



**INFORME DE EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
VIGENCIA 2023**

GLORIA PATRICIA ISAZA ORDUZ
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN

ADOLFO MARULANDA CALLE
CLAUDIA GONZALEZ GONZALEZ
HECTOR VALLEJO VELASQUEZ
VERONICA MONTOYA RESTREPO
DIEGO LEÓN PUERTA VILLEGAS
PROFESIONALES ESPECIALIZADOS OFICINA DE CONTROL INTERNO Y
EVALUACIÓN

FEBRERO 2024



Alcaldía de Medellín

CONTENIDO

1. PRESENTACIÓN	4
2. GENERALIDADES	5
2.1 Objetivo General:	5
2.2 Alcance:	5
2.3 Criterios:	5
3. METODOLOGÍA	6
3.1 Instrumentos a utilizar:	7
3.2 Procesos evaluados:	7
4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	8
6. CONCLUSIONES	10
7. ANEXOS	12
7.1 PROCESOS ESTRATEGICOS	12
7.1.1 Direccionamiento y planeación	13
7.1.2 Desarrollo del Sistema de Gestión	17
7.1.3 Gestión Venta de Servicios	24
7.2 PROCESOS MISIONALES	29
7.2.1 Atención en Prevención y Promoción	29
7.2.2 Atención Ambulatoria	35
7.2.3 Atención en Urgencias	39
7.2.4 Atención en Hospitalización	43
7.2.5 Atención Quirúrgica	48
7.2.6 Atención en Laboratorio Clínico	52
7.2.7 Atención en Imágenes Diagnosticas	55
7.2.8 Gestión Servicio Farmacéutico	58

7.2.9	Gestión Docencia Servicio	61
7.2.10	Gestión de Salud Pública y Territorial.....	64
7.3	PROCESOS DE APOYO	67
7.3.1	Gestión del Talento Humano.....	67
7.3.2	Gestión Financiera	71
7.3.3	Gestión de la Contratación	77
7.3.4	Gestión Logística.....	81
7.3.5	Gestión Juridica	85
7.3.6	Gestión Sistemas de Información.....	88
7.3.7	Gestión Documental	91

1. PRESENTACIÓN

De acuerdo a lo establecido en la Ley 909 de 2004, la Circular 04 de 2005 del departamento Administrativo de la Función Pública, el Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil y su anexo Técnico, es responsabilidad de las Oficinas de Control Interno realizar anualmente la evaluación de las dependencias con el objetivo de verificar el aporte de estas al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, "para tal fin, es conveniente señalar que el análisis de la gestión de cada área de la organización deberá basarse en la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional"¹.

"El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno"².

En consideración a lo anterior y dando cumplimiento al Plan General de Evaluaciones vigente, la Oficina de Control Interno de la ESE Metrosalud presenta el informe de Evaluación por Dependencias correspondiente al año 2023; de acuerdo a las experiencias de vigencias anteriores y teniendo en cuenta las actuales necesidades institucionales, se definió como alcance de la evaluación, la gestión de los planes de mejoramiento producto de las auditorías con enfoque en riesgos realizadas por la Oficina de Control Interno entre los periodos 2019-2023.

Como fuente de información se contó con la base de datos consolidada con los planes de mejoramiento formulados por cada uno de los procesos institucionales a las auditorías realizadas en el periodo antes mencionado, con sus respectivos seguimientos.

¹ CONSEJO ASesor DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL. Circular 04 de 2005.

² Ídem.

Para la evaluación de la gestión y demás conceptos asociados se tuvo como base el documento institucional de Metodología de Mejoramiento Continuo, el cual tiene como objetivo: Implementar el mejoramiento continuo en los procesos organizacionales con la participación de los clientes internos que los desarrollan, a través de una descripción de los pasos generales para la gestión de la mejora continua (ciclo de mejoramiento) en concordancia con los estándares de calidad adoptados, lo anterior con el fin de garantizar el logro de los objetivos institucionales, alcanzar mayores estándares de calidad y fomentar el aprendizaje organizacional, mediante la oportuna y efectiva formulación e implementación de las acciones de mejoramiento.

2. GENERALIDADES

2.1 Objetivo General:

Evaluar los resultados de las dependencias de la ESE Metsosalud para la vigencia 2023, de manera especial la gestión de los planes de mejoramiento formulados por los procesos institucionales a las auditorias con enfoque en riesgos realizados entre los años 2019 a 2023, además de identificar los factores críticos y generar las respectivas recomendaciones.

2.2 Alcance:

El alcance definido para la evaluación por dependencias de la vigencia 2023, fueron los resultados a la gestión de los planes de mejoramiento formulados por los procesos institucionales a las auditorias con enfoque en riesgos realizados entre los años 2019 a 2023, la fuente de información fue la base de datos construida por la Oficina de Control Interno y Evaluación de la ESE con los consolidados de los planes y los seguimientos realizados.

2.3 Criterios:

- a. Ley 909 de 2004, Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.
- b. Circular 04 de 2005 del departamento Administrativo de la Función Pública, la cual define la Evaluación Institucional por Dependencias en Cumplimiento de la Ley 909 de 2004.
- c. Acuerdo 6176 de 2018 de la Comisión Nacional del Servicio Civil y su anexo Técnico.

3. METODOLOGÍA

Para la Evaluación de la Gestión por Dependencias de la vigencia 2023, se tomó la base de datos con los planes de mejoramiento formulados por cada uno de los procesos institucionales a las auditorías realizadas en el periodo 2019 a 2023, con sus respectivos seguimientos, a partir de la información se procedió al diligenciamiento por cada uno de los procesos del formato de Evaluación de Gestión por Dependencias, definido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial. (Ver instrumento a utilizar).

El formato mencionado anteriormente permite evidenciar la gestión de los planes de mejoramiento por cada proceso, se estableció como compromiso asociado al objetivo institucional: Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado y como indicador la Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado, el cual tiene una meta establecida de acuerdo a la ficha técnica del 95%.

Frente a la evaluación de los compromisos de la dependencia, se hizo especial énfasis de acuerdo al objetivo propuesto, en el cumplimiento de las acciones de mejoramiento formuladas, identificando los avances, la gestión de los mismos, así como su efectividad y el impacto en el logro de los objetivos institucionales; adicionalmente se incluyó en la evaluación del formato, los riesgos identificados para el proceso, el resultado de los indicadores trazadores y los factores críticos que generan alertas o la necesidad de toma de decisiones por parte de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo. Finalmente y siguiendo la metodología se presentan las recomendaciones de mejoramiento propuestas desde la Oficina De Control Interno y Evaluación.

Con el presente documento se busca por parte de la Oficina de Control Interno y Evaluación cumplir con la normatividad vigente, además de aportar al mejoramiento de los procesos y de manera especial a que la ESE garantice la prestación de servicios de salud, bajo estándares de calidad.

Se anexan los formatos elaborados para cada uno de los procesos evaluados de acuerdo a lo dispuesto por el Departamento de la Función Pública para tal fin.

3.1 Instrumentos a utilizar:

Para la realización de las presentes evaluaciones se utilizaron los siguientes formatos:

a. Formato de Evaluación de Gestión por Dependencia por la Oficina De Control Interno definido por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial.



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

FORMATO

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA

OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD		2. DEPENDENCIA A EVALUAR		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADO	
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA				
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO				
8. FECHA				
9. FIRMA				

b. Tabla creada por el equipo auditor de la Oficina De Control Interno, la cual presenta las variables para evaluar la gestión de los planes de mejoramiento vigencia 2023.

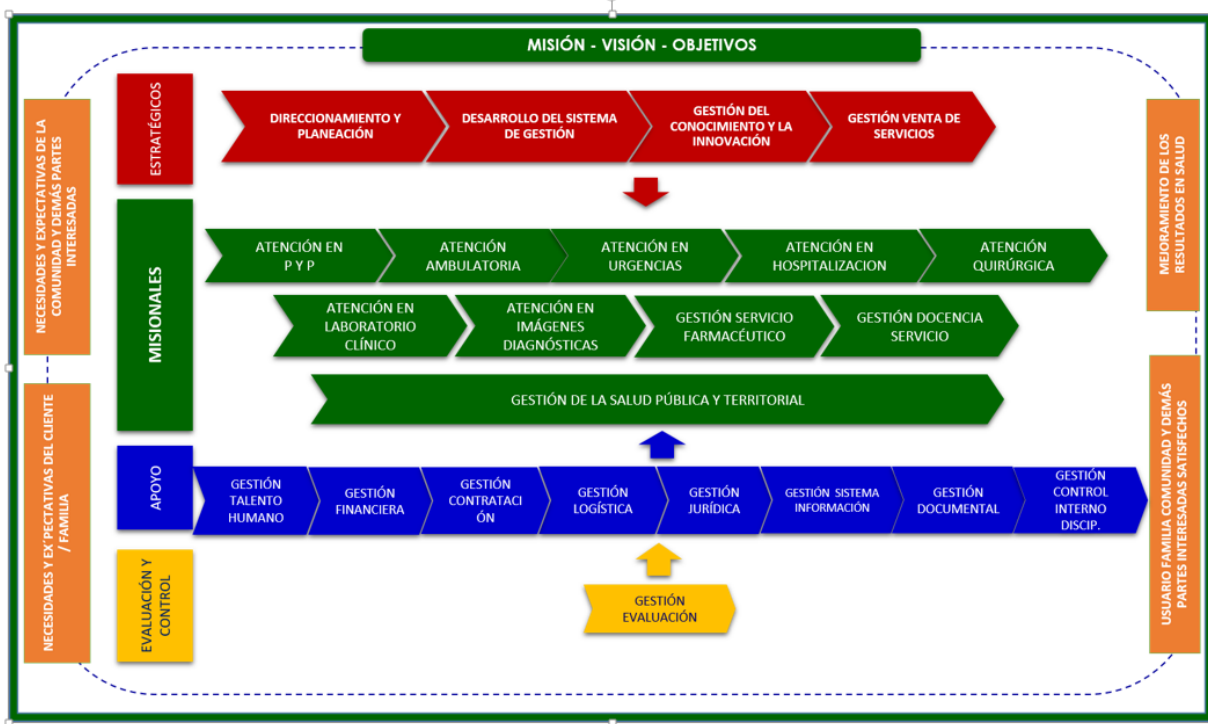
Gestión de los planes de mejoramiento por proceso

Nombre de la Auditoría	Nº Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	Nº Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	Nº	%
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº		
TOTAL												

3.2 Procesos evaluados:

En cumplimiento de la normatividad aplicable, los lineamientos del Departamento de la Función Pública y de acuerdo a la estructura de procesos de la ESE Metrosalud, se presenta la imagen con los procesos evaluados por la Oficina de Control Interno en la vigencia 2023.

