
OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
Atención Excelente y calidad de vida

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

KARINA MARINA RUIZ DE LA HOZ
Profesional de Auditoría Interna

JULIO ERNESTO SUESCUN MONTOYA
Técnico de Auditoría Interna

JOSE HERIBERTO VARGAS LEMA
Profesional de Auditoría Interna

Medellín
Enero - Febrero de 2019

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

CONTENIDO

I.	GENERALIDADES.	4
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
II.	VERIFICACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL.	7
2.1.	Fuentes de la mejora.	7
2.2.	Conocimiento del modelo de mejoramiento.	8
2.3.	Aprendizaje organizacional.	9
2.4.	Confiabilidad y trazabilidad de la información	10
III.	CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.	12
3.1.	Relación de las observaciones.	15
3.2.	Recomendaciones.	15
IV.	CICLO DE LA AUDITORÍA.	18
4.1.	Posición del Auditado.	18
4.2.	Plan de Mejoramiento y Seguimiento.	18
4.3.	Comunicación y Socialización del Informe	18
V.	CONCLUSIONES.	19

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 2019, 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. Auditoría Interna Innovadora 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 la técnica 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 la técnica de la Oficina de Calidad y Planeación que fueron citados, atendieron de manera oportuna y diligente los requerimientos de la auditoría.

1.5. Fundamento Normativo.

1.5.1. 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.

1.5.2. Resolución 0123 del 26 enero de 2012

Manual de estándares de acreditación ambulatorio y hospitalario.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

- 1.5.3. Decreto 903 del 13 de Mayo del 2014
Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- 1.5.4. 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.
- 1.5.5. 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.
- 1.5.6. Decreto 780 del 6 de mayo 2016
Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social.
- 1.5.7. 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.

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

1.7. Terminología básica.

▫ **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 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

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

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.

▫ **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.

▫ **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 de Auditoría 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.

▫ **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.

▫ **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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

▫ **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.

▫ **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.

De acuerdo con el instructivo del modelo de mejoramiento institucional las fuentes de mejora son.

- Autoevaluación: Se refiere a las oportunidades de mejora identificadas cuando realizamos nuestro proceso de autoevaluación y/o calificación de los estándares de habilitación, acreditación y otros estándares de calidad con los cuales la institución decida autoevaluarse.
- Auditorías internas: Auditorías internas de procesos e interventorías; Auditorías internas contratadas y estudios técnicos con terceros; Auditorías de Evaluación independiente; Calidad de la Historia Clínica; Paciente Trazador; Adhesión a Guías e Instructivos de práctica clínica; Inspecciones del Equipo SYSOMA; Inspecciones del COPASO; Simulaciones y simulacros; Mediciones técnicas.
- Resultados de los indicadores: Cada uno de los procesos cuenta con un conjunto de indicadores con sus respectivas fichas técnicas y metas definidas; los cuales componen el Manual de Indicadores de Gestión. En este orden de ideas, los indicadores se comportan como los signos vitales del proceso. Cuando se logran las metas establecidas, el grupo de mejoramiento debe considerar su replanteamiento a fin de incrementar el nivel de exigencia y mantener el dinamismo de nuestro proceso de mejora continua.
- SIAU: Sistema de Información y Atención al Usuario, mediante el cual se gestionan los informes de medición de la satisfacción e Informes de reclamos, sugerencias, agradecimientos y felicitaciones.
- Encuestas Clientes internos y externos: Informes consolidados de encuestas.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

- Gestión del riesgo: Matriz de riesgos por proceso y mapa de riesgos institucional.
- Rondas: Actas Visitas de Calidad, Actas de Rondas de Seguridad, Informes de Paciente Trazador y Rondas Administrativas.
- Las auditorías externas y la normatividad que les aplicable al hospital.

Observación de Auditoría Interna N° 1.

La auditoría 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 debilidades en la articulación entre éstas, especialmente con las de organismos de control y otras fuentes como los resultados de la percepción que no se ha tenido como fuente 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.

Criterios de Auditoría:

ES-GIC-GC001D02. Documento Modelo de Mejoramiento Institucional.
Numeral 2. Enfoque del Modelo de Mejoramiento Institucional.

Riesgo: Deficiencias en la eficacia del modelo de mejoramiento institucional.

Recomendación:

- Avanzar en la articulación de las diferentes fuentes de mejora, tanto internas como externas.

2.2. Conocimiento del modelo de mejoramiento.

Observación de Auditoría Interna N° 2.

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

Criterios de Auditoría:

ES-GIC-GC001D02. Documento Modelo de Mejoramiento Institucional.
Numeral 2.2.2.4. Operación de los Grupos de Mejoramiento.

Riesgo: Debilidad en la adherencia al modelo por desconocimiento.

