

---

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

---

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN  
Oficina de Auditoría Interna  
*Construimos Confianza*

---

# INFORME FINAL DE AUDITORÍA

## Modelo de mejoramiento institucional

### EQUIPO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

**CARLOS URIEL LÓPEZ RÍOS**  
Jefe de Auditoría Interna

**MARÍA JANETH AGUDELO ARANGO**  
Profesional de Auditoría Interna

**JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA**  
Profesional de Auditoría Interna

Medellín  
Febrero de 2018

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

CONTENIDO

<b>I.</b>	<b>GENERALIDADES.</b>	<b>4</b>
1.1.	Objetivo.	4
1.2.	Alcance.	4
1.3.	Metodología.	4
1.4.	Limitaciones.	4
1.5.	Fundamento Normativo.	4
1.6.	Documentos Base.	5
1.7.	Terminología básica.	5
<b>II.</b>	<b>VERIFICACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL.</b>	<b>7</b>
2.1.	Fuentes de la mejora.	7
2.2.	Conocimiento del modelo de mejoramiento.	7
2.3.	Aprendizaje organizacional.	8
2.4.	Confiabilidad y trazabilidad de la información	8
<b>III.</b>	<b>CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	<b>10</b>
3.1.	Relación de las observaciones.	10
3.2.	Recomendaciones.	11
<b>IV.</b>	<b>CICLO DE LA AUDITORÍA.</b>	<b>11</b>
4.1.	Posición del Auditado.	11
4.2.	Plan de Mejoramiento y Seguimiento.	11
4.3.	Comunicación y Socialización del Informe	11
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>12</b>

---

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

---

## PRESENTACIÓN

La Oficina de Auditoría Interna, en cumplimiento de sus funciones y en especial, la ejecución del Plan Anual de Auditorías 2018, presenta el Informe de la Auditoría al modelo de mejoramiento institucional.

El documento se estructura en cinco capítulos. En el primero se enuncian las generalidades, objetivo, alcance, metodología, limitaciones, fundamento normativo, documentación base y terminología; en el capítulo segundo se verifica el modelo de mejoramiento institucional. En el capítulo tres se describe el consolidado de observaciones y recomendaciones. En el cuarto el ciclo de auditoría y en el último capítulo se presenta las conclusiones.

El presente Informe de Auditoría se enmarca en la Línea III. Aseguramiento. Control Interno Innovador del Plan Estratégico 2017 – 2021 “**Construimos Confianza**” de la Oficina de Auditoría Interna.

Nos anima el propósito de continuar liderando, desde la Oficina de Auditoría Interna, un conjunto de estrategias y acciones que permitan contribuir, desde la evaluación del gobierno, el control y los riesgos, 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

#### **I. GENERALIDADES.**

##### **1.1. Objetivo.**

Evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad del Modelo de Mejoramiento Institucional en sus componentes de enfoque, implementación y resultados, con el fin de verificar su aplicación e identificar las oportunidades de mejora, además identificar la contribución de éste al logro de los objetivos estratégicos.

##### **1.2. Alcance.**

El alcance inicia en la verificación de las entradas del proceso, con el seguimiento a la gestión realizada en los grupos de mejoramiento, el procedimiento de monitoreo de las oportunidades de mejora y su implementación, hasta la identificación de las fortalezas y oportunidades de mejora que contribuyan al mejoramiento institucional.

##### **1.3. Metodología Auditoría**

Para su realización se cumplieron los siguientes pasos:

- Solicitud y recopilación de información.
- Consulta de fuentes, servidores y personal del hospital.
- Entrevista con el Jefe de Calidad y Planeación.
- Entrevista con la profesional de la Oficina de calidad y planeación.
- Verificación y organización de evidencias.
- Revisión y análisis de la información.
- Identificación de hallazgos y formulación de recomendaciones.