Imagen 1. Mapa de procesos – Estructura procesos evaluación por dependencias 2023



Fuente de información – Mapa de procesos institucional corte diciembre 31 de 2023 Almera

Los siguientes procesos no cuentan con auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, razón por la cual no se genera evaluación de la gestión de planes de mejoramiento: Gestión del Conocimiento y la innovación (estratégico) – Gestión Control Interno Disciplinario (apoyo).

Las auditorías al programa de referencia y contrarreferencia (2), comunicaciones (1) y las integrales realizadas el año 2023 (2), de acuerdo al sistema de gestión, no se relacionan a ningún proceso institucional; dichas auditorías no han presentado planes de mejoramiento.

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se presenta a continuación la tabla resumen con el nivel de cumplimiento del indicador de Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado y el Porcentaje de Oportunidades de Mejoramiento Cerradas por Proceso, resultados que se muestran de manera semaforizada y que evidencian la gestión de los procesos a los planes de mejoramiento formulados a las auditorías de la Oficina de Control Interno y Evaluación.

Tabla 1. Nivel de cumplimiento del indicador de Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado y el Porcentaje de Oportunidades de Mejoramiento Cerradas por Proceso.

PROCESO	Nº AUDITORÍAS CON ENFOQUE EN RIESGOS	% AUDITORÍAS CON ENFOQUE EN RIESGOS CON PLAN DE MEJORA	Nº OPORTUNIDADES DE MEJORA	% OPORTUNIDADES DE MEJORA CERRADAS
Direccionamiento y planeación	1	● 100,0%	3	● 0,0%
Desarrollo del sistema de gestión	2	● 100,0%	16	● 43,8%
Gestión del conocimiento y la innovación	0	-	-	-
Gestión venta de servicios	6	● 33,3%	22	● 9,1%
Atención en P y P	3	● 66,7%	15	● 20,0%
Atención ambulatoria	1	● 100,0%	6	● 66,7%
Atención en urgencias	2	● 100,0%	13	● 30,8%
Atención en hospitalización	5	● 40,0%	17	● 0,0%
Atención quirúrgica	2	● 100,0%	8	● 25,0%
Atención en laboratorio clínico	2	● 100,0%	12	● 0,0%
Atención en imágenes diagnósticas	1	● 100,0%	4	● 0,0%
Gestión servicio farmacéutico	4	● 50,0%	14	● 0,0%
Gestión docencia servicio	1	● 100,0%	6	● 66,7%
Gestión de salud pública y territorial	3	● 66,7%	3	● 0,0%
Gestión talento humano	5	● 80,0%	40	● 30,0%
Gestión financiera	17	● 17,6%	109	● 0,9%
Gestión de la contratación	5	● 20,0%	16	● 0,0%
Gestión logística	12	● 33,3%	46	● 0,0%
Gestión jurídica	2	● 50,0%	8	● 0,0%
Gestión sistema de información	1	● 0,0%	9	● 0,0%
Gestión documental	2	● 100,0%	10	● 20,0%
Gestión control interno disciplinario	0	-	-	-
Gestión de la evaluación	0	-	-	-
Sin proceso: Referencia y Contrarreferencia	2	● 50,0%	4	● 0,0%
Sin proceso: Auditorías Integrales UPSS	3	● 0,0%	18	● 0,0%
Sin proceso: Comunicación organizacional	1	● 0,0%	5	● 0,0%
TOTAL	83	45,8%	404	10,1%

Fuente de información – Base de datos consolidado planes de mejoramiento Oficina de Control Interno y Evaluación

Se alcanzó un cumplimiento del **45.8 %** del indicador global de auditorías con enfoque en riesgos con planes de mejoramiento, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica; el porcentaje de oportunidades de mejoramiento cerradas de acuerdo al consolidado fue del **10.1%**.

De acuerdo con los resultados obtenidos y presentados en este informe, se evidencia frente a la gestión de los planes y al cierre de las acciones de mejoramiento, un **NIVEL BAJO** de cumplimiento, tanto a nivel general como de cada uno de los procesos evaluados.

Los niveles presentados generan la alerta y plantean la necesidad de implementar en la ESE la cultura del mejoramiento continuo y del enfoque por resultados, como herramientas para generar acciones que garanticen la prestación de servicios de salud bajo altos estándares de calidad, así como el cumplimiento de nuestro propósito superior de procurar bienestar para las personas, sus familias y la comunidad.

5. RECOMENDACIONES

1. Garantizar por parte de los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo, la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento productos de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, así como el reporte del seguimiento al cumplimiento de acuerdo de las acciones formuladas, según lo establecido en la metodología institucional de mejoramiento continuo.
2. Liderar por parte de la alta gerencia la creación de los equipos de mejoramiento institucional, con el fin de fomentar en los servidores de la ESE la cultura hacia la mejora continua.
3. Continuar fortaleciendo por parte de la Oficina de Control Interno y Evaluación las actividades de acompañamiento y asesoría a los equipos de trabajo de las unidades auditables en la metodología institucional de mejoramiento, así como las mesas técnicas para la oportuna y correcta formulación de las acciones de mejoramiento.
4. Garantizar por parte de la Oficina de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo.
5. Fortalecer en la ESE y en todo el equipo directivo el concepto de la gestión por resultados como una estrategia que garantiza el mejoramiento continuo de los procesos y en general del nivel de desempeño de excelencia a nivel de cada proceso como unidad estratégica institucional.

6. CONCLUSIONES

1. Se alcanzó el objetivo formulado por parte de la Oficina de Control Interno, de evaluar las dependencias de la ESE Metrosalud en la vigencia 2023, de manera especial la gestión de los planes de mejoramiento formulados por los procesos institucionales a las auditorías con enfoque en riesgos realizados entre los años 2019 a 2023, además de identificar los factores críticos y generar las respectivas recomendaciones.

2. Se genera el respectivo informe de evaluación por Dependencias para la vigencia 2023 de acuerdo a los lineamientos normativos, el cual busca aportar al mejoramiento de los procesos institucionales y motivar al fortalecimiento de la gestión por resultados.
3. De acuerdo con los resultados obtenidos y presentados en este informe, la gestión de las dependencias evaluadas, se encuentra en un **NIVEL BAJO** de cumplimiento, evidenciando la falta de adherencia a la actual Metodología institucional de mejoramiento continuo, así como debilidades en la formulación, ejecución y seguimiento a los planes formulados, estas dificultan que las acciones de mejoramiento sean eficaces y efectivas.
4. La formulación de los planes de mejoramiento en la ESE, de acuerdo a lo evidenciado no se realiza de manera oportuna, ni corresponden a un análisis causal de acuerdo a la actual Metodología de Mejoramiento institucional, además que no se cuentan con líderes o equipos de mejoramiento que asuman la responsabilidad de garantizar el cierre de brechas en los procesos o unidades evaluadas.
5. El presente informe se genera por parte del equipo de trabajo de la Oficina de Control Interno y Evaluación, dando cumplimiento a la normatividad vigente y presenta el estado actual de la gestión de los planes de mejoramiento por cada proceso institucional, lo anterior con el fin de generar las alertas y la toma de acciones a nivel directivo de la ESE, buscando así aportar al mejoramiento de los procesos institucionales y fortalecer la cultura de la organización hacia la implementación de acciones que generan valor para la prestación de servicios de salud bajo altos estándares de calidad, garantizando nuestro propósito superior de Procurar bienestar para las personas, sus familias y la comunidad.

7. ANEXOS

Se anexan a continuación los formatos diligenciados de la Evaluación de Gestión por Dependencias, para la vigencia 2023 se evaluaron un total de 20 procesos los cuales se dividen por tipo (Estratégicos – Misionales – Apoyo).

7.1 PROCESOS ESTRATEGICOS

7.1.1 Direccionamiento y planeación

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Direccionamiento y Planeación
<p>3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: 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.</p> <p>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.</p> <p>RUTA ESTRATÉGICA 1: GOBIERNO CORPORATIVO Y CLARIDAD ORGANIZACIONAL. Meta ruta estratégica 1: A partir del 2023 Metsosalud contará con una estructura organizacional y un mapa de proceso alineados con los estándares y mejores prácticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.</p> <p>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS:</p> <p>1. TRANSPARENCIA Y GOBIERNO CORPORATIVO: -Obtener un resultado positivo en las mediciones del gobierno corporativo a lo largo del período 2022 – 2025. -Lograr un Índice de transparencia ITA por encima del 90% a partir del 2022.</p> <p>PROYECTO GOBIERNO CORPORATIVO Actividades</p> <p>1. Realizar la autoevaluación del gobierno corporativo de acuerdo con la normativa establecida por Supersalud (Circular externa 000003 de 2018 - Circular externa 20211700000004-5). Entregable: Informe de autoevaluación del gobierno corporativo. Meta 100%</p> <p>2. Ajustar e implementar plan de mejora del esquema de gobierno corporativo. Entregable: Plan de mejora ajustado, -Informe de avance del plan de mejora. Meta ≥90%.</p> <p>3. Realizar la autoevaluación del índice de transparencia activa de acuerdo con los requisitos y criterios definidos por la Procuraduría. Entregable: Informe evaluación del índice de transparencia 2023. Meta ≥90%.</p> <p>2. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN: -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. -Mantener una variación positiva en el índice de desempeño institucional entre 2021 y 2025. -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.</p> <p>PROYECTOS</p> <p>1. Gestión del desarrollo organizacional. Tiene definidas las siguientes actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apropiar los Elementos Estratégicos y Plan de Desarrollo ESE Metsosalud 2021 - 2025 "Saludable y comprometida con la vida" por parte de los diferentes grupos de interés. Entregable: Informe de implementación de las estrategias para la apropiación de elementos estratégicos y Plan de Desarrollo 2021 – 2025. Meta ≥90%. - Realizar seguimiento a la ejecución presupuestal de los proyectos de inversión 2023. Entregable: "Archivo con seguimiento trimestral de la ejecución presupuestal de los proyectos de inversión 2023. Informe de análisis de la ejecución presupuestal" meta >90%. 	

