


Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	1 de 21		

PRELIMINAR <input type="checkbox"/>	DEFINITIVO <input checked="" type="checkbox"/>
Elemento Organizacional Evaluado	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad, (PAMEC) del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud - SOGC
Unidad Administrativa	Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional
Líder del elemento organizacional evaluado	Natalia Peláez Miyar - Jefe de Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional John William López Tamayo - Profesional Especializado
Equipo evaluador	Adolfo Marulanda Calle, Claudia González González, Héctor Vallejo Vásquez - Profesionales Especializados Oficina de control Interno y Evaluación
Fechas de realización de la evaluación	15 abril a 23 mayo 2024
Fechas de presentación del informe	24 mayo 2024


1. Evaluación:

1.1. Objetivo de la evaluación:

Verificar el cierre Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad, (PAMEC) de la ESE Metrosalud evaluando de acuerdo con los lineamientos normativos y la documentación de la Entidad, identificando oportunidades de mejora que aporten valor a los procesos organizacionales.

1.2. Objetivos Específicos:

1. Verificar en el cierre del quinto ciclo del PAMEC 2022-2023, la calidad esperada, alcanzada y la no alcanzada, de acuerdo con los resultados de los indicadores definidos.
2. Verificar el cumplimiento de las actividades definidas a las oportunidades de mejora en el plan de acción y las evidencias de su aporte al logro de la calidad esperada.
3. Verificar en la documentación del aprendizaje organizacional, como las mejores prácticas lograron la calidad esperada y las estrategias para que se mantengan en el tiempo.
4. Evaluar el mapa de riesgos y los controles del proceso, desarrollo del sistema de gestión, identificando riesgos asociados al desempeño del PAMEC o identificados por parte del auditor.

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	2 de 21		

1.3. Alcance de la evaluación:

Componentes del cierre del quinto ciclo 2022-2023 del PAMEC de la ESE Metrosalud, y la gestión de riesgos y efectividad de los controles aplicables, liderados por la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional.

1.4. Limitaciones:

No se presentaron limitaciones durante el proceso de auditoría.

1.5. Instrumentos aplicados:

Herramienta Evaluación PAMEC 2022 -2023 Fundación Guayacanes año 2016.

Indicadores PAMEC 5 Ciclo 2022-2023 registrados en el aplicativo Almera.

1.6. Muestra:


No aplica

1.7. Contexto:

De acuerdo al Plan General de Evaluaciones para el año 2024, se programó el seguimiento del cumplimiento al cierre del quinto ciclo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad (2022 -2023), para lo cual se asignó a un equipo auditor de la Oficina de Control Interno.

Este seguimiento es el tercero que realiza la Oficina de Control Interno, el primero se ejecutó en año 2021 dentro de la auditoría al Sistema Integrado de Gestión, el segundo en el año 2022 el cual tenía como objetivo: "Verificar la conformidad, adecuación y conveniencia del componente Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad, (PAMEC) de Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, en la ESE Metrosalud de acuerdo con los lineamientos normativos y la documentación de la Entidad".

De acuerdo a lo definido en el Documento de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la ESE Metrosalud, es uno de los cuatro componentes desarrollados en el proyecto Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, definido en el Plan de Desarrollo 2021 – 2025 visible en la estrategia 2, Metrosalud transparente, clara, inteligente e innovadora, dentro de la iniciativa estratégica, Fortalecimiento del sistema de gestión. Igualmente, alineado con el mapa estratégico institucional, el PAMEC hace parte integral del proceso Desarrollo del Sistema de Gestión.

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	3 de 21		

### 1.7.1. Alineación estratégica

Fuente: Documento plan de desarrollo ESE Metrosalud 2021- 2025. Se resaltan los aspectos que evidencian la alineación estratégica.

#### OBJETIVO ESTRATÉGICO

Ser una empresa fundamentada en un modelo de gobierno corporativo transparente, apalancado en procesos confiables e innovadores, redes de conocimiento y tecnología de punta que fortalezca la gestión institucional y la calidad en la prestación de los servicios.

Fuente: documento Consolidado Plan de Acción 2023 ajuste JD- ESE Metrosalud. Carpeta compartida en la red PACCION EMPRESA Y UPSS 2023.

#### META ESTRATÉGICA

Consolidar un sistema de gestión organizacional que permita alcanzar entre 2021 y 2025, mejores estándares de desempeño frente al modelo integrado de planeación y gestión y estándares de acreditación.

#### RUTA ESTRATEGIA

Gobierno corporativo y claridad organizacional

#### META RUTA ESTRATÉGICA

A partir del 2023 Metrosalud contará con una estructura organizacional y un mapa de proceso alineados con los estándares y mejores prácticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

#### INICIATIVA ESTRATÉGICA

Fortalecimiento del sistema de gestión

#### METAS DE LA INICIATIVA ESTRATÉGICA

1. Alcanzar para el 2025 un mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con un resultado en la autoevaluación mayor o igual que 3.
2. Mantener una variación positiva en el índice de desempeño institucional entre 2021 y 2025
3. Alcanzar una efectividad en la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud mayor o igual al 90% a partir del 2022.


Lo anterior explicado como: Relación del número de acciones de mejora ejecutadas derivadas de las auditorías realizadas/ Número de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoria registrados en el PAMEC >= 90%.

#### TEMÁTICAS A TENER EN CUENTA EN EL PLAN OPERATIVO

Mejoramiento continuo aceleración de ideas

#### PROYECTOS

Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	4 de 21		

## ACTIVIDADES

1. Realizar autoevaluación con base en los estándares de Acreditación, definidos en la Resolución 5095 de 2018 o en la norma que la modifique.

Productos: Informe con resultado de la autoevaluación de acreditación.

Indicador: Calificación autoevaluación estándares acreditación

Meta: 2.9

2. Realizar seguimiento a la implementación del plan de acción PAMEC

Producto: Informe de seguimiento a plan de acción PAMEC

Indicador: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud

Meta: >90%

3. Realizar auditoría de calidad a la atención en salud (Bajo metodología de paciente trazador u otra definida por la organización)

Producto: Informe de auditoría de calidad a la prestación del servicio y a la implementación de prácticas seguras por sede.

Indicador: Cumplimiento del cronograma de auditoria

Meta: 100%

4. Auditoría externa realizada por la secretaria de salud de Medellín Externa\_ EVALUACIÓN ATENCIÓN CALIDAD PPNA - SSM 2022.