##### **1.4. Limitaciones.**

La auditoría no presentó ninguna limitación que afectará el desarrollo de la misma. Al contrario la profesional universitaria y el Jefe de Calidad y Planeación que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría.

##### **1.5. Fundamento Normativo.**

- Decreto 1011 de 2006 artículos 32 y 33  
Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 0123 del 26 enero de 2012  
Manual de estándares de acreditación ambulatorio y hospitalario.

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

- Decreto 903 del 13 de Mayo del 2014  
Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014  
Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios. Anexo Técnico: Manual de estándares de habilitación.
- Resolución 0256 del 5 de febrero de 2016  
Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
- Decreto 780 del 6 de mayo 2016  
Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social.
- Circular 012 del 04 de agosto de 2016  
Por la cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información para la calidad.

#### 1.6. Documentos Base.

- Documento programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud PMEC con código ES-GIC-GC001D03
- Instructivo modelo de mejoramiento institucional con código ES-GIC-GC001D02
- Procedimiento seguimiento al modelo de mejoramiento institucional. EV-EVC-CI003
- Carpetas compartidas de visita de acreditación, planes de mejoramiento, indicadores de gestión, seguridad del paciente, gestión del riesgo.
- Documentos relacionados definidos en la planificación y consolidación del SGIC: PAMEC
- Formato ES-GIC-GC001F08 Plan de Mejoramiento - Modelo de Mejoramiento.

#### 1.7. Terminología básica.

- **Auditoría para el mejoramiento.**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios; y en la resolución 2003 de 2014 se establece que las instituciones deben tener definidos los procesos

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.

▫ **Fortaleza.**

Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno, los cuales pueden deberse a un elevado dominio de funciones o procesos, o pueden resultar de aspectos tradicionales del día a día de la organización.

▫ **Calidad esperada.**

Teniendo en cuenta que se utilizan 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, en este sentido la calidad esperada será obtener como mínimo una calificación cuantitativa de 3,5 en cada uno de los estándares evaluados.

▫ **Ejecución del plan de mejoramiento.**

Una vez definido el plan de mejoramiento en el desarrollo de las actividades propuestas, cada líder del grupo de mejoramiento o líder del proceso debe gestionar su implementación, comunicando a las partes interesadas para verificar que se comprendan los cambios a efectuar promoviendo la participación del equipo de trabajo.

▫ **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.

▫ **Modelo de mejoramiento institucional**

El modelo de mejoramiento hace parte del Direccionamiento Estratégico de la institución y opera con un enfoque sistémico de gerenciamiento de los procesos, centrado en las necesidades y expectativas de los usuarios y demás partes interesadas. Su objetivo es mantener y mejorar los procesos y servicios de la organización mediante la práctica del ciclo PHVA que se expresa operativamente a través de los procesos.

▫ **Análisis causal.**

Las oportunidades de mejora clasificadas como de Prioridad Alta, serán sometidas a un análisis técnico que permita identificar su causa raíz. Para el efecto, el equipo de mejoramiento utiliza la herramienta para análisis causal definida en la Institución, basada en el Diagrama Causa Efecto

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

o Espina de Pescado, este diagrama fue descrito y utilizado por primera vez por un ingeniero químico de origen japonés: Kaoru Ishikawa en el año 1943, y de ahí toma su nombre. El diagrama de Ishikawa, más conocido como “diagrama de espina de pescado”, es un esquema gráfico desarrollado alrededor de un eje central, que es una línea en el plano horizontal y que representa el problema a analizar, el cual se registra en un recuadro a la derecha del diagrama. Adicionalmente, y mediante flechas oblicuas y paralelas entre sí, que convergen desde arriba y abajo hacia la línea central, se representan los grupos de causas o espinas primarias.

#### ▫ **Soporte de la mejora.**

Se refiere al conjunto de evidencias que se deben generar cuando se ejecutan las distintas actividades que conforman una acción de mejora. Estas evidencias se pueden tener en medio físico o magnético e incluyen, más no se limitan a las siguientes: listados de asistencia a capacitaciones, evaluaciones realizadas y sus consolidados, registros fotográficos o en video, copias de facturas de compras o trabajos realizados, informes, etc.