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
<p>Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado</p>	<p>Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulados</p>	<p>100%</p>	<p>95%</p>	<p>La Oficina de Control interno ha realizado auditoría al tablero de indicadores del plan de desarrollo de la ESE Metrosalud 2021-2025 durante la vigencia 2023. El informe de auditoría entregado el 10 de marzo reporta tres (3) oportunidades de mejora a las cuales formulan 6 acciones para ser cumplidas entre el 30 de abril y el 31 de diciembre. A la fecha de este informe no se reporta seguimiento a su cumplimiento ni al cierre de las oportunidades de mejora. La formulación del plan no incluye la identificación de indicadores que evidencien el cierre de las oportunidades de mejora no lo establece la metodología y el instrumento. Ver tabla.</p>

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°		
Auditoría Interna Tabla de indicadores del plan estratégico 2023	3	SI	6	0	-	0	-	0	-	6	0	0,0%
Total Auditorías: 2	7	100,0%	11	0	-	0	-	0	-	11	0	0,0%

Riesgos

El proceso tiene identificados tres riesgos: "

1. Posibilidad de afectación económica por un direccionamiento estratégico que no responda a las necesidades identificadas en el diagnóstico estratégico

Por falta de priorización de las necesidades a intervenir

Por falta de articulación entre las rutas e iniciativas estratégicas con las necesidades identificadas

Por un diagnóstico no ajustado a la realidad de la organización"

Clasificado en un nivel inherente alto

2. Posibilidad de Afectación económica y reputacional por no tener presupuesto para financiar el plan de desarrollo

Por exigencias económicas de las agremiaciones

Por costos en que se incurren para la prestación de servicios

Por falta de diversificación de ingresos y por los limitados aportes Municipales

Por falta de gestión en la consecución de recursos externos"

Clasificado en un nivel inherente Moderado

Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

3. "Posibilidad de afectación económica y reputacional Planes, programas y proyectos que no cumple los objetivos y las metas definidas

Por falta de gestión a los planes, programas, proyectos por parte de los responsables

Por falta de recursos para ejecutar el plan programa o proyecto

Por falta de asignación de una prioridad para la ejecución de los planes, programas o proyectos

Falta de competencias para la ejecución de planes, programas, proyectos"

Clasificado en un nivel inherente Moderado.

De acuerdo con informe de seguimiento al plan de intervención de riesgos del cuarto trimestre de 2023 el cumplimiento en el proceso es del 70% frente a una meta del 95%.

En la Auditoría realizada por la oficina de control interno al tablero de indicadores del plan de desarrollo se identifican como situaciones de riesgo

- Extemporaneidad en la ejecución de las actividades,
- No ejecución de actividades, que ponen en riesgo el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
- No haya un pronunciamiento en tiempo real (análisis) del avance de cada indicador.

En la fecha de la auditoría no se había implementado la matriz de evaluación de controles.

En el aplicativo Almera no se encuentra actualizado el mapa de riesgos ni la oficina tiene acceso al

Cumplimiento del plan de intervención de riesgos de corrupción del 82,6% con corte al 22 de diciembre.

Indicadores

Indicadores Trazadores del Proceso



DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN
Perspectiva TRAZADORES ESTRATÉGICOS

Indicadores

Nombre	Medición previa	Último valor	Meta	2022
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL PLAN DE INVERSIONES	63.5%	70.0%	75.0%	79.39%
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN_POA	95.0%	96.2%	90.0%	100%
PROPORCIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE DESARROLLO	85.9%	83.1%	95.0%	

ESE Metrosalud
Almera - Sistema de Gestión Integral
2024 - Medellín, Colombia

Ejecución presupuestal del plan de inversiones Última medición octubre – diciembre 2022. 79.39% Meta variable entre el 75% y el 95%. Periodicidad mensual. Registro por responsable de presupuesto de la subgerencia financiera. Análisis por el jefe planeación. En el registro el análisis es realizado por la profesional universitaria de presupuesto. No se referencia acciones de mejora a los resultados a pesar de no cumplir la meta >95%.

Proporción de cumplimiento del plan de acción: Última medición julio-septiembre 2022. 96.2% Meta >90%. Periodicidad Trimestral Registro por responsable profesional especializado programas y proyectos. Análisis por el jefe planeación. En el registro el análisis es realizado por la profesional especializada programas y proyectos. No se referencia causa de la no medición.

Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

Proporción de Cumplimiento del Plan de Desarrollo: Última medición diciembre 2020. 83.1% Meta >95%. Periodicidad anual Registro por responsable profesional especializado programas y proyectos. Análisis por el jefe planeación. En el registro el análisis es realizado por la profesional especializada programas y proyectos. Esta medición hace referencia al plan de desarrollo anterior 2012-2020.

Factor Crítico

La Iniciativa estratégica "Transparencia y Gobierno corporativo" liderada por este proceso y que tiene planteado en la formulación del Plan de Desarrollo las metas de obtener un resultado positivo en las mediciones del gobierno corporativo a lo largo del período 2022 – 2025 y lograr un Índice de transparencia ITA por encima del 90% a partir del 2022 evidencia en el informe del cuarto trimestre 2023 del plan de acción los siguientes proyectos:

- Formulación de campaña de socialización de gobierno corporativo
- Consolidación del Código de conducta y buen gobierno
- Autoevaluación del Gobierno Corporativo (Nivel de gestión: 96% - Satisfactorio)
- Autoevaluación de la Transparencia Activa: 88 -100

Pero no se encuentra dónde están publicados estos documentos, ni se reporta la formulación de las acciones de mejora para el cumplimiento de las metas a dos años de la fecha de su cumplimiento producto de la autoevaluación del gobierno corporativo y el índice de transparencia.

La estructura del proceso de direccionamiento y planeación desarrolla los lineamientos para la Definición y Despliegue de los Elementos Estratégicos, Formular planes programas y proyectos y monitorear y evaluar el cumplimiento de planes, programas y proyectos. De acuerdo con los criterios de calidad de esta dimensión en el modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) y las políticas asociadas considerar incluir aspectos fundamentales que están bajo el resorte de la Gerencia como líder natural del proceso, como son la gestión de riesgos en forma integral, la comunicación organizacional, la gestión de atención al ciudadano articulada con las políticas de transparencia y acceso a la información, participación ciudadana; gestión presupuestal y eficiencia del gasto público y la política de compras y contratación pública con un enfoque de gestión estratégica.

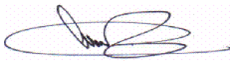
Según la revisión realizada no es evidente la implementados en forma sistemática y estandarizada de los mecanismos de seguimiento y medición diseñados en la ESE para la gestión de los procesos, ni se encuentra evidencia que las acciones tomadas lleven al cierre de las oportunidades y por ende a la mejora del proceso.

Recomendaciones

Considerar el entrenamiento y formación a los responsables de la formulación de los informes de gestión, estandarizando unos parámetros de validación de los datos, calidad de la información, pertinencia de las evidencias aportadas que permita identificar las causas de los objetos a mejorar para una toma adecuada de las decisiones por los niveles pertinentes.

Fecha: 18 enero 2024

Elaboró:



Claudia Regina González González Profesional Especializado - Oficina control Interno.

7.1.2 Desarrollo del Sistema de Gestión

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN	
1. ENTIDAD: ESE Metrosalud	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Desarrollo Sistema Integrado de Gestión
<p>3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:</p> <p>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.</p> <p>META ESTRATÉGICA:</p> <p>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.</p> <p>RUTA ESTRATÉGICA 1: GOBIERNO CORPORATIVO Y CLARIDAD ORGANIZACIONAL.</p> <p>Meta ruta estratégica 1: 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.</p> <p>INICIATIVAS ESTRATÉGICAS:</p> <p>1. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN</p> <p>PROYECTO</p> <p>Implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud</p> <p>Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ejecutar plan intervención Sistema Único de Habilitación. Entregable: Informe de cumplimiento del plan de intervención. Meta >80%. 2. Implementar programa de seguridad del paciente (Cultura en seguridad del paciente, procesos seguros y aprendizaje organizacional). Entregable: Informe de implementación del programa de seguridad del paciente. Meta Proporción de cumplimiento del programa de seguridad ≥90% 3. Realizar autoevaluación con base en los estándares de Acreditación, definidos en la Resolución 5095 de 2018 o en la norma que la modifique. Entregable: Informe con resultado de la autoevaluación de acreditación. Meta: Calificación autoevaluación estándares acreditación 2,9 4. Realizar seguimiento a la implementación del plan de acción PAMEC. Entregable Informe de seguimiento a plan de acción PAMEC. Meta: Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud ≥ 90%. 5. Realizar auditoría de calidad a la atención en salud (Bajo metodología de paciente trazador u otra definida por la organización). Entregable: Informe de auditoría de calidad a la prestación del servicio y a la implementación de prácticas seguras por sede. Meta: Cumplimiento del cronograma de auditoría 100% 	

6. Implementar plan de mejora del MIPG de acuerdo a resultados del FURAG. Entregable: Informe de implementación; Meta: Proporción de avance en la implementación del plan $\geq 90\%$.
7. Implementar el sistema de gestión de riesgos conforme a lo establecido en las circulares de la Supersalud. Entregable: Informe de implementación. Avance en la implementación del SGR $\geq 90\%$.
8. Ejecutar el programa de auditorías definido en el Plan de Evaluaciones Institucional: entregable: Informes trimestral del Plan de Evaluaciones Institucional de acuerdo a la programación definida. Meta: Proporción de Cumplimiento plan de evaluaciones $\geq 90\%$
9. Seguimiento a la formulación, implementación y efectividad de los planes de mejora a los hallazgos de las auditorías. Entregable: Informe de seguimiento a los planes de mejora por las observaciones de las auditorías realizadas. Meta: 2 seguimientos realizados-
10. Desarrollar las actividades de la estrategia de gestión preventiva. Entregable: "Plan de Trabajo de las acciones de gestión preventivo; Informe consolidado del plan de intervenciones de gestión preventiva ". Meta: Porcentaje de avance en la implementación de las estrategias $\geq 90\%$.

4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado	85.7%	95%	<p>La Oficina de Control interno ha realizado una auditoria al sistema integrado de gestión en el año 2021 se dejaron 12 oportunidades de mejora a las cuales se formularon 17 acciones de mejoramiento, de las cuales el 85,7% (12) se encuentran cumplidas totalmente, el 14,3% cumplimiento parcial (2). La fecha de cumplimiento de estas acciones está planeada para diciembre 31 de 2021, excepto una que esta para noviembre.</p> <p>El seguimiento realizado en febrero de 2022, es el único a este plan de mejora hasta la fecha.</p> <p>De acuerdo con la metodología se consideran cerradas las oportunidades de mejora con el cumplimiento de las actividades programadas. Tampoco se tienen definidos y evaluados indicadores que soporten el cierre. Ver tabla.</p>

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°		
Auditoría Interna Desarrollo Sistema Integrado de Gestión 2021	12	SI	17	12	85,7%	2	14,3%	0	0,0%	3	7	58,3%
Total Auditorías: 1	12	100,0%	17	12	85,7%	2	14,3%	0	0,0%	3	7	58,3%

Riesgos

Objetivo del Proceso: Desarrollar de forma integrada los sistemas de gestión aplicables a Metrosalud, con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos institucionales de forma eficiente y lograr el mejoramiento continuo

1. implementar sistemas de gestión que no aporten al mejoramiento o al cumplimiento de los objetivos institucionales. **Zona de riesgo inherente alto**

Causas:

- Debido a deficiencias en la estandarización y adherencia de procesos, procedimientos y actividades
- Falta de evaluación a los procesos y procedimientos
- Falta de cumplimiento en las acciones de mejora definidas
- Deficiencias en el análisis sistemático de los resultados de los indicadores de procesos
- Deficiencias en la apropiación de la metodología de mejoramiento
- No adherencia a la normatividad que regula el sistema
- Deficiencias en el entrenamiento y capacitación de los líderes de cada sistema
- Falta de asignación de recursos económicos, para la implementación de los subsistemas

Según

Riesgo residual moderado según los controles asignados.