Para el año 2024 las actividades planteadas son:

Fuente: Carpeta compartida plan de acción/plan de acción empresa y UPSS/PLAN DE ACCIÓN 2024 del 30/01/2024 y PLAN DE ACCIÓN 2024 para ajuste del 15 de abril 2024.

1. Realizar autoevaluación con base en los estándares de Acreditación, definidos en la Resolución 5095 de 2018 o en la norma que la modifique

Producto: Informe con resultado de la autoevaluación de acreditación

Meta 1


Indicador asociado: Resultado de autoevaluación de estándares acreditación 2,9

2. Definir Plan de acción PAMEC 2024-2025:

Producto: Documento técnico con Plan de acción PAMEC 2024-2025

Meta 1.

No define indicador

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	5 de 21		

3. Realizar seguimiento a la implementación del plan de acción PAMEC

Producto: Informe de seguimiento a plan de acción PAMEC

Meta 2

Indicador asociado: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud meta  $\geq 90\%$ .


Proyectos	Actividades	Productos /Entregable de la actividad	Meta (Cantidad a lograr en el año)	Fecha inicio actividad	Fecha final actividad	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV	Indicador	Meta	Unidad administrativa Responsable
Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud	Cumplimiento del cronograma de auditoría	Informe con resultado de la autoevaluación de acreditación	1	01/01/2024	31/03/2024	1				Resultado de autoevaluación de estándares acreditación	2,9	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
	Cumplimiento del cronograma de auditoría	Documento técnico con Plan de acción PAMEC 2024-2025	1	01/01/2024	31/03/2024	1						
	Cumplimiento del cronograma de auditoría	Informe de seguimiento a plan de acción PAMEC	2	01/07/2024	31/12/2024			1	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	$\geq 90\%$	Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

Fuente: Carpeta Plan de Acción 2024 archivo PLAN DE ACCIÓN 2024 30 enero 2024

En la misma carpeta se encuentra otro archivo llamado PLAN DE ACCIÓN 2024 para ajuste del 15 de abril 2024, el cual contiene la misma información en lo relacionado con el PAMEC

Proyectos	Actividades	Productos /Entregable de la actividad	Meta (Cantidad a lograr en el año)	Indicador	Fecha inicio actividad	Fecha final actividad	Trimestre I	Trimestre II	Trimestre III	Trimestre IV	Unidad administrativa Responsable
Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud	Realizar autoevaluación con base en los estándares de Acreditación, definidos en la Resolución 5095 de 2018 o en la norma que la modifique	Informe con resultado de la autoevaluación de acreditación	2,9	Calificación autoevaluación estándares acreditación	01/01/2023	28/02/2023	1				Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
	Realizar seguimiento a la implementación del plan de acción PAMEC	Informe de seguimiento a plan de acción PAMEC	$\geq 90\%$	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud	01/01/2023	31/12/2023	1	2	3		Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional
	Realizar auditoría de calidad a la atención en salud (Bajo metodología de paciente trazador u otra definida por la organización)	Informe de auditoría de calidad a la prestación del servicio y a la implementación de prácticas seguras por sede	100%	Cumplimiento del cronograma de auditoría	01/01/2023	31/12/2023			3	7	10

Carpeta plan de acción 2023 / Consolidado Plan de Acción 2023 última actualización 8 mayo 2024. Se observa cambio en el planteamiento de los indicadores asociados.

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	6 de 21		


2. Resultados de la evaluación:

2.1. Fortalezas:

1. Registro de la autoevaluación en el aplicativo Almera facilitando el seguimiento y evaluación del plan de mejora formulado.
2. Tendencia positiva en la evaluación de las etapas de la ruta crítica de acuerdo con el instrumento aplicado Herramienta Evaluación PAMEC 2022-2023, pasando de un cumplimiento global de 3,5 Media Ejecución en el 2022 a 4,0 Alta Ejecución en el 2023.

2.2. Riesgos de la unidad auditable:

<b>RIESGOS DE LA UNIDAD AUDITABLE</b>	<b>ESTADO DE LOS RIESGOS</b>
<p>Posibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales)</p> <p>Por implementar sistemas de gestión que no aporten al mejoramiento o al cumplimiento de los objetivos institucionales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debido a deficiencias en la estandarización y adherencia de procesos, procedimientos y actividades</li> <li>- Falta de evaluación a los procesos y procedimientos</li> <li>- Falta de cumplimiento en las acciones de mejora definidas</li> <li>- Deficiencias en el análisis sistemático de los resultados de los indicadores de procesos</li> <li>- Deficiencias en la apropiación de la metodología de mejoramiento</li> </ul>	<p>Nivel de riesgo inherente <b>Alto</b>.</p> <p>Se tienen definidos 5 controles que de acuerdo a la valoración baja el nivel del riesgo residual a moderado, según la tabla de aceptabilidad las acciones serían de reducir, o sea impactar las causas del riesgo.</p> <p>Se formula plan de intervención al control 1: "Verificar que los documentos se hayan divulgado al interior de su unidad administrativa. (Cada vez que sea formalizado un documento). En caso de que no se haya cubierto todo el personal de su unidad administrativa, identifique y despliegue nuevamente a los servidores pendientes".</p> <p>Con tres acciones:</p> <p>PE02 01. Revisar y ajustar los procedimientos. Fecha terminación 2023-06-30. Cumplimiento 94%.</p> <p>PE02 02. Definir y formalizar la metodología para auto evaluar la aplicación de los controles establecidos en los procedimientos. Fecha de terminación 2023-03-31. Cumplimiento 100%.</p> <p>PE02 03. Definir, implementar y realizar seguimiento a la estrategia de despliegue de documentos. Fecha de terminación 2023-12-28. Cumplimiento 40%.</p> <p>El cumplimiento del plan de intervención global es del 78%</p> <p>Las acciones formuladas pretenden mejorar el primer control y la primera causa identificada.</p>

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN</b> <b>(Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	7 de 21		

<ul style="list-style-type: none"> <li>- No adherencia a la normatividad que regula el sistema</li> <li>- Deficiencias en el entrenamiento y capacitación de los líderes de cada sistema</li> <li>- Falta de asignación de recursos económicos, para la implementación de los subsistemas</li> </ul>	<p>Conclusión: El plan de intervención no evidencia la efectividad de las acciones. El diseño de los controles presenta debilidades.</p> <p>Los controles descritos en el mapa de riesgos son los mismos para los tres riesgos identificados en el proceso.</p>
--	---