Recomendación:

- Socializar y apropiar la estrategia a un número mayor de funcionarios.

2.3. Aprendizaje organizacional.

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, propiciar el desarrollo de acciones para compartir el conocimiento entre los servidores, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, así mismo, promover la construcción de una cultura de análisis y retroalimentación para el mejoramiento continuo.

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.

Observación de Auditoría Interna N° 3.

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.

Es así como para el año 2018 se enuncian en el banco de aprendizaje organizacional estas experiencias exitosas, las cuales no se tienen descritas: Modelo de medición de la efectividad de la capacitación Kirkpatrick,¹ Programa tu piel mi piel y Ronda Clínico Administrativa.

Criterios de Auditoría:

ES-GIC-GC001D02. Documento Modelo de Mejoramiento Institucional.

¹ Modelo de evaluación del aprendizaje creado por Donald Kirkpatrick.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Numeral 2.2.4. Aprendizaje Organizacional.

Riesgo: Desconocimiento de experiencias exitosas.

Recomendación:

- Continuar fortaleciendo el componente de aprendizaje organizacional y comunicar el mejoramiento.
- Es importante continuar fortaleciendo el componente de aprendizaje organizacional para favorecer la Gestión del Conocimiento y la Innovación, que de acuerdo con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, 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

2.4. Confiabilidad y trazabilidad de la información.

De acuerdo con el modelo se establecen las siguientes funciones a los diferentes niveles:

- 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.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA

Construimos Confianza

- 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.

Observación de Auditoría Interna 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 en todo el modelo.

Criterios de Auditoría:

ES-GIC-GC001D02. Documento Modelo de Mejoramiento Institucional.
Numeral 2.2.2.8. Evaluación y seguimiento al proceso de mejoramiento.

Riesgo: Pérdida de información.

Recomendación:

- 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.
- Automatizar y sistematizar todo el modelo de mejoramiento institucional para garantizar un efectivo control y seguimiento a las oportunidades de mejoramiento.
- 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 de Auditoría Interna N° 5.

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.

Criterios de Auditoría:

ES-GIC-GC001D02. Documento Modelo de Mejoramiento Institucional.
Numeral 2.2.2.4. Operación de los Grupos de Mejoramiento.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Riesgo: Baja adherencia al modelo de mejoramiento institucional.

Recomendación:

- Definir estrategias que permitan una mayor adherencia al modelo de mejoramiento institucional en los grupos de primer, segundo y tercer nivel.
- 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.
- Fortalecimiento de los grupos de mejoramiento de primer nivel, éstos deberán generar mayores capacidades de resolución, fortalecer el trabajo en equipo para hacerlo más efectivo, consolidar grupos de mejoramiento de primer nivel en áreas que no los tienen, ejemplo Dirección Financiera, facturación, auditoría médica, ginecobstetricia, farmacia, consulta externa. El modelo deberá asegurar que todos los funcionarios de la institución participen en un grupo primario de mejoramiento.
- Fortalecer la estrategia comunicacional de todos los grupos.
- Definir estrategias para vincular a los servicios tercerizados al modelo de mejoramiento institucional.
- Mantener activas las recomendaciones que desde la oficina de calidad y planeación se han dado para estructurar las actas de los grupos de mejoramiento, las cuales son:
 - Registrar claramente los inasistentes y las causas.
 - Si una reunión no se realiza en la fecha establecida se debe registrar en el acta, las causas y la fecha para la cual se traslada.
 - Reflejar todas las etapas del modelo.
 - En las etapas que no se corran en la reunión registrar no aplica para esta reunión del grupo.
 - Siempre la última etapa es la interrelación con otros grupos de mejoramiento.
 - Las acciones de corrección inmediata se registran en el acta como compromisos.
 - Informe en Word de todos los integrantes con los indicadores, análisis, mejoras implementada, para favorecer la estructuración del acta.

2.5. Seguimiento a compromisos de los diferentes comités institucionales.

A través de la transacción de SAP, la ZEDQ02 se ha visualizado el seguimiento a compromisos de los diferentes comités, la cual se relaciona en la Tabla N° 1. Seguimiento compromisos comités.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

 HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA "Construimos Confianza" Seguimiento a compromisos de comités año 2018 				
Cuenta de Compromiso	Etiquetas de columna			
Etiquetas de fila	Ejecutado	En Proceso	Sin avance	Total general
ACTAS COMITE AMPLIADO DE GERENCIA	40	16	34	90
ACTAS COMITE APOYO ESTRATEGIA IAMI	1	2	2	5
ACTAS COMITE ASESOR DE OBRA	1			1
ACTAS COMITE CAPACITACIÓN			3	3
ACTAS COMITE CONTRATACIÓN	1			1
ACTAS COMITE CONTROL INTERNO	6	1	5	12
ACTAS COMITE CONVIVENCIA LABORAL	1	3	7	11
ACTAS COMITE COPASST	9	3	3	15
ACTAS COMITE DE ARCHIVO		1	19	20
ACTAS COMITE DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	7	6	13	26
ACTAS COMITE DE INVENTARIOS	21	2	5	28
ACTAS COMITE DOCENCIA SERVICIO	34	5	4	43
ACTAS COMITE FACTURACIÓN AUDITORIA Y CARTERA	4			4
ACTAS COMITE FARMACIA Y TERAPEUTICA	12	6	11	29
ACTAS COMITE FINANCIERO	1	1	1	3
ACTAS COMITE GERENCIAL SEGURIDAD DEL PACIENTE	2	6	20	28
ACTAS COMITÉ GESTIÓN Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	4			4
ACTAS COMITE GOBIERNO EN LINEA Y ANTITRAMITES	9		2	11
ACTAS COMITE HISTORIAS CLINICAS Y ESTADÍSTICAS VITALES	1		7	8
ACTAS COMITE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	4		1	5
ACTAS COMITE INVESTIGACIONES			3	3
ACTAS COMITE SEGURIDAD DEL PACIENTE		1	3	4
ACTAS COMITE SYSO Y MEDIO AMBIENTE	3	4	6	13
ACTAS COMITE TÉCNICO CIENTIFICO		10	23	33
ACTAS COMITE TRANSFUSIONES	1			1
ACTAS COMITE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	15	1		16
ACTAS COMITE VIVIENDA	5			5
Total general	182	68	172	422

Tabla N° 1. Seguimiento a compromisos de comités.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

Observación de Auditoría Interna N° 6.

La auditoría observa que no se están actualizando el cumplimiento de los compromisos de los diferentes comités institucionales, de acuerdo con la información obtenida en SAP transacción ZEDQ02, el acumulado al año 2018, de 422 compromisos registrados en actas, se tiene que 172 están sin ningún avance, es decir el 40.7%.

La auditoría observa que algunos comités no están subiendo actas en el sistema de información documental (Eurodoc), y no se está realizando el seguimiento a los compromisos. No se observan actas del comité de investigaciones, comité de humanización, gobierno en línea, comité de saneamiento contable, comité de convivencia laboral. Los diferentes grupos de mejoramiento igualmente no registran sus actas en el sistema de información documental de la institución (Eurodoc).

Al revisar el indicador de efectividad en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, la auditoría observa que en el plan de mejoramiento institucional se ejecutaron 224 acciones de mejora frente a un total de 262 acciones de mejora programadas para la vigencia, lo que significa un cumplimiento del 85.5%, frente a una meta de mayor al 90%.

Criterios de Auditoría:

ES-GIC-GC001D02. Documento Modelo de Mejoramiento Institucional.
Numeral 2.2.2.4.2. Monitorización del Mejoramiento en Marcha.

Riesgo: Baja adherencia al modelo de mejoramiento institucional

Recomendación:

- Gestionar para asegurar que todas las actas de los diferentes comités sean ingresadas a Eurodoc.
- Realizar estudio para definir si las actas de la Junta Directiva y del comité de conciliaciones deben ingresar o no a Eurodoc, dado que este es el único sistema de información oficial de documentación de la institución, asegurando los debidos controles de acceso.
- Asegurar que el radicado del acta se corresponda con la respectiva fecha de reunión.
- Asegurar que la fecha de las resoluciones gerenciales se correspondan con las fechas de la radicación. Dado que Eurodoc asegura la trazabilidad del documento.
- Estudiar la posibilidad de activar la opción 003 del ZED07, referida a los contratos con proveedores, para el manejo de todo el expediente contractual. El 004 para el manejo de las pólizas de seguros, el 007 para el manejo de las historias laborales y el 019 para el manejo documental de la salud ocupacional y el 030 para informes de inventarios.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

III. CONSOLIDADO OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

3.1. Relación de las observaciones.

N°	Observación	Numeral
1	La auditoría 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 debilidades en la articulación entre éstas, especialmente con las de organismos de control y otras fuentes como los resultados de la percepción que no se ha tenido como fuente 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.	2.1.
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.	2.2.
3	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. Es así como para el año 2018 se enuncian en el banco de aprendizaje organizacional estas experiencias exitosas, las cuales no se tienen descritas: Modelo de medición de la efectividad de la capacitación Kirkpatrick, Programa tu piel mi piel y Ronda Clínico Administrativa.	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 en todo el modelo.	2.4.
5	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	2.4.
6	La auditoría observa que no se están actualizando el cumplimiento de los compromisos de los diferentes comités institucionales, de acuerdo con la información obtenida en SAP transacción ZEDQ02, el acumulado al año 2018, de 422 compromisos registrados en actas, se tiene que 172 están sin ningún avance, es decir el 40.7%.	2.5.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

La auditoría observa que algunos comités no están subiendo actas en el sistema de información documental (Eurodoc), y no se está realizando el seguimiento a los compromisos. No se observan actas del comité de investigaciones, comité de humanización, gobierno en línea, comité de saneamiento contable, comité de convivencia laboral. Los diferentes grupos de mejoramiento igualmente no registran sus actas en el sistema de información documental de la institución (Eurodoc).