- 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.
- Revisar resultados de la evaluación de sistema con el correspondiente plan de mejora y proponer estrategias para fortalecer cada componente
- Realizar seguimiento al plan de mejora o intervención presentado y remitir el informe trimestral de seguimiento al responsable de la auditoría
- Verificar la consistencia entre las políticas, los objetivos corporativos y las métricas asociadas a estas (Cada vez que sean revisados estos). En caso de no encontrar consistencia devolver al comité para corregirlas.
- Verificar que la autoevaluación se realice en correspondencia con los estándares normativos. (Cada vez que se realice una autoevaluación o su ajuste). En caso de encontrarse diferencias solicitar al líder del proceso o líder del sistema su corrección.

2. Posibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales) por Implementación de sistemas de gestión con alto costo beneficio. **Riesgo inherente Alto.**

La definición del riesgo frente a las causas es confusa.

Se identifican como algunas de las causas la aplicación inadecuada de los procedimientos para el diseño e implementación de sistemas que deberían ser competencia de los profesionales de la dependencia responsable:

Falta de alineación con los objetivos estratégicos

Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

- Falta priorización de los elementos organizacionales a intervenir
- Desconocimiento del sistema de gestión a implementar (lo que implica implementar, mantener)
- Por buscar solamente el reconocimiento (reputación)
- Por necesidades puntuales para contrataciones de corto plazo o poca cuantía
- Por atender exigencias de entidades externas sin revisar la pertinencia de las solicitudes
- Por la complejidad, estructura administrativa y de procesos de la organización.

Se asignan como controles los mismos del riesgo anterior, los cuales no afectan a la mayoría de las causas identificadas.

3. Posibilidad de afectación reputacional y/o económica (sanciones y demandas, no agregar valor en la gestión institucional, incumplimientos contractuales, Cierre y sanciones, Cierre de servicios, Atención en salud insegura, Mala Imagen) por Prestación de servicios de salud sin el cumplimiento de los requisitos normativos. **Riesgo con nivel inherente alto.**

Las causas identificadas están relacionadas con en su mayoría con deficiencias en las competencias que deben tener el personal responsable del diseño e implementación de los requisitos normativos de los servicios.

Se identifican como controles los mismos de los dos riesgos anteriores de los cuales no todos apuntan a las causas identificadas.

No se cuenta con evaluación de la eficiencia de los controles por la oficina de control interno. El instrumento se implementó a partir de julio de 2023 y la última auditoría al proceso fue del 2021. En el informe de la gestión de riesgos del 2024 la oficina de control interno consolidará la evaluación de los controles de todos procesos.

El plan de intervención al mapa de riesgos del proceso registrado en Almera tiene tres actividades programadas para terminar entre marzo y diciembre de 2023. El cumplimiento ponderado es del 78%

Actividad 1. Revisar y ajustar los procedimientos: avance 94%. Desde abril de 2023. Último seguimiento en agosto de 2023 con el mismo porcentaje de avance.

Actividad 2. Definir y formalizar la metodología para auto evaluar la aplicación de los controles establecidos en los procedimientos. Avance 100% último seguimiento 30 diciembre 2022 desde entonces no se registra seguimientos ni se ha implementado ni hay nota sobre porque no se ha implementado. Se anexan dos documentos sin terminar de editar y sin evidencia de aprobación.

Actividad 3. Definir, implementar y realizar seguimiento a la estrategia de despliegue de documentos: Avance del 40%. Último seguimiento mayo de 2023 La estrategia son boletines cada dos meses, a la fecha solo se reportan dos publicaciones.

Para la complejidad y alcance del proceso de desarrollo del sistema de gestión ameritaría una reflexión más profunda en la identificación de los riesgos y la definición de controles que realmente impactaran la posible materialización. Adicional el plan de intervención a estos riesgos es tan elemental que no se corresponde con las responsabilidades como segunda línea del proceso.

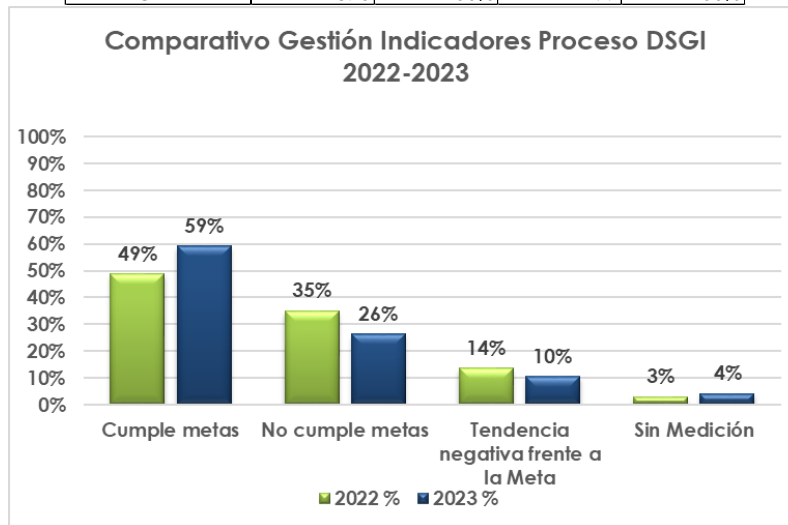
Indicadores

El proceso cuenta con 499 indicadores registrados en el aplicativo de Almera clasificados por atributos de calidad así:

1. accesibilidad 1 indicadores, de los cuales solo dos cumplen metas
2. Continuidad: 8 indicadores todos sin medir
3. Efectividad: 4 indicadores todos incumplen metas
4. Eficacia: 205 indicadores, de los cuales 132 cumplen metas.
5. Eficiencia: 5 indicadores, de los cuales 1 cumple meta, dos tienen tendencia negativa y uno no cumple meta. Se considera que el atributo de calidad está mal asignado pues estos miden satisfacción del usuario externo, el mejoramiento de la calidad, el índice de desempeño institucional evaluado por el FURAG y el índice de percepción ética. Todos indicadores de efectividad.

Se presenta cuadro comparativo en cuanto al cumplimiento de metas en la evaluación 2022 y 2023, para esto se tomó el reporte realizado en el aplicativo Almera como última medición:

DESARROLLO SISTEMA DE GESTIÓN				
Clasificación Por Cumplimiento De Metas	2022		2023	
	Nº	%	Nº	%
Cumple metas	183	49%	295	59%
No cumple metas	131	35%	131	26%
Tendencia negativa frente a la Meta	51	14%	52	10%
Sin Medición	11	3%	21	4%
TOTAL	376	100%	499	100%



- Se observa un incremento en el número de indicadores asignados al proceso en el 2023. La mayoría de los indicadores de eficacia no son de la gobernabilidad del proceso sino de otros sistemas o dependencias, lo cual afecta el desempeño del proceso.
- Aunque mejora el porcentaje del cumplimiento de las metas, la oportunidad del registro y análisis no es la establecida en las fichas de los indicadores.

Indicadores Trazadores del proceso

Se identifican 4 indicadores:

1. Efectividad de la auditoria para el mejoramiento de calidad de la atención en salud: último resultado 71,79%. Meta > 90%
por estándar: Fuente informe indicador a diciembre de 2023.

Cumplimiento plan de acción PAMEC a DIC 2023	
ESE Metrosalud	71,8%
Cliente Asistencial	79,1%
Direccionamiento	66,7%
Gerencia	50,0%
Gerencia de la Informa	85,7%
Ge. del ambiente físico	71,4%
Ger. del Talento huma	57,1%
Gest. de la tecnología	50,0%

Las acciones del plan de mejora están enfocadas al cumplimiento de los estándares de acreditación, no se formulan acciones a las causas identificadas en el análisis del indicador: Baja cultura de mejoramiento en la organización

- Cambios frecuentes en último año de líderes de proceso o profesionales de apoyo a la gestión de los mismos
 - Dificultades presupuestales que limitaron el avance de algunos proyectos (dotación, sistemas de información, otros)
 - Nuevas tareas para líderes de proceso, no planeadas, que limitan el tiempo para ejecución de tareas programadas (respuesta plan de mejora Supersalud; visitas de IVC de SSSA; respuesta a plan de choque de visitas de IVC de la SSSA por cierre de servicios; respuesta a derechos de petición, entre otras)
2. Índice de desempeño del modelo estándar de control interno MECI: Se reporta última medición en el año 2022, resultado 85.3%, meta >80%. No se reporta análisis a los resultados. Responsable de la medición y análisis es la oficina de control interno pero esta responsabilidad
 3. Índice de gestión y desempeño institucional MIPG: Resultado 71,6% meta >80%. Se publican los resultados de la evaluación del FURAG vigencia 2023, se dejan recomendaciones, pero no se referencian acciones a los retos y deficiencias encontradas. Reporte realizado el 16 enero de 2024.
 4. Índice de eventos adversos: Resultados reportado dic 2023 3,8, meta <5.0. En el análisis no se relacionan las acciones tomadas para mejorar los resultados o para sostenerlos. Se explica que debería ser mayor por el tamaño de la ESE, no se referencia la fuente para estas afirmaciones.

Factor Críticos:

1. La estructura del proceso no responde en todo su contexto con los lineamientos de las dimensiones del MIPG aplicables: Gestión con valores para resultados y Evaluación de resultados.

Recomendaciones

1. Considerar la revisión de la metodología de mejoramiento incluyendo los términos de los seguimientos de los planes de mejora en los procesos hasta consolidar el cierre de las oportunidades de mejora soportadas en la evidencia objetiva de la efectividad y eficacia de las acciones de mejora.
2. Considerar la revisión de la estructura del proceso y sus alcances de acuerdo con las dimensiones Gestión con valores para resultados y evaluación de resultados, diseñando las actividades diferenciándolas del proceso de direccionamiento estratégico, que al ser liderados por la oficina de planeación tienden a confundirse en su estructura de procesos.
3. Considerar la aplicación de las responsabilidades como segunda línea para depurar los indicadores de gestión del proceso pues son los que reflejan la gestión del mismo.
4. Considerar la revisión de los indicadores formulados especialmente en las fórmulas de manera que las mediciones si responsan al propósito de los mismos.
5. Considerar en la revisión y actualización de los riesgos asociados a los procesos que estos si identifiquen los eventos o factores que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos organizacionales o del proceso y no el incumplimiento de las actividades de los procedimientos o funciones de los servidores de la Entidad.