### 2.3. Oportunidades de Mejora

1. Mejoramiento de la Calidad y Aprendizaje Organizacional
<p>De acuerdo con la verificación, realizada por la oficina de Control Interno y Evaluación al cierre del programa de auditoría para el mejoramiento de calidad en salud PAMEC, quinto ciclo 2022-2023, no se evidencia el cumplimiento de las metas de la calidad esperada y de los elementos para lograr el objetivo formulado en el PAMEC de "Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de la ESE Metrosalud, a través de la implementación de herramientas de diagnóstico y evaluación del mejoramiento continuo de la calidad, e interviniendo las oportunidades de mejora identificadas para contribuir a la disminución de los riesgos durante el proceso de atención, procurar un acceso oportuno a los servicios y generar satisfacción en los usuarios, familia, colaboradores y proveedores". Evidenciado en los siguientes resultados:</p> <p><b>1.</b> La medición de los 44 indicadores relacionados para evaluar la calidad esperada frente a la calidad inicial, con corte al 31 diciembre de 2023 presentan los siguientes resultados: Cumplimiento de las metas del 25.0% (11 indicadores), no cumple metas el 40,9% (18 indicadores) y 34% sin medición (15 indicadores). Ver tabla 1 y Graficas 1 y 2.</p> <p>La variación porcentual de los indicadores que cumplen metas es negativa y desfavorable en un -26,67% y de los indicadores que no cumplen metas presentan una variación negativa pero favorable porque disminuyeron el número de indicadores que no cumplen metas, sin embargo se identifica que aumentaron los indicadores sin medición.</p> <p>Frente a estos resultados no se evidencia en los seguimientos la formulación de acciones que lleven a tomar los correctivos para alcanzar las metas de la calidad esperada.</p>


Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN</b> <b>(Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	8 de 21		

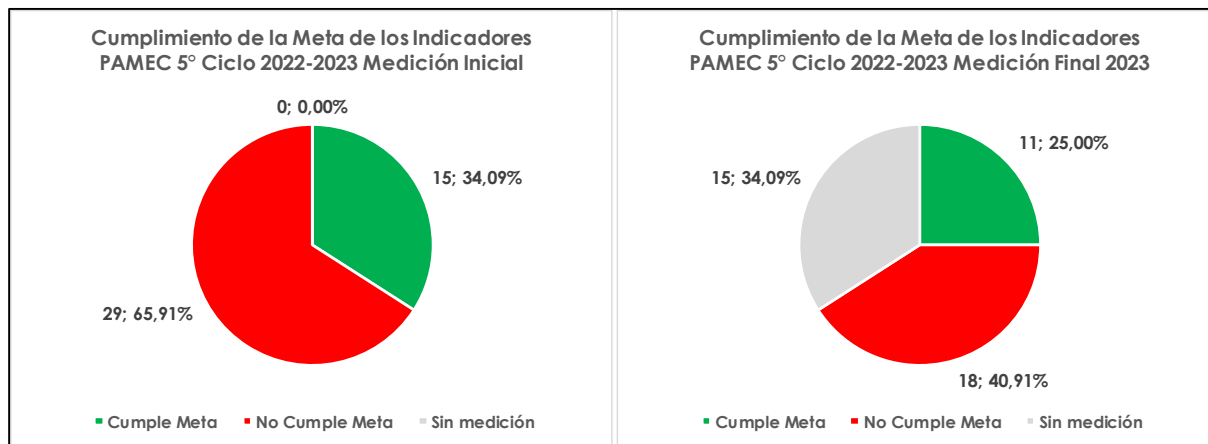
Tabla 1. Comparativo cumplimiento metas inicial y final indicadores PAMEC 2022-2023

**Comparativo Cumplimiento de la Meta de los Indicadores  
PAMEC 5° Ciclo 2022-2023, Medición Inicial Vs Medición Final  
2023**

Cumplimiento	Número de indicadores		Variación porcentual
	Medición inicial	Medición Final 2023	
<b>Cumple Meta</b>	15	11	<b>-26,67%</b>
<b>No Cumple Meta</b>	29	18	<b>-37,93%</b>
<b>Sin medición</b>	0	15	-
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	-


Fuente: Aplicativo Almera módulo indicadores, ESE Metrosalud

Graficas 1 y 2 Comparativo del cumplimiento metas indicadores calidad esperada inicial y final 2022-2023

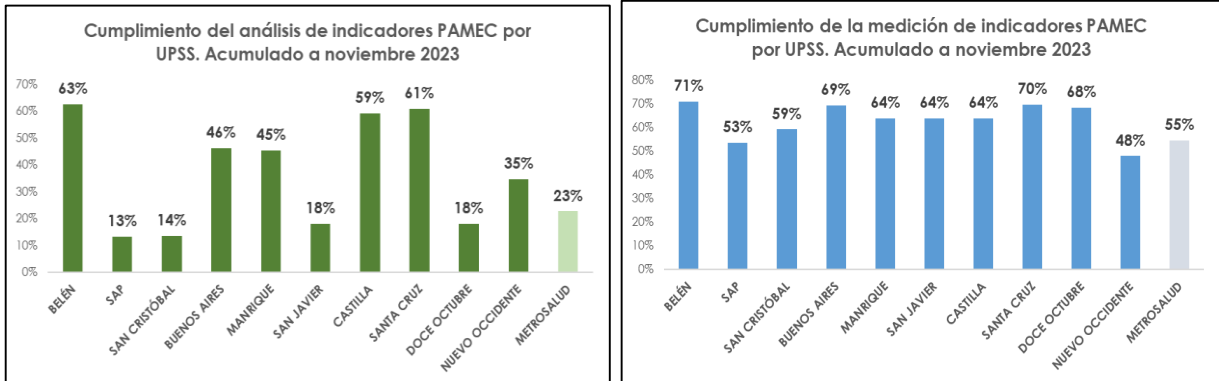


Fuente: Aplicativo Almera módulo indicadores, ESE Metrosalud

Los indicadores que evalúan la calidad esperada en la implementación de los estándares priorizados del sistema único de acreditación del quinto ciclo del PAMEC, tanto a nivel institucional como en las sedes evaluadas, muestran bajo cumplimiento de las metas propuestas como se observa en las siguientes graficas según los reportes registrados en el aplicativo Almera.

