicen los pagos se pueda tener tableros gerenciales de planes de mejora, procesos y riesgos. Las acciones continúan vigentes.

Acciones

- Definir los reportes para análisis de las oportunidades de mejora.
 - Ajustar la visualización de la intranet HOPEX 360 para seguimiento a gestión de procesos, gestión de riesgos, indicadores y planes de mejora.
 - Realizar socialización y despliegue de uso de los reportes por parte de los equipos de mejoramiento y colaboradores de la institución.
 - Definir periodos de corte de información y publicación de la misma de los planes de mejoramiento.
- **En el transcurso de la vigencia los líderes y responsables de las acciones de mejoras deberán hacer el registro oportuno del avance de estas, entre otras, aporta al cumplimiento de la resolución 408 del 2018; así mismo, deberán adjuntar las evidencias válidas y suficientes para el cierre efectivo de las acciones. En general, fortalecer la adherencia al modelo de mejoramiento institucional:** Como acción correctiva se solicitó desde la gerencia a través de memorando a los principales responsables de los planes de mejoramiento para dar cuenta del avance de los mismos, debido a la inoportunidad de las acciones. Se presentó en comité de desempeño institucional y plan de acción el resultado sin acciones definidas que permitan eliminar barreras al mejoramiento. Se continúa con el mismo planteamiento del plan de mejoramiento.

Oportunidad de Mejora

- Fortalecer la identificación de fuentes en los equipos administrativos y seguimiento a equipos Asistenciales

Acciones

- Realizar entrenamientos de equipos administrativos de financiera en el modelo de mejoramiento.
- Realizar entrenamientos de equipos administrativos de gestión de recursos en el modelo de mejoramiento.
- Realizar entrenamientos de equipos de gestión Humana en el modelo de mejoramiento.
- Evaluar semestralmente los equipos primarios asistenciales para el cierre oportuno de las acciones.
- Definir las entradas al sistema de información de oportunidades de mejora desde la primera línea de procesos administrativos y seguimiento desde la segunda línea.

Oportunidad de Mejora

- Definir herramientas gerenciales de control y seguimiento de planes de mejoramiento.

- **Retomar las reuniones periódicas de los grupos de mejoramiento de la entidad. Es necesario, reactivar el liderazgo del grupo de mejoramiento institucional de tercer nivel, (Línea Estratégica):** Con el fin de poder cumplir con los objetivos estratégicos de la institución se realizara modificación del modelo de mejoramiento para definir procesos de innovación que permitan buscar la acreditación con excelencia, sin embargo la brecha que existe en los planes de mejoramiento asistencial y los administrativos generara un reto al momento de evaluar el mejoramiento de la organización debido a que las bases están fundamentadas en los liderazgos clínicos y directivos como parte del gobierno de la institución.

Oportunidad de Mejora

- Modificar el enfoque del modelo de mejoramiento que permita obtener capacidades de negocio o implementación de buenas prácticas.

Acciones

- Realizar informe a la gerencia del seguimiento de las acciones de manera semanal a través de las reuniones de gerencia – Actividad realizada a través de memorando.
- Definir plazos máximos de cierre de acciones con evidencias y revisión por parte de comités y equipos de mejoramiento – los tiempos de cierre están trimestral para seguimiento.
- Realizar capacitación a los líderes en gestión de indicadores y elaboración de planes de mejoramiento – Actividad ejecutada.
- Implementar grupo de proyectos de mejora.

Equipo Técnico de Auditoría Interna - ETAI

Documento Revisado por
ETAI: **María Janneth Agudelo Arango,**
Profesional de Auditoría Interna.
Karina Ruíz De la Hoz,
Profesional de Auditoría Interna.
Julio E. Suescún Montoya,
Técnico Auditoría

Elaboró: **Julio E. Suescún Montoya,**
Técnico Auditoría
Karina Ruíz De la Hoz,
Profesional de Auditoría Interna

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

Aprobó: **William Alberto Higuera Lopera**
Jefe Auditoría Interna

Medellín, 31 de enero de 2024