Fecha: 31 enero 2024

Elaboró:



Claudia Regina González González Profesional Especializado - Oficina control Interno.

7.1.3 Gestión Venta de Servicios

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metrosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión Venta de Servicios		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Promocionar, formalizar y hacer seguimiento a las ventas que permita aprovechar la capacidad instalada de la ESE contribuyendo a la generación en de ingresos y a la sostenibilidad financiera de la ESE.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	33,3%	95%	Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de seis auditorias en el periodo 2019-2023. De acuerdo al resultado del indicador, se han formulado dos planes de mejoramiento para las auditorías realizadas, lo que equivale a un resultado del 33,3%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel bajo de cumplimiento .

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento:

Frente a la gestión del plan de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual no se identifican avances significativos en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión Venta de Servicios

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%	
				N°	%	N°	%	N°	%	N°			
Auditoría Interna Proceso Gestión Venta de Servicios 2019	3	SI	11	10	90,9%	0	0,0%	1	9,1%	0	2	66,7%	
Auditoría Interna Proceso Gestión Venta de Servicios 2020	6	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%	
Auditoría Interna Supervisión de contratos 2020	2	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%	
Auditoría Interna Supervisión de contratos 2021	3	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%	
Auditoría Interna Supervisión de contratos 2022	2	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%	
Auditoría Interna Proceso Gestión Venta de Servicios 2023	6	SI	5	0	-	0	-	0	-	5	0	0,0%	
Total Auditorías: 6	22	33,3%	16	10	90,9%	0	0,0%	1	9,1%	5	2	9,1%	

Fuente: Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

De las 16 acciones de mejoramiento formuladas en los planes del proceso, se reportan seis con cumplimiento total lo que equivale al 90,9%, una acción sin avance equivalente al 9,1%, y se evidencia de acuerdo a la información dos oportunidades de mejoramiento cerradas lo que corresponde al 9,1%.

Se evidencian oportunidades de mejoramiento críticas del proceso, específicamente lo relacionado con el *plan de promoción y ventas*, según las auditorías realizadas y los correspondientes planes de mejoramiento, sin la completa intervención:

- Auditoría Proceso Gestión Venta de Servicios 2019:
 - En el proceso Gestión de Venta de Servicios no se tiene formulado un Plan de Ventas para cada línea de ingreso, sólo se cuenta con proyecciones financieras que hacen parte del presupuesto por venta de servicios de la ESE. Además, es importante analizar y formular estrategias para diversificar las fuentes de ingreso de la Empresa, pues continúan concentrados en dos pagadores: Savia Salud y Municipio de Medellín.
- Auditoría Proceso Gestión Venta de Servicios 2020:
 - El documento de Plan de Ventas contiene un entorno y unas proyecciones o estimaciones de la venta de servicios, pero el mismo no está diseñado según la estructura documental de los planes de la empresa y tampoco se encuentra en la misma (software ALMERA), ni se tuvo en los soportes que hacen parte del plan de acción. Tampoco se tiene en este documento un cronograma de actividades y no se pudo verificar la evidencia de la intervención del Comité Financiero.
 - El plan no tiene incorporado lo referente a los convenios del plan de intervenciones colectivas.
 - En el documento se hace referencia a un Plan de Mercadeo, el cual no se encuentra en la estructura documental de la empresa.
 - La falta de actividades y metas en el plan de ventas hace difícil verificar su ejecución y seguimiento
 - Con respecto a la gestión de venta de servicios se pudo evidenciar un informe correspondiente a los dos primeros bimestres del año, con la identificación de problemas y dificultades en la contratación y su

ejecución, pero no se ve un plan de intervención organizado al respecto y con las estrategias adelantadas y su seguimiento. Entre estas se tienen: Falta de oportunidad en la contratación, prestación de servicios sin contratación, liquidación de contratos, incremento de la cartera y su provisión, glosas por metas de promoción y prevención. La realización de estudios prospectivos, de mercados y de costos, pueden ser útiles para visionar los escenarios posibles y definir estrategias en el direccionamiento, que se puedan implementar a través de los planes.

- Auditoría Proceso Gestión Venta de Servicios 2023:
 - El plan de promoción y ventas del año 2023 no se ha formulado al momento de la revisión realizada. El proceso tiene establecido que debe estar formulado y aprobado al 15 de diciembre del año anterior, con el fin de orientar las acciones y estrategias de la Entidad en el fortalecimiento de la sostenibilidad financiera

La Dirección Venta de Servicios gestionó y ejecutó los convenios interadministrativos del Plan de Intervenciones Colectivas de la Secretaría de Salud Municipal hasta el año 2022. Por ello, era responsable de los planes de mejora de las auditorías conexas a la supervisión de estos contratos realizadas en 2020, 2021 y 2022. El Acuerdo de Junta Directiva N°410 del 27 de julio de 2022 transfirió estas responsabilidades a la Oficina de Salud Pública y Gestión Territorial.

Riesgos:

En la auditoría al Proceso Gestión Venta de Servicios 2023 se identifica que, según el mapa de riesgos a pesar de los controles el riesgo inherente sigue teniendo un nivel catastrófico para los 4 riesgos, lo cual hace referencia a su debilidad:

- Venta de servicios a entidades que financieramente no tienen capacidad de cumplir las obligaciones contractuales o están con medidas de vigilancia por el ente de control: El riesgo identificado referencia un evento del cual no se tiene total control. El control definido tiene una evaluación del 90% según la matriz aplicada para evaluar la efectividad de los controles. El control como está redactado tiene falencias en el sentido de que quien lo ejecuta es la misma persona (Director Venta de Servicios) al quien se le reporta la desviación. Por lo tanto, debe ajustarse el diseño.
- Baja ejecución del plan de ventas de servicios de salud: Riesgo materializado en la vigencia 2022, pues el cumplimiento total del plan de ventas fue del 61% frente a una meta del 95%. El indicador del plan de acción establece "Proporción de cumplimiento del Plan de Promoción y Venta de Servicios formula Actividades del proyecto realizadas / Actividades del proyecto programadas, la fuente de la información es "Informe de ejecución del proyecto – Cronograma".
- Inadecuado seguimiento a la ejecución de los contratos por venta de servicios: El riesgo referencia es un incumplimiento a los procedimientos establecidos, lo cual no es un riesgo sino un incumplimiento de funciones o responsabilidades como lo referencian los controles. La asignación de los coordinadores para el seguimiento de los contratos no es un control.
- Condiciones operativas y financieras desfavorables en la contratación de venta de servicios de salud: Se identifica la aplicación de los controles en informe de seguimiento al contrato SAVIA del régimen subsidiado.

Según las evaluaciones realizadas, se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación:

- Concentración de ingresos en dos pagadores.
- Respuesta lenta del modelo de negocio de la Empresa frente a los cambios del sector.
- Falta de acciones proactivas de coordinación y cooperación entre las unidades administrativas involucradas en el proceso de Venta de Servicios.
- Falta diligencia en la toma de decisiones.
- Baja participación del nivel operativo con los objetivos y proyectos organizacionales.
-

Indicadores trazadores:

Para la vigencia 2023 se tienen formulado en el aplicativo Almera un indicador trazador asociado al proceso para el cual, a la fecha de elaboración del informe, no se ha registrado el resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023.

Al evaluar el indicador se evidencia:

- Índice de variación en la venta de servicios: A la fecha de elaboración del informe no se ha registrado el resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023, debido a que solo se tienen resultados registrados para el primer semestre, que es de 6,14. Este valor se encuentra dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional (mayor o igual a 0,05). Se evidencia registro del análisis del indicador por parte del profesional responsable, sin embargo, no es realizado de acuerdo con la metodología institucional Manual para la construcción y análisis de indicadores, PE02 MA 45, versión 02 de 2022.

Con respecto a este indicador, en la auditoría realizada al proceso en 2023, el auditor identifica que la ficha técnica a pesar de identificarlo como un índice, la fórmula está construida para llevarlo a una proporción, lo cual ha llevado a generar errores en la medición pues en algunas mediciones se hace como índice y otras como proporción haciendo que los resultados no sean comparables. Se reconstruye las mediciones del indicador por el auditor donde se evidencia la diferencia de los resultados.

Factores críticos identificados:

- La baja ejecución del plan de promoción y ventas, el cual es el producto central del proyecto del plan de acción de este proceso, se ha identificado como un riesgo del proceso y se materializó en la vigencia 2022.
- Falencias en los indicadores asociados al proceso en cuanto a la aplicación de las fórmulas, el análisis de los resultados, la periodicidad de las mediciones y la pertinencia dentro del proceso, lo cual puede afectar la toma de decisiones y la evidencia del cumplimiento del objeto del proceso como lo establece el PE02 MA 45 Manual para Construcción y análisis de indicadores. Esto evidenciado en la auditoría realizada el proceso en 2023.
- Incumplimiento en el registro oportuno de los resultados de indicadores claves del proceso y las falencias en el análisis de los resultados sin adherencia a la metodología definida para ello por la ESE Metrosalud, afectan la posibilidad del logro de la mejora continua y de la calidad de la atención brindada a los usuarios en la organización.
- La no formulación de los respectivos planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, ya que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones, y la designación de los responsables pertinentes para su real cumplimiento.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Gestión Venta de Servicios, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Promocionar, formalizar y hacer seguimiento a las ventas que permita aprovechar la capacidad instalada de la ESE contribuyendo a la generación en de ingresos y a la sostenibilidad financiera de la ESE.

- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento, evaluar los informes generados por control interno, priorizando de acuerdo a la metodología institucional las oportunidades de mejoramiento para su intervención.
- Hacer una revisión integral del mapa de riesgos y los controles asociados, de manera que se garantice con su implementación la mitigación de los riesgos y la identificación de otros posibles riesgos que no se hayan documentado en el proceso.
- Revisar y ajustar las fichas técnicas de los indicadores asociados al proceso y considerar la conveniencia de incorporar un indicador trazador relacionado con la ejecución del plan de promoción y ventas.
- Realizar el análisis de los resultados de los indicadores de acuerdo con la metodología sugerida en el documento institucional "Manual para la construcción y análisis de indicadores, PE02 MA 45, versión 02 de 2022".
- Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.

8. FECHA: Enero 31 de 2024


9. FIRMA:



Hector Vallejo Velasquez - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2 PROCESOS MISIONALES

7.2.1 Atención en Prevención y Promoción

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Atención en Promoción y Prevención		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Brindar una atención accesible, oportuna, integral, pertinente, continua, humanizada y segura a los usuarios que requieran acciones para detección temprana, protección específica y manejo ambulatorio de enfermedades de interés en salud pública, que responda a los riesgos, las necesidades, potencialidades y expectativas del usuario, la familia y el entorno.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso Atención Ambulatoria	66,7%	95%	Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado tres auditorías en el periodo 2019-2023. De acuerdo al resultado del indicador, se han formulado dos planes de mejoramiento para las auditorías realizadas, lo que equivale a un resultado del 66,7%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel bajo de cumplimiento .