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	9 de 21		

Grafica 3 y 4 comparativo del análisis y la medición de los indicadores PAMEC por UPSS a noviembre 2023



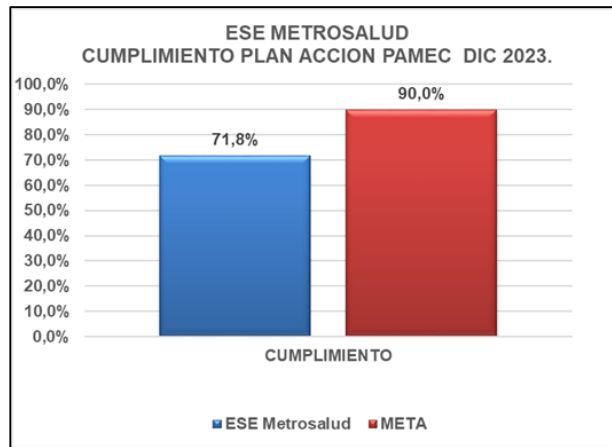
Fuente: Informe del plan de acción IV trimestre 2023 Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

Según las directrices del programa las UPSS tienen la responsabilidad de la medición, análisis y toma de acciones a los indicadores asignados. No se evidencia sistematicidad en el monitoreo, análisis y toma de acciones frente a los resultados encontrados, además que los equipos técnicos no participan en la formulación y seguimiento al plan de mejora del PAMEC institucional.


2. El cumplimiento del plan de acción del PAMEC a diciembre 2023 fue de 71.8% según el informe del plan de acción del trimestre IV de 2023 y el documento del informe de implementación y aprendizaje organizacional 2022-2023, incumpliendo la meta propuesta de > o = 90%.

Es importante resaltar que este indicador hace parte del plan de gestión de la gerencia.

Grafica 5. Cumplimiento Plan de Acción PAMEC 2022-2023



Fuente: Documento informe de implementación y aprendizaje organizacional 2022-2023

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	10 de 21		

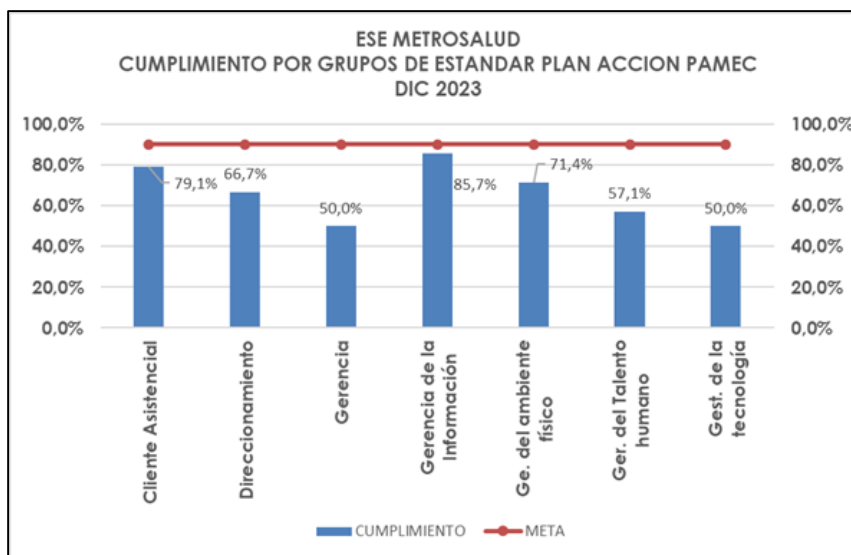
Igualmente se evidencia el incumplimiento de las metas en la evaluación del plan de acción por grupo de estándares, como se observa en la tabla 2 y grafica 6.

Tabla 2. Porcentaje cumplimiento acciones programadas por estándar priorizado a diciembre 2023


Estándar	Acciones cumplidas	Acciones programadas	Proporción de cumplimiento
Cliente Asistencial	53	67	<b>79,1%</b>
Direccionamiento	2	3	<b>66,7%</b>
Gerencia	4	8	<b>50,0%</b>
Gerencia de la Información	6	7	<b>85,7%</b>
Gerencia del ambiente físico	10	14	<b>71,4%</b>
Gerencia del Talento humano	4	7	<b>57,1%</b>
Gestión de la tecnología	5	10	<b>50,0%</b>
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>116</b>	<b>72,4%</b>

Fuente: Documento informe de implementación y aprendizaje organizacional 2022-2023

Grafica 6. Porcentaje cumplimiento acciones programadas por estándar priorizado a diciembre 2023



Fuente: Documento informe de implementación y aprendizaje organizacional 2022-2023

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	11 de 21		

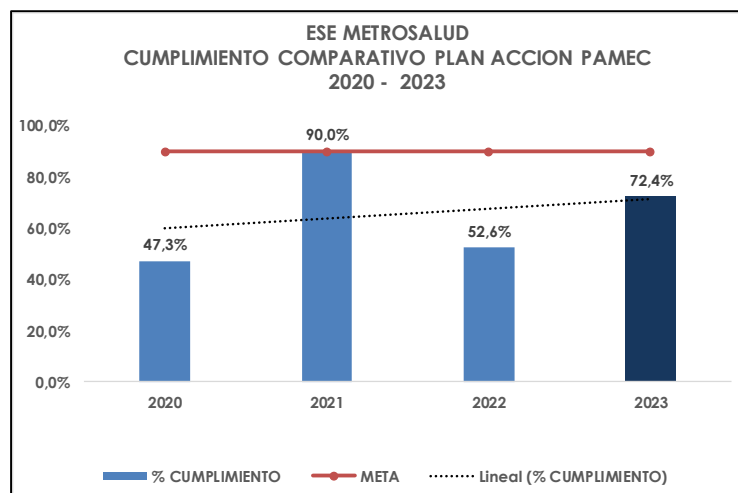
El cumplimiento del plan de acción del PAMEC en los cuatro últimos años, con excepción del año 2021 no ha logrado cumplir la meta de mejoramiento  $\geq 90\%$ , aunque tiene una tendencia positiva. Ver tabla 3 y grafica 7.

Tabla 3. Comparativo cumplimiento plan de acción del PAMEC 2020-2023

<b>ESE Metrosalud Cumplimiento Comparativo Plan Acción PAMEC 2020 - 2023</b>				
<b>Acciones</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Programadas	55	30	57	116
Ejecutadas	26	27	30	84
<b>% Cumplimiento</b>	<b>47,3%</b>	<b>90,0%</b>	<b>52,6%</b>	<b>72,4%</b>
<b>Meta</b>	<b>90,0%</b>	<b>90,0%</b>	<b>90,0%</b>	<b>90,0%</b>

Fuente: Informe del plan de acción IV trimestre 2023 Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

Grafica 7. Comparativo cumplimiento plan de acción del PAMEC 2020-2023



Fuente: Informe del plan de acción IV trimestre 2023 Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

3. La Auditoría con metodología de paciente trazador presenta un cumplimiento de los criterios evaluados en el año 2022 del 57,1% y en el 2023 del 62,0% incumpliendo la meta  $\geq 90\%$ .