## **II. VERIFICACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL.**

Revisado y analizado el modelo de mejoramiento institucional se encuentran las siguientes observaciones:

### **2.1. Fuentes de la mejora.**

#### **Observación N° 1. Articulación de las diferentes fuentes de mejora, tanto internas como externas.**

La auditoría interna evidencia que documentalmente las fuentes de mejora en el modelo tanto internas como externas, están debidamente identificadas y determinadas en su responsabilidad para evaluarlas y decidir su ingreso al plan de mejoramiento institucional, sin embargo se observa que las auditorías internas y algunas externas y otras fuentes de mejoras no se tienen en cuenta como fuentes para el modelo de mejoramiento específicamente en la formulación del plan de mejoramiento institucional, por lo tanto se ha recomendado una mayor articulación de las diferentes fuentes de mejora tanto internas como externas.

### **2.2. Conocimiento del modelo de mejoramiento.**

#### **Observación N° 2. Socializar y apropiar la estrategia en un mayor número de funcionarios.**

La auditoría al revisar la implementación del modelo de mejoramiento institucional, logra evidenciar avances en el nivel de adherencia y madurez en la aplicación de la estrategia, sin embargo en las diferentes entrevistas realizadas con funcionarios que tienen responsabilidad en el modelo se han logrado identificar algunas brechas, para las cuales es importante definir acciones de intervención que permitan continuar posicionando el modelo.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

## 2.3. Aprendizaje organizacional.

### **Observación N° 3. Fortalecer el componente de aprendizaje organizacional y comunicar el mejoramiento.**

La auditoría al revisar y analizar los resultados del modelo de mejoramiento institucional puede evidenciar que las buenas prácticas, estrategias y los conocimientos que se han identificado no se han internalizado al aprendizaje institucional para garantizar la realización de los ajustes y estandarización de los procesos, favoreciendo su retroalimentación y el cierre del ciclo del mejoramiento.

Los resultados del mejoramiento de la calidad deben asegurarse 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.

El aprendizaje organizacional deberá promover el desarrollo de mecanismos de experimentación e innovación para desarrollar soluciones eficientes en cuanto a: tiempo, espacio y recursos económicos. La apuesta de la gestión del conocimiento y la innovación, propicia el desarrollo de acciones para compartir el conocimiento entre los servidores, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, así mismo, promueve la construcción de una cultura de análisis y retroalimentación para el mejoramiento continuo.

Es importante continuar fortaleciendo el componente de aprendizaje organizacional para favorecer la Gestión del Conocimiento y la Innovación, la cual tiene entre otros los siguientes objetivos:

- Consolidar el aprendizaje adaptativo de las entidades mejorando los escenarios de análisis y retroalimentación para ayudar a resolver problemas de forma rápida.
- Optimizar la generación del conocimiento de las entidades a través de procesos de ideación, experimentación, innovación e investigación que fortalezcan la atención de sus grupos de valor y la gestión del Estado.
- Generar acceso efectivo a la información de la entidad con ayuda de la tecnología para contribuir a la democratización de los procesos institucionales.
- Fomentar la cultura de la medición y análisis de la gestión institucional y estatal.
- Identificar y transferir el conocimiento fortaleciendo los canales y espacios para su apropiación.
- Promover la cultura de la difusión y la comunicación del conocimiento en los servidores y entidades públicas.
- Propiciar la implementación de mecanismos e instrumentos para la captura de la memoria institucional y la difusión de buenas prácticas y lecciones aprendidas.
- Impulsar a las organizaciones a estar a la vanguardia en los temas de su competencia.



OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

## 2.4. Confiabilidad y trazabilidad de la información.

**Observación N° 4. La auditoría ha identificado un riesgo alto, dado el nivel de manualidad y operatividad en la gestión y seguimiento del modelo, que no permite mantener niveles óptimos de confiabilidad y trazabilidad de la información.**

La auditoría ha identificado un riesgo alto, dado el nivel de manualidad y operatividad en la gestión y seguimiento del modelo, que no permite mantener niveles óptimos de confiabilidad y trazabilidad de la información en todo el modelo.

Para el cumplimiento del objetivo de establecer 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, es necesario automatizar y sistematizar el modelo.

Adicionalmente se ha recomendado definir indicadores de gestión que permitan hacer seguimiento, control y medición del impacto de la estrategia de mejoramiento institucional, adicionalmente que se permita medir el cumplimiento del objetivo, la identificación de riesgos y controles.

**Observación N° 5. Definir estrategias que permitan una mayor adherencia al modelo de mejoramiento institucional en los grupos de primer, segundo y tercer nivel.**

La auditoría interna evidencia que el proceso operacional de los grupos de mejoramiento aún se encuentra en proceso de maduración y adherencia a los diferentes objetivos por niveles de los grupos de mejoramiento, esto de acuerdo con lo observado a través de las diferentes actas de reuniones. Por lo que se ha recomendado el fortalecimiento del cumplimiento de estos objetivos.

Grupo del tercer nivel: Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional. A este grupo de tercer nivel corresponde la toma de decisiones para la implementación efectiva de las acciones de mejora propuestas en los planes de mejoramiento.

Grupos de segundo nivel: Planear, gestionar, monitorizar y mantener los avances en mejoramiento del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

Grupos de primer nivel: Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones (u oportunidades de mejoramiento) del Plan de Mejoramiento del Grupo de Estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan.

Se ha recomendado que el grupo de tercer nivel como grupo sombrilla debe generar mayores acciones proactivas que permitan anticiparse, analizar perspectivas, cambios del entorno y un mayor análisis de transformación de la entidad.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

Los grupos de primer nivel deberán generar mayores capacidades de resolución, fortalecer el trabajo en equipo para hacerlo más efectivo, igualmente fortalecer la estrategia comunicacional.

**Observación N° 6. Definir estrategias para vincular a los servicios tercerizados al modelo de mejoramiento institucional.**

La auditoría interna evidencia que el objetivo de los grupos de mejoramiento de primer nivel es implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones del Plan de Mejoramiento, lo que no se observa para los servicios tercerizados en la institución.

**III. CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.**

**3.1. Relación de las observaciones.**

N°	Observación	Numeral
1	Mejorar articulación de las diferentes fuentes de mejora, tanto internas como externas.	2.1.
2	Socializar y apropiar la estrategia en un mayor número de funcionarios.	2.2.
3	Fortalecer el componente de aprendizaje organizacional.	2.3.
4	La auditoría ha identificado un riesgo alto, dado el nivel de manualidad y operatividad en la gestión y seguimiento del modelo, que no permite mantener niveles óptimos de confiabilidad y trazabilidad de la información.	2.4.
5	Definir estrategias que permitan una mayor adherencia al modelo de mejoramiento institucional en los grupos de primer, segundo y tercer nivel.	2.4.
6	Definir estrategias para vincular a los servicios tercerizados al modelo de mejoramiento institucional.	2.4.

Fig. Relación de las Observaciones.

**3.2. Recomendaciones.**

▫ **En el gobierno.**

- 3.2..1. Lograr una mayor articulación de las diferentes fuentes de mejora, tanto internas como externas. (1. visitas de calidad, 2. paciente trazador, 3. rondas de seguridad, 4. auditorías internas independientes de la Oficina de Auditoría Interna, 5. Auditorías externas, 6. SIAU, 7. Tutorías, 8. Propuestas y decisiones de la Junta Directiva, 9. Evaluaciones de organismos de evaluación y control (Invima, Secretaría de Salud), 10. Contraloría General de Medellín, y 11. Revisoría Fiscal).
- 3.2..2. Definir estrategias para vincular a los servicios tercerizados al modelo de mejoramiento institucional (servicio de alimentación, lavandería, vigilancia, sala de transición, mantenimiento, proceso de higiene y desinfección, servicio de cafetería, auditores externos, universidades, etc.).

## OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

### Construimos Confianza

#### ▫ **En el control.**

- 3.2..1. Definir indicadores de gestión de impacto que permitan medir la adherencia institucional al modelo de mejoramiento institucional. Todas las estrategias de mejoramiento deberán ser evaluadas de manera periódica en su impacto a la mejora institucional.
- 3.2..2. Socializar y apropiar la estrategia en el 100% de los funcionarios de la institución, haciendo énfasis al grupo de especialistas en sus diferentes modalidades de contratación.
- 3.2..3. Registrar el 100% de las actas de los diferentes grupos de mejoramiento en el sistema de gestión documental de la institución (Eurodoc).
- 3.2..4. Definir el modelo comunicacional de la mejora a las diferentes partes interesadas.
- 3.2..5. Darle continuidad al proyecto de sistematización y automatización del modelo de mejoramiento institucional por Eurodoc.
- 3.2..6. Fortalecer el análisis causal para identificar causa raíz y atender con prioridad las oportunidades de mejora.
- 3.2..7. Hacer evidente los soportes de intervención de las mejoras realizadas en el respectivo plan de mejoramiento.

#### ▫ **En los riesgos**

- 3.2..1. Elaborar la matriz de riesgos del modelo y sus respectivos puntos de control para el seguimiento y monitoreo de la estrategia.
- 3.2..2. Fortalecimiento del componente de aprendizaje organizacional. (Banco de aprendizaje).

## IV. CICLO DE LA AUDITORÍA.

### 4.1. Posición del Auditado.

Una vez recibido el Informe Preliminar el auditado, dispondrá de tres (3) días hábiles para manifestar su posición frente al mismo y para hacer la Evaluación del Auditor, en el formato correspondiente.

### 4.2. Plan de Mejoramiento y Seguimiento.

Una vez aceptado el Informe, el auditado coordinará con su equipo de trabajo y con las áreas corresponsables, la formulación del Plan de Mejoramiento respectivo, en un término de diez (10) hábiles. Los responsables de las actividades del Plan harán el reporte de avance. La Oficina de Auditoría Interna hará seguimiento bimensual del Plan de Mejoramiento y presentará el Informe correspondiente.

### 4.3. 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:

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA  
Construimos Confianza

- Comité Coordinador de Control Interno;
- Comité Ampliado de Gerencia; y
- Junta Directiva del Hospital General de Medellín.

De acuerdo con lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011: “Los informes de los funcionarios de control interno tendrán valor probatorio en los procesos disciplinarios, administrativos, judiciales y fiscales cuando las autoridades pertinentes así lo soliciten”.

**V. CONCLUSIONES.**

- 5.1. El modelo de mejoramiento institucional cumple con los objetivos estratégicos de la institución, especialmente el de alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales.
- 5.2. El proceso de mejoramiento continuo institucional de acuerdo a la circular externa 0012 de Agosto 2016 deberá evaluar el aprendizaje organizacional.
- 5.3. Es necesario que el proceso auditado articule todas las diferentes fuentes del modelo para poder obtener los resultados y el impacto planteados desde las oportunidades de mejoramiento.
- 5.4. El modelo de mejoramiento institucional debe definir estrategias para vincular a todas las partes interesadas en el modelo, tales como la Junta Directiva, los contratistas, los terceros, los proveedores, y demás grupos de interés.

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

María Janeth Agudelo Arango    Profesional de Auditoría Interna.  
José Heriberto Vargas Lema    Profesional de Auditoría Interna.

Carlos Uriel Lopez Ríos        Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, Febrero de 2018.