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento:

Frente a la gestión del plan de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual no se identifican avances significativos en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Atención en Promoción y Prevención

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°		
Auditoría Interna Atención en Promoción y Prevención 2019	6	SI	8	0	0,0%	1	12,5%	7	87,5%	0	0	0,0%
Auditoría Interna Atención en Promoción y Prevención 2020	4	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Ciclo de Atención Materno Perinatal 2021	5	SI	9	6	66,7%	2	22,2%	1	11,1%	0	3	60,0%
Total Auditorías: 3	15	66,7%	17	6	35,3%	3	17,6%	8	47,1%	0	3	20,0%

Fuente: Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

De las 17 acciones de mejoramiento formuladas en los planes del proceso, se reportan ocho sin avance, equivalentes al 47,1%, tres acciones con cumplimiento parcial correspondientes al 17,6%, y seis con cumplimiento total lo que equivale al 35,3%, y se evidencia de acuerdo a la información tres oportunidades de mejoramiento cerradas lo que corresponde al 20,0%.

Se identifican algunas acciones de mejoramiento críticas del proceso que se reportan sin avance como son:

- Asignación de citas: En el procedimiento de admisiones y asignación de citas de PyP, no se realiza en forma sistemática la identificación correcta, validación de derechos y actualización de los datos del usuario de acuerdo a lo definido en el procedimiento de ingreso del usuario para acciones de protección específica y detección temprana, lo cual puede originar pérdidas económicas por prestación de servicios a usuarios no afiliados.
- Adherencia a Guías de Práctica Clínica: La adherencia estricta a la guía de complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo presenta un cumplimiento del 40% en la evaluación realizada en el mes de octubre de 2019 incumpliendo el estándar definido por la Entidad del 90%, afectando la pertinencia de las atenciones.
- Frecuencia de uso atención en programa de riesgo cardiovascular: La frecuencia de uso de los controles del programa de riesgo cardiovascular no se encuentra estandarizada en todas las unidades hospitalarias auditadas como lo establece la Resolución 4003 de 2008 y la metodología programación de actividades asistenciales, lo cual puede afectar la ampliación de coberturas y el impacto en la disminución de complicaciones y muerte temprana de los pacientes.
- Negación de Servicios de Salud: En los servicios de admisiones y facturación de las UH auditadas no se conoce ni se aplica el formato de negación de servicios conforme lo definido en el Circular Única 047 de 2007 de la Superintendencia de Salud y el decreto 4747 de 2007 y la Resolución 3047 de 2008, en caso que la Entidad no pueda prestar algún servicio o entregar los medicamentos, lo cual genera un incumplimiento legal y sanciones.

Riesgos:

Se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación de acuerdo con las evaluaciones de los años 2019, 2020 y 2021:

- Incumplimiento de metas de programación de actividades por no ajustes de acuerdo a los cambios del entorno.

- Pérdida económica por deficiencia en la validación de derechos y actualización de datos de contacto del usuario e identificación del pagador.
- Posibles complicaciones de las maternas por fallas en la integralidad, continuidad y la no optimización de la capacidad instalada para la atención.
- Posibles eventos adversos, acciones inseguras, incidentes y productos no conformes por falta de adherencia a las buenas prácticas institucionales de seguridad en la atención en Materno Perinatal.
- Posibles retrasos en los ingresos económicos para la ESE por la falta de oportunidad para el envío de eventos consolidados al respectivo pagador por atención Materno Perinatal.

Riesgos materializados:

- De acuerdo al informe de Auditoría Interna Atención en Promoción y Prevención 2019, se notificaron como riesgos materializados:
 - Falta de continuidad en la atención.
 - Identificación correcta del usuario
 - Caídas de paciente
 - Problemas relacionados con medicamentos.
- De acuerdo al informe de Auditoría Interna Atención en Promoción y Prevención 2020, se notificó como riesgo materializado:
 - Falla en la continuidad e integralidad en el proceso de atención en salud como un riesgo materializarle en los programas de P y P, de igual manera se menciona en el informe que no se establecen controles para los casos de pacientes que requieren manejo en los servicios de urgencias y hospitalización, ni el seguimiento posterior cuando las causas de ingreso son asociadas a riesgo cardiovascular.
- En el informe de Auditoría Interna Ciclo de Atención Materno Perinatal 2021 se menciona que el enfoque de riesgos no se ha incorporado suficientemente en todo el proceso de atención materno perinatal de manera que se logre un control efectivo de los mismos en los servicios y la implementación de los controles.

Indicadores trazadores:

Para la vigencia 2023 se tienen formulados en el aplicativo Almera un total de nueve indicadores trazadores asociados al proceso.

De los nueve indicadores, dos presentan cumplimiento de las metas: Efectividad del control prenatal (CPN), Coberturas IEC, equivalente al 22,2%, tres no cumplen con las metas: Proporción de adherencia estricta a la GPC de hipertensión arterial (HTA), Proporción de gestantes con ingreso a CPN antes de las 12 semanas de gestación, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de promoción y prevención, correspondiente al 33,3%, y cuatro indicadores a los cuales no se les ha realizado medición: Proporción de adherencia estricta a la GPC de control prenatal (CPN), Proporción de adherencia estricta a la GPC de crecimiento y desarrollo (CYD), Proporción de cumplimiento de metas de promoción y prevención, Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada, equivalente al 44,4%.

Al evaluar los indicadores trazadores del proceso se evidencia:

- Efectividad del control prenatal (CPN): El resultado obtenido en la vigencia 2023 es de 85,4 %. Este valor se encuentra dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional, que es mayor o igual a 80 %. Sin embargo, representa una variación negativa (desfavorable) de 1,4 % con respecto al resultado de 86,6 % obtenido en la vigencia 2022. Se evidencia registro del análisis del indicador, el cual incluye el análisis de causas y acciones de mejoramiento, por parte del profesional responsable, según la ficha técnica del Profesional Especializado Área de la Salud Analista de Datos Metrosalud.
- Proporción de adherencia estricta a la GPC de control prenatal (CPN): El resultado consolidado para la anualidad 2023 no se encuentra disponible en el aplicativo Almera, debido a que solo se tienen resultados registrados para el

periodo enero-junio de 61,3 %. Este valor se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 80 %). A la fecha de la elaboración del informe, no se encuentra registro del análisis del indicador en el aplicativo, por parte del profesional responsable, según la ficha técnica del Profesional Especializado Área de la Salud Analista de Datos Metrosalud.

- Proporción de adherencia estricta a la GPC de crecimiento y desarrollo (CYD): No se evidencia registro de la medición en el aplicativo Almera para la vigencia 2023. El último resultado registrado corresponde a la vigencia 2022, con un valor de 94,4 %, que se encuentra dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional (mayor o igual a 80 %). Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye análisis de causas y acciones de mejoramiento en el aplicativo para las vigencias 2021 y 2022 por parte del profesional responsable, según la ficha técnica Profesional Evaluación Concurrencia Médica Metrosalud. Este indicador tiene una frecuencia de medición anual, lo cual no facilita el monitoreo de la eficacia de las acciones de mejoramiento de manera oportuna.
- Proporción de adherencia estricta a la GPC de hipertensión arterial (HTA): el resultado obtenido en la vigencia 2023 es de 77,8%, el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 90,0%), con una variación positiva (favorable) de 4,1% con respecto al resultado de 74,7% obtenido en la vigencia 2022. Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye análisis de causas y acciones de mejoramiento en el aplicativo por parte del profesional responsable, según la ficha técnica Profesional Evaluación Concurrencia Médica Metrosalud. Este indicador tiene una frecuencia de medición anual, lo cual no facilita el monitoreo de la eficacia de las acciones de mejoramiento de manera oportuna.
- Proporción de cumplimiento de metas de promoción y prevención: no se evidencia registro de la medición para la vigencia 2023 ni 2022. El último resultado registrado corresponde a la vigencia 2021, es de 31,8% y se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 95,0%). Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye análisis de causas y acciones de mejoramiento en el aplicativo para la vigencia 2021 por parte del profesional responsable, según la ficha técnica Profesional Especializado Área de la Salud Analista de Datos Metrosalud.
- Proporción de gestantes con ingreso a CPN antes de las 12 semanas de gestación: el resultado obtenido en la vigencia 2023 es de 53,1%, el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 80,0%), con una variación positiva (favorable) de 1,9% con respecto al resultado de 52,1% obtenido en la vigencia 2022. Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye análisis de causas y acciones de mejoramiento en el aplicativo para la vigencia 2023 por parte del profesional responsable, según la ficha técnica Profesional Especializado Área de la Salud Analista de Datos Metrosalud.
- Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada: no se encuentra resultado consolidado para la anualidad 2023 en el aplicativo debido a que solo se tienen resultados registrados para el periodo enero- junio de 93,9%, el cual se encuentra dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional (mayor o igual a 85,0%). Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye análisis de causas y acciones de mejoramiento en el aplicativo por parte del profesional responsable, según la ficha técnica Profesional Especializado Área de la Salud Analista de Datos Metrosalud.
- Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de promoción y prevención: se encuentra resultado para la anualidad 2023 de 87,2% el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 95,0%), pese a que solo se tienen resultados registrados hasta el periodo abril-junio, presenta una variación negativa de 9,5% con respecto al resultado de 96,4% obtenido en la vigencia 2022, la tendencia de los resultados entre las vigencias 2021 y 2023 es decreciente (desfavorable). Se evidencia registro del análisis del indicador en el aplicativo para la

vigencia 2023 por parte del profesional responsable, según la ficha técnica (Profesional Especializado Área de la Salud Analista de Datos Metrosalud) que incluye análisis de causas y acciones de mejoramiento.

- Coberturas IEC: el resultado obtenido en la vigencia 2023 es de 16,3%, el cual se encuentra dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional (mayor o igual a 15,0%), con una variación positiva (favorable) de 126% con respecto al resultado de 7,2% obtenido en la vigencia 2022, la tendencia de las mediciones obtenidas entre las vigencias 2021 y 2023 es creciente (favorable). A la fecha de la elaboración del informe no se encuentra registro del análisis del indicador en el aplicativo por parte del profesional responsable, según la ficha técnica Profesional Especializado Salud Pública y Territorial MD Metrosalud.