La evaluación del 2022 se tiene disponible en la carpeta compartida en la red institucional contiene una agenda de visitas con los responsables de participar, el programa de trabajo de la auditoría entre abril y julio de 2022 y los informes por cada sede evaluada.


Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN</b> <b>(Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	12 de 21		

Imagen 1. Listado de Unidades Hospitalarias con auditoria paciente trazador 2022

Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
 PTE TRAZADOR UH 12 DE OCTUBRE	29/04/2024 11:42	Carpeta de archivos	
 PTE TRAZADOR UH BELEN	29/04/2024 11:47	Carpeta de archivos	
 PTE TRAZADOR UH CASTILLA	27/04/2023 9:52	Carpeta de archivos	
 PTE TRAZADOR UH MANRIQUE	27/04/2023 9:52	Carpeta de archivos	
 PTE TRAZADOR UH NUEVO OCC	27/04/2023 9:52	Carpeta de archivos	
 PTE TRAZADOR UH SAN CRISTOBAL	27/04/2023 9:55	Carpeta de archivos	
 PTE TRAZADOR UH SAN JAVIER	27/04/2023 9:56	Carpeta de archivos	
 PTE TRAZADOR UH SAP	03/05/2023 7:53	Carpeta de archivos	
 PTE TRAZADOR UH STA CRUZ	19/01/2024 16:06	Carpeta de archivos	
 Plan de trabajo Auditoria Pte Trazador 2022-1	06/05/2022 13:58	Documento Adobe A...	305 KB
 PROGR DE TRABAJO - Aud. P Traz 2022 - ajustado	01/06/2022 15:55	Documento de Micr...	123 KB

Fuente Carpeta compartida en la red/plan de mejora/PAMEC/PAMEC 2022-2023/mejora de la calidad/auditoria paciente trazador 2022.

En la carpeta compartida del PAMEC ciclo 5° 2022-2023/ 8. mejora de la calidad, no se encuentra informe que consolide los resultados de estas auditorías en el año 2022.


Se encuentra evidencia de la auditoría en el año 2023 con enfoque en paciente trazador en el aplicativo Almera carpeta Admin/evaluaciones 2023/auditorias/auditoria paciente trazador 2023.

El informe de la auditoría 2023 reporta:

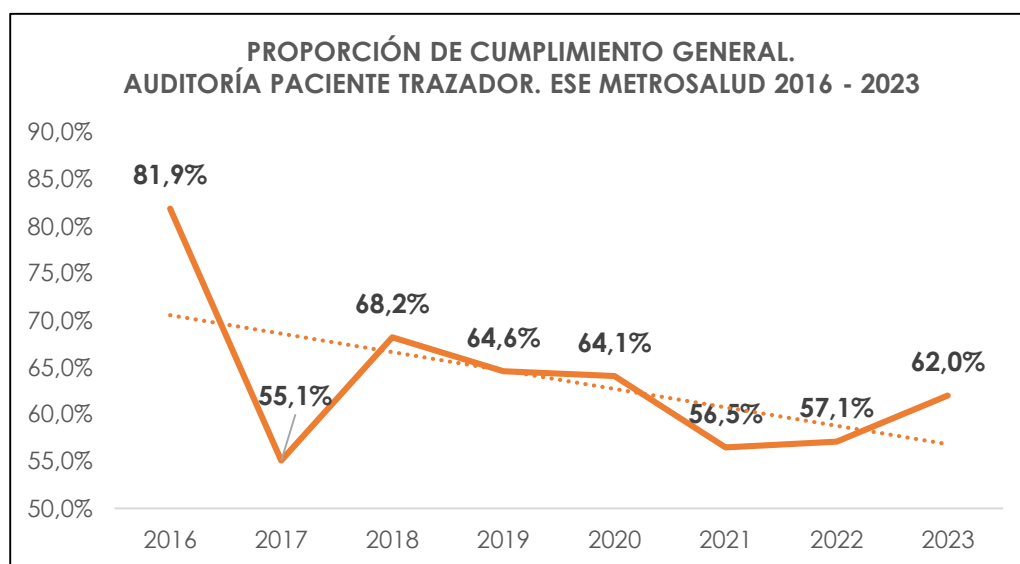
- “Mejoramiento en 5 puntos porcentuales en el resultado general de la auditoría, pasando de 57,1% en 2022 a 62,0% en 2023.
- Cinco de las ocho sedes auditadas, lo que representa el 62,5%, tuvieron mejora en resultados de calidad versus el año anterior.

En los últimos siete años no se ha logrado el cumplimiento de la meta (100%) de los criterios de la auditoría paciente trazador. La tendencia que muestran los resultados es negativa como se aprecia en la gráfica 8 tomada del documento de implementación y aprendizaje organizacional ciclo 2022-2023.

Los resultados discriminados por Unidad Hospitalaria igualmente muestran que no se alcanza el cumplimiento de la meta de la evaluación de paciente trazador. Ver grafica 8

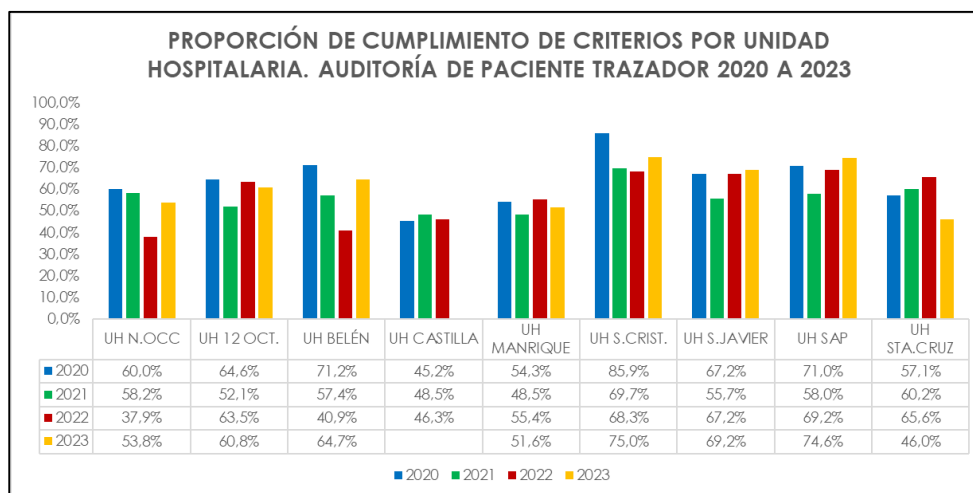
Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	13 de 21		

Grafica 8. Proporción de cumplimiento de criterios evaluados auditorias paciente trazador 2016 a 2023




Fuente: Informe del plan de acción IV trimestre 2023 Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

Grafica 9. Proporción cumplimiento de criterios evaluados auditorias paciente trazador por Unidad Hospitalaria 2020 a 2023



Fuente: Informe del plan de acción IV trimestre 2023 Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional

Frente a estos resultados no se encuentra evidencia de plan de mejora ni en la carpeta compartida ni en el aplicativo Almera.