Al revisar el indicador de efectividad en la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, la auditoría observa que en el plan de mejoramiento institucional se ejecutaron 224 acciones de mejora frente a un total de 262 acciones de mejora programadas para la vigencia, lo que significa un cumplimiento del 85.5%, frente a una meta de mayor al 90%.

Figura N° 1. Relación de las Observaciones.

3.2. Recomendaciones.

Como resultado de la verificación y evaluación al proceso del proceso se relacionan las siguientes 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 externos (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.).
- 3.2.3. Fortalecimiento del liderazgo de los equipos de mejoramiento.
- 3.2.4. Es importante continuar fortaleciendo el componente de aprendizaje organizacional para favorecer la Gestión del Conocimiento y la Innovación, y de acuerdo con los objetivos del modelo integrado de planeación y gestión.
- 3.2.5. Garantizar evaluación periódica de las estrategias de mejoramiento como: visitas de calidad, ronda de seguridad y paciente trazador.
- 3.2.6. Mantener desde el Sistema de Información y Atención del Usuario, SIAU, la recolección permanente de oportunidades de mejora en una escucha activa al paciente de todos sus momentos de verdad.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

▫ **En el control.**

- 3.2.7. 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.
- 3.2.8. 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.
- 3.2.9. Registrar el 100% de las actas de los diferentes grupos de mejoramiento en el sistema de gestión documental de la institución (Eurodoc), realizando el respectivo seguimiento a los compromisos de los comités.
- 3.2.10. Definir el modelo comunicacional de la mejora a las diferentes partes interesadas.
- 3.2.11. Darle continuidad al proyecto de sistematización y automatización del modelo de mejoramiento institucional por Eurodoc.
- 3.2.12. Fortalecer el análisis causal para identificar causa raíz y atender con prioridad las oportunidades de mejora.
- 3.2.13. Hacer evidente los soportes de intervención de las mejoras realizadas en el respectivo plan de mejoramiento.
- 3.2.14. Definir estrategias que permitan una mayor adherencia al modelo de mejoramiento institucional en los grupos de primer, segundo y tercer nivel.
- 3.2.15. 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.
- 3.2.16. Fortalecimiento de los grupos de mejoramiento de primer nivel, éstos deberán generar mayores capacidades de resolución, fortalecer el trabajo en equipo para hacerlo más efectivo, consolidar grupos de mejoramiento de primer nivel en áreas que no los tienen, ejemplo Dirección Financiera, facturación, auditoría médica, ginecobstetricia, farmacia, consulta externa. El modelo deberá asegurar que todos los funcionarios de la institución participan en un grupo primario de mejoramiento.
- 3.2.17. Fortalecer la estrategia comunicacional de todos los grupos.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

▫ **En los riesgos**

3.2.18. Elaborar la matriz de riesgos del modelo y sus respectivos puntos de control para el seguimiento y monitoreo de la estrategia.

3.2.19. Fortalecimiento del componente de aprendizaje organizacional. (Banco de aprendizaje).

3. CICLO DE LA AUDITORÍA.

3.1. Posición del Auditado.

Una vez recibido el Informe Preliminar el auditado, el Líder del proceso 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.

El informe de Auditoría del modelo mejoramiento institucional se socializó con el auditado quien estuvo de acuerdo con las observaciones y recomendaciones plasmadas en el mismo y no generó observaciones.

3.2. 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.

3.3. 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:

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

3.4. Aplicabilidad de las recomendaciones de Auditoría.

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”.

OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA
Construimos Confianza

4. CONCLUSIONES.

- 4.1. El modelo de mejoramiento institucional cumple con los objetivos estratégicos de la institución, especialmente el de alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales.
- 4.2. 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.
- 4.3. 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.
- 4.4. Es importante definir de todas las acciones establecidas en el plan de mejoramiento institucional, cuáles de éstas y en qué porcentaje contribuyen a la MEGA institucional

Documento elaborado y revisado por:

Equipo de Trabajo de la **Oficina de Auditoría Interna.**

José Heriberto Vargas Lema Profesional de Auditoría Interna.
Carlos Uriel Lopez Ríos Jefe de Auditoría Interna.

Medellín, Febrero de 2019.