Factores críticos identificados:

- El bajo nivel de cumplimiento en la gestión de los planes de mejoramiento y las acciones formuladas para intervenir los informes de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno Solo se han cerrado el 20% de las oportunidades de mejoramiento, lo cual afecta la prestación de los servicios de salud, así como los objetivos estratégicos de la ESE.
- Materialización de riesgos del proceso de Atención en Promoción y Prevención, debido a las deficiencias en los controles formulados.
- Incumplimiento de las metas de indicadores claves del proceso, en especial los relacionados con la medición de proporción de gestantes con ingreso a CPN antes de las 12 semanas de gestación, y la satisfacción de los usuarios con el servicio de promoción y prevención. No se ha observado una tendencia al cumplimiento en los periodos evaluados, ni acciones de mejoramiento efectivas que permitan alcanzar las metas establecidas.
- No medición del indicador trazador proporción de cumplimiento de metas de promoción y prevención durante las vigencias 2022 y 2023. Esto facilita la materialización del riesgo de afectación económica y reputacional, ya que se puede generar pérdidas económicas e incumplimientos contractuales, así como no pertinencia, inoportunidad, desconfianza en la institución, insatisfacción de los usuarios, familia y comunidad, por incumplimiento en las actividades y metas del proceso de promoción y prevención.
- Incumplimiento en el registro oportuno de los resultados de indicadores claves del proceso, en especial el relacionado con la medición de adherencia estricta a la GPC de control prenatal (CPN), adherencia estricta a la GPC de crecimiento y desarrollo (CYD), adherencia estricta a la GPC de hipertensión arterial (HTA), y pacientes con hipertensión arterial controlada. También se observa incumplimiento en el registro de la satisfacción de los usuarios con el servicio de promoción y prevención.
- La no formulación de los respectivos planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, dificulta su gestión. Esto se debe a que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones, ni designar a los responsables pertinentes para su real cumplimiento.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo con la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Atención en Promoción y Prevención, el equipo de la Oficina de Control Interno presenta las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Prestar una atención accesible, oportuna y segura a los usuarios que requieran servicios de consulta externa y manejo ambulatorio que responda a sus riesgos, necesidades y expectativas.

- Priorizar el proceso Atención en Promoción y Prevención para su evaluación durante la vigencia 2024 por parte de la Oficina de Control Interno.
- Asegurar el registro oportuno de las mediciones de todos los indicadores trazadores asociados al proceso, así como el correcto análisis de los mismos de acuerdo con la metodología institucional.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento, evaluando los informes generados por control interno, y priorizando las oportunidades de mejoramiento para su intervención de acuerdo con la metodología institucional.
- Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.


8. FECHA: Enero 18/2024

9. FIRMA:



Hector Vallejo Velasquez - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.2 Atención Ambulatoria

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Atención Ambulatoria		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Prestar una atención accesible, oportuna y segura a los usuarios que requieran servicios de consulta externa y manejo ambulatorio que responda a sus riesgos, necesidades y expectativas.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso Atención Ambulatoria	100%	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de una auditoría en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo con el resultado del indicador, se formuló plan de mejoramiento para la auditoría realizada, lo que equivale a un cumplimiento del 100%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel alto de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento:

Frente a la gestión del plan de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual se identifican avances moderados en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Atención Ambulatoria

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°		
Auditoría Interna Proceso Atención Ambulatoria 2019	6	SI	6	4	66,7%	1	16,7%	1	16,7%	0	4	66,7%

Fuente: Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

De las seis acciones de mejoramiento formuladas en el plan de mejoramiento del proceso, se reportan cuatro con cumplimiento total correspondientes al 66,7%, se reporta una acción con cumplimiento parcial equivalente al 16,7%, se reporta una sin cumplimiento, lo que equivale al 16,7%, y se evidencia de acuerdo a la información cuatro oportunidades de mejoramiento cerradas, lo cual corresponde al 66,7%.

Se evidencian oportunidades de mejoramiento críticas del proceso, según la auditoría realizada en 2019 y el correspondiente plan de mejoramiento, sin la completa intervención:

- Incumplimiento con el registro de la demanda no atendida en la asignación de citas ambulatorias como lo establece el Procedimiento de Asignación de Cita Ambulatoria, ni el diligenciamiento del formato lo cual afecta la medición de la oportunidad real de la atención.
- Incumplimiento con la identificación correcta, la validación de derechos y actualización de los datos del usuario de acuerdo a lo definido en el Procedimiento de Asignación de Cita Ambulatoria, lo cual puede originar pérdidas económicas por prestación de servicios a usuarios no identificados correctamente, ni con derechos por la afiliación al sistema.

Riesgos:

Según la evaluación realizada en 2019, se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación:

- Incumplimiento de metas de programación de actividades por no ajustes de acuerdo a los cambios del entorno.
- Pérdida económica por deficiencia en la validación de derechos y actualización de datos de contacto del usuario e identificación del pagado.

Riesgos materializados:

- Falla en la continuidad en el proceso de atención en salud.
- Identificación incorrecta del paciente en el proceso de atención.
- Caídas.
- Problemas relacionados con los medicamentos y su utilización.
- Infecciones asociadas a la atención en salud.

Indicadores trazadores:

Para la vigencia 2023 se tienen formulados en el aplicativo Almera un total de seis indicadores trazadores asociados al proceso.

De los seis indicadores, tres presentan cumplimiento de la meta: Tiempo de espera en consulta de odontología general, Tiempo de espera en consulta médica especializada (Ortopedia), Tiempo de espera en consulta médica general, equivalente al 50,0%; un indicador sin cumplimiento de la meta: Tiempo de espera en consulta médica especializada (Obstetricia) equivalente al 16,7%, %; y dos indicadores a los cuales, a la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023: Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de consulta médica, Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de odontología, equivalentes al 33,3%.

Al evaluar los indicadores se evidencia:

- Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de consulta médica: A la fecha de la elaboración del informe no se encuentra en el aplicativo registro del resultado consolidado anualizado correspondiente a las vigencias 2023, 2022 y 2021.
- Proporción de usuarios satisfechos con el servicio de odontología: A la fecha de la elaboración del informe no se encuentra en el aplicativo registro del resultado consolidado anualizado correspondiente a la vigencia 2023, debido a que solo se tienen resultados registrados hasta el tercer bimestre con un promedio de 93,9%, el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 95,0%). No se encuentra registro del análisis del indicador en el aplicativo en la vigencia 2023 por parte del profesional responsable según la ficha técnica.
- Tiempo de espera en consulta de odontología general: El resultado consolidado anualizado en el aplicativo para la vigencia 2023 es de 2,6 días, el cual se encuentra dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional (menor a 3,0 días), con una variación negativa (favorable) de 18,8% con respecto al resultado de 3,2 días obtenido en la vigencia 2022. Se evidencia análisis del indicador en el aplicativo para la vigencia 2023 que incluye la descripción de su comportamiento en los meses que no cumple con la meta, pero no registra análisis de causas ni acciones de mejoramiento claras por parte del profesional responsable según la ficha técnica.
- Tiempo de espera en consulta médica especializada (Obstetricia): El resultado consolidado anualizado en el aplicativo para la vigencia 2023 es de 7,4 días, el cual se encuentra por encima de la meta institucional (menor a 5,0 días), con una variación negativa (favorable) de 12,9% con respecto al resultado de 8,5 días obtenido en la vigencia 2022. Se evidencia análisis del indicador en el aplicativo para la vigencia 2023 que incluye la descripción de su comportamiento en los meses que no cumple con la meta, análisis causal y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.
- Tiempo de espera en consulta médica especializada (Ortopedia): El resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023 es de 4,0 días, el cual se encuentra por dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional (menor a 15,0 días) con una variación negativa (favorable) de 52,9% con respecto al resultado de 8,5 días obtenido en la vigencia 2022. Se evidencia análisis del indicador en el aplicativo para la vigencia 2023 que incluye la descripción de su comportamiento en los meses que no cumple con la meta, determinación de causas y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.
- Tiempo de espera en consulta médica general: El resultado consolidado anualizado en el aplicativo para la vigencia 2023 es de 2,7 días, el cual se encuentra dentro del rango cumplimiento de la meta institucional (menor a 3,0 días), con una variación negativa (favorable) de 12,9% con respecto al resultado de 3,1 días obtenido en la vigencia 2022. Se evidencia análisis del indicador para la vigencia 2023 que incluye la descripción de su comportamiento en los meses que no cumple con la meta, análisis causal y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.

Factores críticos identificados:

- La no realización sistemática, según la evaluación realizada en 2019, de la identificación correcta, la validación de derechos y actualización de los datos del usuario no se realiza en forma sistemática de acuerdo a lo definido en el Procedimiento de Asignación de Citas en Consulta Ambulatoria lo cual puede originar pérdidas económicas por prestación de servicios a usuarios no identificados correctamente, ni con derechos por la afiliación al sistema.
- Materialización de riesgos del proceso de Atención Ambulatoria según la evaluación realizada en 2019.
- Incumplimiento en el registro oportuno de los resultados de indicadores claves del proceso, de manera especial el relacionado con la medición de la satisfacción de los usuarios con el servicio de consulta médica.
- Las falencias en el análisis de los resultados de algunos de los indicadores trazadores del proceso que no cumplen con las metas institucionales, sin adherencia a la metodología definida para ello por la ESE Metrosalud, afectan la posibilidad del logro de la mejora continua y de la calidad de la atención brindada a los usuarios en la organización.
- La no formulación de los respectivos planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, ya que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones, y la designación de los responsables pertinentes para su real cumplimiento.
- Las deficiencias en las intervenciones de las oportunidades de mejoramiento, afectan la prestación de los servicios de salud, así como los objetivos estratégicos de la ESE.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Atención Ambulatoria, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Prestar una atención accesible, oportuna y segura a los usuarios que requieran servicios de consulta externa y manejo ambulatorio que responda a sus riesgos, necesidades y expectativas.

- Priorizar el proceso Atención Ambulatoria para su evaluación durante la vigencia 2024 por parte de la Oficina de Control Interno.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento, evaluar los informes generados por control interno, priorizando de acuerdo a la metodología institucional las oportunidades de mejoramiento para su intervención.
- Realizar el análisis de los resultados de los indicadores de acuerdo con la metodología sugerida en el documento institucional "Manual para la construcción y análisis de indicadores, PE02 MA 45, versión 02 de 2022", de manera que incluya no solo la descripción de su comportamiento cuantitativo, sino también el análisis causal que permita la formulación de acciones de mejoramiento pertinentes y eficaces.
- Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.