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	14 de 21		

**4. Auditoría seguimiento a la gestión de comités para las vigencias del quinto ciclo del PAMEC realizada a los comités centrales y por UPSS.**

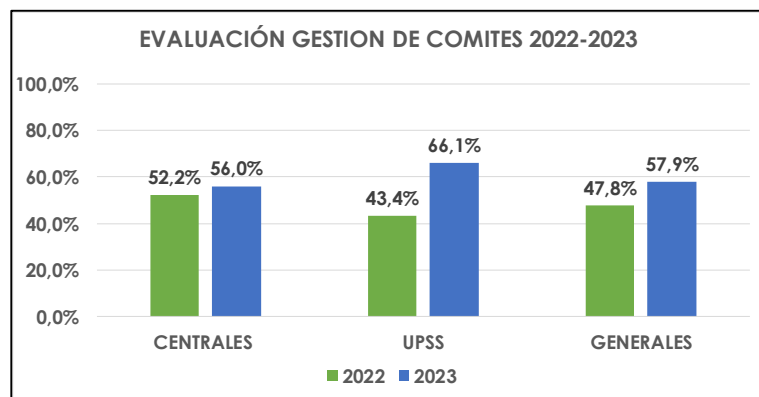
La evaluación evidencia mejora en la gestión de los comités, siendo más relevante en los comités de las UPSS,

Tabla 4. Comparativa evaluación de la gestión de comités años 2022 - 2023

<b>Evaluación Gestión de Comités 2022 - 2023</b>		
	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Centrales	52,2%	56,0%
UPSS	43,4%	66,1%
Generales	47,8%	57,9%

Fuente: Documento informe de implementación y aprendizaje organizacional 2022-2023

Gráfica 10. Comparativa evaluación de la gestión de comités años 2022 - 2023



Fuente: Documento informe de implementación y aprendizaje organizacional 2022-2023

Los resultados evidencian mejoría en todos los parámetros evaluados en el año 2023 frente al año 2022. Como se aprecia en la tabla y gráfica, sin embargo, no alcanzan la meta propuesta del 100%. El criterio con cumplimiento más bajo es el registro de la toma de decisiones en el tema que les compete.


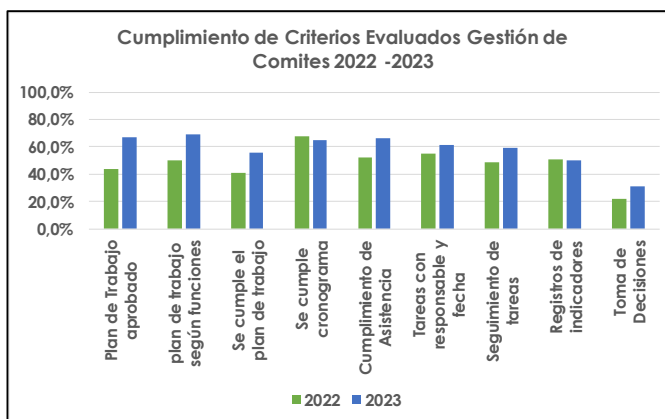
Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	15 de 21		

Tabla 5. Comparativo cumplimiento de parámetros evaluados a los comités 2022-2023

<b>Cumplimiento de Criterios Evaluados Gestión de Comités 2022 -2023</b>		
	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Plan de Trabajo aprobado	44,0%	67,0%
Plan de trabajo según funciones	50,0%	69,0%
Se cumple el plan de trabajo	41,0%	56,0%
Se cumple cronograma	68,0%	65,0%
Cumplimiento de Asistencia	52,0%	66,0%
Tareas con responsable y fecha	55,0%	61,0%
Seguimiento de tareas	49,0%	59,0%
Registros de indicadores	51,0%	50,0%
Toma de Decisiones	22,0%	31,0%

Fuente: Documento informe de implementación y aprendizaje organizacional 2022-2023

Grafica 11. Comparativo cumplimiento de parámetros evaluados a los comités 2022-2023



Fuente: Documento informe de implementación y aprendizaje organizacional 2022-2023

La tendencia en los últimos 4 años es positiva, pero no alcanzan la meta del 100% en los criterios evaluados. En la información disponible no se evidencia la implementación de acciones de mejora a estos resultados.

En los últimos cuatro años no se ha logrado el cumplimiento de la meta de este aspecto para evaluar la mejora de la calidad como lo plantea el documento PAMEC 2022-2023.


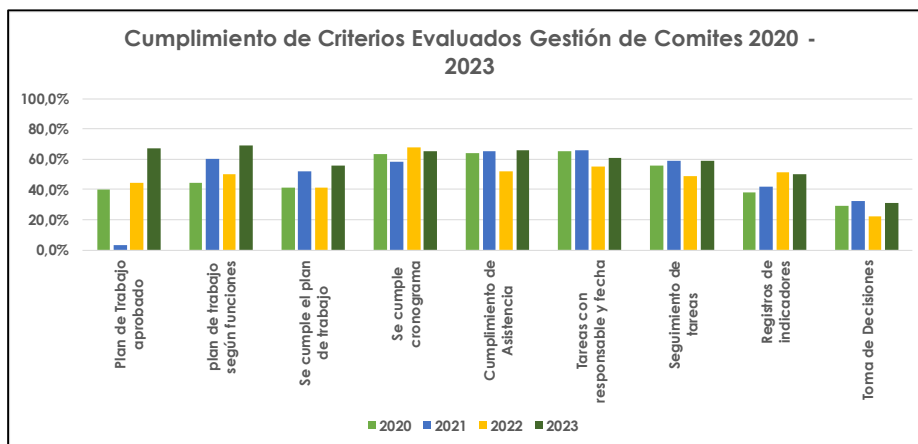
Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	16 de 21		

Tabla 6. Comparativo del cumplimiento parámetros evaluados a los comités 2020-2023

Cumplimiento de Criterios Evaluados Gestión de Comités 2020 -2023				
	2020	2021	2022	2023
Plan de Trabajo aprobado	40,0%	3,0%	44,0%	67,0%
Plan de trabajo según funciones	44,0%	60,0%	50,0%	69,0%
Se cumple el plan de trabajo	41,0%	52,0%	41,0%	56,0%
Se cumple cronograma	63,0%	58,0%	68,0%	65,0%
Cumplimiento de Asistencia	64,0%	65,0%	52,0%	66,0%
Tareas con responsable y fecha	65,0%	66,0%	55,0%	61,0%
Seguimiento de tareas	56,0%	59,0%	49,0%	59,0%
Registros de indicadores	38,0%	42,0%	51,0%	50,0%
Toma de Decisiones	29,0%	32,0%	22,0%	31,0%

Fuente: Informe consolidado evaluación de comités 2023


Gráfica 12. Comparativo del cumplimiento parámetros evaluados a los comités 2020-2023



Fuente: Informe consolidado evaluación de comités 2023

**5.** Evaluación comparativa del nivel de implementación del PAMEC por la Oficina de Control Interno y Evaluación en los años 2022 y 2023 basada en el cumplimiento de las etapas de la ruta crítica y su nivel de ejecución, esta se realiza utilizando un instrumento Implementación del PAMEC-2016 adoptado de la fundación Guayacanes.

La calificación global del cumplimiento de la ruta crítica pasa de 3,5 en el 2022 a 4,0 en el 2023, equivalente a un nivel satisfactorio, principalmente por la mejora en las etapas iniciales de la ruta crítica. El nivel de ejecución, basado en la evaluación del ciclo PHVA de la ruta pasa de una media ejecución en el 2022 a alta ejecución en el 2023.

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	17 de 21		

En la siguiente tabla se presentan los resultados con el porcentaje de variación.

Tabla 7. Comparativo evaluación implementación de la ruta crítica del PAMEC 2022-2023

RESUMEN	2022 (4° ciclo 2020-2021)	2023 (5° ciclo 2022-2023)	Variación porcentual
ACTIVIDADES PREVIAS	3,5	4,2	20,3%
AUTOEVALUACIÓN	4,0	5,0	25,0%
SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR	4,0	5,0	25,0%
PRIORIZACION	4,8	4,8	0,0%
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA	3,5	4,1	17,1%
MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	3,5	4,5	28,6%
PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS	4,0	4,0	0,0%
EJECUCION Y SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO	3,1	3,5	12,0%
INDICADORES DE RESULTADO	2,5	3,5	40,0%
EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO	3,1	3,5	12,0%
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	2,0	1,9	-5,0%
<b>RESULTADO DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>MEDIA EJECUCIÓN</b> 3,5	<b>ALTA EJECUCIÓN</b> 4,0	- 15,6%

Fuente: instrumento Implementación Del PAMEC-2016 adoptado de la fundación Guayacanes.

La etapa de aprendizaje organizacional fue la que presenta una reducción importante en el 2023 con una calificación de 1,9/ 5,0 que sitúa, según el instrumento, en un nivel crítico, esto evidenciado porque los mecanismos para evaluación de la mejora de la calidad no evidencian el alcance de los niveles de la calidad esperada.

#### 6. Evaluación externa por la secretaria Distrital de Salud

Anualmente se recibe auditoría de la Secretaria de Salud la cual incluye la evaluación del PAMEC, se presentan a continuación los resultados de las realizadas al ciclo 2022-2023.

Se evidencia que en las primeras etapas de la ruta crítica no hubo mejoras en la calificación asignada, se reporta avance en las etapas de Ejecución del plan de mejoramiento y de los Indicadores de resultado para medir la gestión. La evaluación de la ejecución de planes de mejoramiento y Aprendizaje organizacional reportan mejoría en los parámetros evaluados a diferencia a lo reportado por la oficina de control interno.


Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN</b> <b>(Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	18 de 21		

Tabla 8. Comparativa evaluación de la implementación de la ruta crítica 2022-2023 por la Secretaria Distrital de Salud.

SEGUIMIENTO AL PAMEC EN LAS FASES DE LA RUTA CRÍTICA A NIVEL GENERAL DE LA ESE METROSALUD			
CRITERIOS EVALUADOS	CALIFICACIÓN		VARIACIÓN PORCENTUAL
	2022	2023	
ACTIVIDADES PREVIAS	4,6	4,6	0,0%
AUTOEVALUACIÓN	5,0	5,0	0,0%
SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR	5,0	5,0	0,0%
PRIORIZACION	4,5	4,7	4,4%
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA	4,4	4,6	4,5%
MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	4,4	4,7	6,8%
PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS	4,3	4,6	7,0%
EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	3,5	4,0	14,3%
INDICADORES DE RESULTADO PARA MEDIR LA GESTION	2,9	3,4	17,2%
EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO	3,5	3,7	5,7%
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	3,6	3,9	8,3%

Fuente: Documento Implementación PAMEC – Aprendizaje Organizacional 5to Ciclo 2022-2023


En este ciclo se identifica diferencia en la calificación de la implementación del PAMEC realizada por la auditoria externa de la secretaria de salud y la interna realizada por la oficina de control interno.

Tabla 9. Comparativo de la evaluación externa e interna a la implementación de la ruta crítica del PAMEC 2022-2023

COMPARATIVO SEGUIMIENTO AL PAMEC EN LAS FASES DE LA RUTA CRÍTICA EXTERNA E INTERNA A NIVEL GENERAL DE LA ESE METROSALUD						
CRITERIOS EVALUADOS	CALIFICACIÓN COMPARATIVA					
	2022 EXTERNA	2022 INTERNA	VARIACIÓN PORCENTUAL	2023 EXTERNA	2023 INTERNA	VARIACIÓN PORCENTUAL
ACTIVIDADES PREVIAS	4,6	3,5	-23,9%	4,6	4,2	-8,7%
AUTOEVALUACIÓN	5,0	4,0	-20,0%	5,0	5,0	0,0%
SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR	5,0	4,0	-20,0%	5,0	5,0	0,0%
PRIORIZACION	4,5	4,8	6,7%	4,7	4,8	2,1%
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA	4,4	3,5	-20,5%	4,6	4,1	-10,9%
MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	4,4	3,5	-20,5%	4,7	4,5	-4,3%
PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL CIERRE DE BRECHAS	4,3	4,0	-7,0%	4,6	4,0	-13,0%
EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	3,5	3,1	-11,4%	4,0	3,5	-12,5%
INDICADORES DE RESULTADO PARA MEDIR LA GESTION	2,9	2,5	-13,8%	3,4	3,5	2,9%
EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE PLANES DE MEJORAM	3,5	3,1	-11,4%	3,7	3,5	-5,4%
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	3,6	2,0	-44,4%	3,9	1,9	-51,3%

Fuente: Construcción por el equipo auditor del Informe Implementación PAMEC – Aprendizaje Organizacional 5to Ciclo 2022-2023

7. El reporte del aprendizaje organizacional no se ajusta a los parámetros esperados según los lineamientos de la guía para la implementación del PAMEC del Ministerio de Salud 2007, el cual debe demostrar en qué medida la organización alcanza las metas propuestas (calidad esperada), evidencia la estandarización de las mejoras de la calidad en los procesos y las acciones realizadas para que estas mejoras se mantengan en el tiempo y no se generen nuevamente las brechas de calidad que dieron origen a los propósitos del PAMEC.

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN</b> <b>(Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	19 de 21		


La organización realiza capacitación y reentrenamiento al personal responsable de los procesos mejorados para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se aprobaron.

#### 2.4. Recomendaciones o acciones propuestas:

1. Considerar redefinir la estructura documental del PAMEC, incluyendo toda la ruta crítica en el aplicativo Almera, facilitando la disponibilidad de la información para soporte de las consultas, realización de las auditorías y disponibilidad que evidencie la trazabilidad de cada paso desde la formulación, seguimiento hasta la evaluación.
2. Consolidar en el documento del PAMEC el anexo Implementación y Aprendizaje Organizacional, evidenciando la metodología aplicada y los resultados logrados en la entidad.
3. Considerar en la selección de los procesos y su correlación con los estándares priorizados los más relacionados con la intencionalidad del estándar, de manera que se identifique el líder y equipos responsables de su implementación.
4. Considerar el diseño de alertas en el aplicativo Almera a los responsables de la gestión de los indicadores, especialmente por el incumplimiento de las mediciones y análisis de los mismos.
5. Considerar la reevaluación de los controles y el plan de intervención formulados al riesgo "Posibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales), Por implementar sistemas de gestión que no aporten al mejoramiento o al cumplimiento de los objetivos institucionales", incluyendo acciones encaminadas a la corrección de todas las causas identificadas con el fin de evidenciar la mitigación de este.
6. Considerar replantear el mecanismo de cierre de las acciones de mejora aunque no se hayan cumplido al 100% y trasladar estas al ciclo siguiente hasta consolidar la mejora de la calidad y el cumplimiento de las metas de la calidad esperada.

#### 3. Conclusiones:

1. El Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, PAMEC, en su quinto ciclo 2022-2023, cumple con el desarrollo de los nueve pasos de la ruta crítica, sin embargo, los mecanismos definidos para evaluar el mejoramiento de la calidad de los procesos y servicios y el logro de las metas de la calidad esperada no evidencian el avance en el nivel de la calidad esperada, ni el aprendizaje organizacional.
2. Según la aplicación del instrumento Herramienta Evaluación PAMEC 2022 -2023 de la Fundación Guayacones – 2016, el resultado global del nivel de cumplimiento de la ruta crítica es del 4.0/5.0 ubicándola en un nivel satisfactorio. Se identifican como aspectos a intervenir la formulación de planes de choque o contingencia cuando una acción de mejora no se haya establecido en los tiempos estipulados, así como las actividades de sensibilización de los servidores responsables de su ejecución.
3. El plan de intervención del riesgo y los controles asociados al desempeño del PAMEC, en el proceso Desarrollo del Sistema de Gestión, está enfocado al primer control formulado y a la

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	20 de 21		

primera causa identificada, lo cual no evidencia el impacto en la reducción del riesgo, incrementando la probabilidad de materialización.

4. El aprendizaje organizacional debe demostrar en qué medida la Entidad alcanza las metas propuestas (calidad esperada), evidenciando la estandarización de las mejoras de la calidad en los procesos y las acciones realizadas para que estas mejoras se mantengan en el tiempo y no se generen nuevamente las brechas de calidad que dieron origen a los propósitos del PAMEC.

4. Observaciones del Auditado: No se presentan objeciones al informe.

Se analiza la realidad institucional y como ha venido influyendo en la implementación efectiva de la mejora continua producto de la implementación del PAMEC; principalmente por la limitación de recursos, físicos, tecnológicos y de talento humano.

Se considera por los auditados verificar con la secretaria distrital de salud los criterios de evaluación de la ruta Crítica del PAMEC, aplicados, debido a la discrepancia frente a la realizada por el equipo auditor; teniendo en cuenta que se utilizó el mismo instrumento.

Igualmente se considera importante socializar el informe con los Directores de UPSS, directos responsables de la implementación de las acciones propuestas para afectar las oportunidades de mejora de los estándares priorizados. Se solicitará un espacio en la próxima reunión del Comité Técnico de Prestación de Servicios.

Se incluye por el Equipo Auditor la siguiente conclusión en la reunión de cierre


Los resultados encontrados más allá de su cuantificación, evidencia un deterioro de la cultura de calidad que se tenía en otros tiempos y que actualmente requiere un compromiso decidido por parte de la Gerencia y su Equipo Directivo, los Directores de UPSS y Unidades Administrativas para generar estrategias de fortalecimiento de aspectos claves como es la prestación de servicios de salud con criterios de excelencia como lo pide el Sistema Único de Acreditación y el Programa de auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud PAMEC.

Se recomienda revisar e implementar metodologías como la PROSCI (The Global Leader in Change Management Solutions) por sus siglas en Ingles, para gestionar el cambio y llevar a la ESE Metrosalud hacia una cultura de calidad y excelencia.

<https://www.prosci.com>

5. Aprobación del informe:

Nombre completo y cargo del auditor líder	Adolfo Marulanda Calle, Claudia González González, Héctor Vallejo Velásquez - Profesionales Especializados
Fecha de elaboración del informe	Mayo 24 de 2024
Nombre completo y cargo del Jefe de C.I.	Gloria Patricia Isaza Orduz

Código:	PV01 FR 12	<b>INFORME DE EVALUACIÓN (Preliminar – Definitivo)</b>	
Versión:	02		
Vigente a partir de:	27/10/2020		
Página:	21 de 21		

Fecha de aprobación del informe	Mayo 27 de 2024
---------------------------------	-----------------

Copia informe: Gerencia, Comité Coordinador de Control Interno, Jefe Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional, Profesional Especializado de la Oficina de planeación y Desarrollo Organizacional que lidera el PAMEC institucional.