8. FECHA: Enero 17/2024

9. FIRMA:



Hector Vallejo Velasquez - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.3 Atención en Urgencias

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Atención en Urgencias		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Prestar una atención accesible, oportuna y segura a los usuarios que requieran servicios de urgencias que responda a sus riesgos, necesidades y expectativa.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
<p>Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado</p>	<p>Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso Atención en Urgencias</p>	<p>100%</p>	<p>95%</p>	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de dos (2) auditorías en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo al resultado del indicador, se han formulado los respectivos planes de mejoramiento para las auditorías realizadas, lo que equivale a un cumplimiento del 100%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel ALTO de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: Frente a la gestión de los planes y al cumplimiento de las acciones de mejoramiento se adjunta la tabla 1, en la cual se evidencia de acuerdo al seguimiento que solo se han cerrado cuatro oportunidades de mejoramiento de 13 formuladas, equivalentes al 31%, lo que indica un nivel bajo de cumplimiento teniendo en cuenta que fueron formulados hace más de tres años.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Atención en Urgencias

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%	
				N°	%	N°	%	N°	%	N°			
Auditoría Interna Proceso Atención en Urgencias 2019	6	SI	7	3	42,9%	2	28,6%	2	28,6%	0	2	33,3%	
Auditoría Interna Proceso Atención en Urgencias 2020	7	SI	6	2	33,3%	3	50,0%	1	16,7%	0	2	28,6%	
Total Auditorías: 2	13	100,0%	13	5	38,5%	5	38,5%	3	23,1%	0	4	30,8%	

A pesar que el proceso evaluado cumple al 100% con la meta del indicador, proporción de auditorías con plan de mejoramiento formulado, frente a la gestión de los planes no se evidencian avances significativos; de las 13 acciones formuladas, se reportan tres sin avance, lo que equivale al 23%, cinco acciones en cumplimiento parcial correspondientes al 38,5%, y de igual manera cinco acciones de mejoramiento cumplidas, equivalente al 38% restantes.

Se identifican algunas acciones de mejoramiento críticas del proceso que se reportan sin avance como son, 1. Estancia prolongada de la atención en urgencias: La capacidad instalada de los servicios de urgencias de las unidades evaluadas tiene un alto grado de saturación por estancias prologadas de pacientes en espera de las remisiones a niveles de mayor complejidad, obligando que se utilicen estos servicios como salas de hospitalización sin tener los recursos adecuados para ellos. 2. Sistema único de habilitación: De acuerdo a la evaluación realizada por el equipo auditor al cumplimiento de los estándares de infraestructura del sistema único de habilitación, las Unidades Hospitalarias de San Javier y San Antonio de Prado, cumplen con el 57% de estos estándares frente a la autoevaluación realizada por la Entidad del 89% y 91% respectivamente según los requisitos de la Resolución 2003 de 2014 lo cual afecta la calidad y la seguridad de la prestación de los servicios, generando el incumpliendo de las condiciones de habilitación establecidas para los prestadores de servicios de salud de acuerdo a la normatividad vigente.

En la auditoría integral realizada en el mes de junio de 2023 por parte del equipo de auditores de la Oficina de Control interno, donde se tenía como objetivo de verificar el cumplimiento de los estándares de oportunidad, calidad y seguridad en la atención por urgencias en los Unidades Hospitalarias de Belén, Manrique, Castilla y el Centro de Salud Santo Domingo, se evidencio frente a los resultados de la medición de la oportunidad de atención en los servicios de urgencias, que estos no coinciden con la realidad observada en los servicios los cuales presentan alta congestión. Se incumple además con el indicador de duración registro- Triage < 15 minutos en el 95% de los pacientes clasificados, en promedio la duración de este periodo es de 55,53 minutos, encontrando que hay fallas en el registro especialmente en el Triage I que reporta duraciones en promedio de casi 26 minutos.

En el informe de auditoría mencionado anteriormente se recomendó para las unidades auditadas, revisar la competencia del personal que realiza el Triage y evaluar la pertinencia de las clasificaciones de manera que se optimicen los recursos y se brinde una atención con altos estándares de calidad, en las sedes evaluadas el promedio de espera entre el Triage y la atención urgente es de 44 minutos, el promedio de tiempo entre la admisión y la atención fue de 52 minutos, excepto en la UH de Manrique que fue de tres horas.

Es importante mencionar que a la auditoría integral mencionada anteriormente no se le ha formulado el respectivo plan de mejoramiento.

La falta de oportunidad y efectividad en la implementación de las acciones de mejoramiento en los servicios de urgencias de la ESE, se ha evidenciado también en las visitas realizadas por los entes de vigilancia y control así, en el año 2022 la Superintendencia Nacional de Salud en su informe dejó plasmada en el hallazgo 29, "La ESE Metrosalud, No garantiza la atención de urgencias de manera integral, continua y oportuna asegurando la seguridad del paciente, toda vez que: i) No garantiza la adecuada circulación al interior del servicio, ii) La sala de observación de urgencias NO cuenta con un espacio mínimo de 6 m² por camilla, en el ambiente de transición, iv) NO garantiza la dotación de sillas reclinables escualizables, v) No cuenta con camas pediátricas en el servicio de urgencias; incurriendo presuntamente en el incumplimiento de la normatividad relacionada"; en el mes de enero de 2023, la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social en sus visitas de inspección, vigilancia y control identificó múltiples incumplimientos al sistema al sistema único de habilitación en salud en los servicios de urgencias evaluados, de acuerdo a los hallazgos se tomó la medida sanitaria de suspensión del servicio de urgencias de la Unidad Hospitalaria de Castilla.

Riesgos:

Se reportan las siguientes novedades en la evaluación de los riesgos del proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación de acuerdo a las evaluaciones de los años 2019 y 2020:

- El personal de los servicios de urgencias conoce los riesgos y los controles establecidos, pero se encuentra debilidades en la aplicación de éstos como: diligenciamiento oportuno y correcto de las escalas de evaluación de caídas, y abandono no autorizado del servicio (ANAS), implementación de las barreras de seguridad y las alertas de los pacientes), lo que genera el riesgo de materialización de eventos adversos serios o centinelas, demandas por responsabilidad civil, afectación de la imagen corporativa, sobrecostos de la atención por gastos adicionales no previstos.
- El proceso no evidencia avances significativos en el control de los riesgos e incumplimientos detectados en las auditorías de los años 2015 a 2018, realizadas por la Secretaria Municipal de Salud, Universidad CES y las de Control Interno 2018 y 2019 incluyendo los resultados de indicadores como los eventos adversos más frecuentes (ANAS y caídas), porcentaje de pacientes que no esperan la atención, estancias prologadas, entre otros.
- La gestión de riesgos se encuentra en una fase inicial de reformulación que debe lograr una implementación y monitoreo adecuado en un tiempo prudencial que garantice la mitigación de los riesgos.

Indicadores:

Al evaluar los indicadores trazadores del proceso se evidencia:

- Se tienen formulados un total de ocho indicadores, de los cuales cuatro presentan cumplimiento de las metas: Índice de infección intrahospitalaria por urgencias, proporción de reingresos por urgencias, proporción de usuarios con referencia urgente satisfecha, tiempo de espera consulta de urgencias prioridad ii - oportunidad de la consulta de urgencias (triage ii) equivalente estos al 50%; tres indicadores no cumplen la meta: Oportunidad en el traslado del paciente urgente externa, proporción de usuarios satisfechos con el servicio ambulancia, proporción de usuarios satisfechos con el servicio urgencias, equivalente al 38%; un indicador no presenta medición para la vigencia 2023, Proporción de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio que recibieron atención específica oportuna.

Factores críticos identificados:

Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

- El bajo nivel de cumplimiento en la gestión de los planes de mejoramiento y las acciones formuladas para intervenir los informes de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno, en cuatro años solo se han cerrado el 31% de las oportunidades de mejoramiento.
- Los incumplimientos en los servicios de urgencias de la ESE al sistema único de habilitación, lo anterior evidenciado por los entes de control en sus visitas de inspección y vigilancia, así como en los informes previos por parte de la Oficina de Control interno, entre ellos los relacionados con: el cumplimiento de las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los servicios de salud, la implementación y seguimiento a las buenas prácticas de seguridad de pacientes, la oportunidad de los mantenimientos correctivos y preventivos a los equipos biomédicos, la falta de adherencia a las normas de bioseguridad y de manera especial a las condiciones de limpieza, orden y desinfección de los servicios de las Unidades Hospitalarias, la insuficiencia de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para la atención bajo estándares de calidad, entre otras.
- Incumplimiento de la meta del indicador relacionados con la medición de la satisfacción de los usuarios con la atención prestada en los servicios de urgencias, las mediciones realizadas para la vigencia 2023 reporta un porcentaje de usuarios satisfechos del 63.3%, no se presenta una tendencia al cumplimiento en los periodos evaluados previos, ni acciones de mejoramiento que permitan alcanzar la meta establecida.

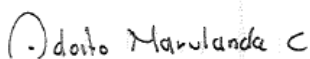
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Atención en urgencias, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Prestar una atención accesible, oportuna y segura a los usuarios que requieran servicios de urgencias que responda a sus riesgos, necesidades y expectativas.

- Gestionar el cumplimiento de los estándares de oportunidad, calidad y seguridad en la atención por urgencias y de manera especial los relacionados con el sistema obligatorio de garantía de la calidad en todas las sedes de atención.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento productos de las auditorías internas y externas, así como la garantía que las acciones implementadas se mantengan y no sean solo un requisito ocasional para dar cumplimiento a las exigencias de los entes de control.
- Fortalecer en los equipos de trabajo de los servicios de urgencias de la ESE, las buenas prácticas de seguridad del paciente en dichos servicios como una cultura en el proceso de atención, de acuerdo a lo establecido en el programa y política institucional de seguridad del paciente.
- Gestionar de manera conjunta con los demás procesos institucionales la oportunidad y suficiencia de los contratos para el suministro de medicamentos y dispositivos médicos, garantizando así la continuidad de la atención de los pacientes, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.


8. FECHA: Enero 18/2024

9. FIRMA:



Adolfo Marulanda Calle - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.4 Atención en Hospitalización

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Atención en Hospitalización		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Brindar una atención oportuna, integral, humanizada y segura a los usuarios que requieran internación para el manejo y recuperación de su enfermedad o condición clínica.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
<p>Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado</p>	<p>Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso Atención en Hospitalización</p>	<p>40%</p>	<p>95%</p>	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de cinco (5) auditorías en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo al resultado del indicador, se han formulado dos (2) planes de mejoramiento para las auditorías realizadas de los años 2019 y 2021, lo que equivale a un cumplimiento del 40 %, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel BAJO de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: Frente a la gestión de los planes y al cumplimiento de las acciones de mejoramiento se adjunta la tabla 1, en la cual se evidencia que no se ha cerrado ninguna oportunidad de mejoramiento de 17 formuladas, lo que indica un nivel bajo de cumplimiento teniendo en cuenta que fueron que las evaluaciones realizadas hace más de tres años.

Es importante anotar que no se ha reportado por parte de la dependencia evaluada a la Oficina de Control Interno, ni los planes de mejoramiento pendientes de las auditorías, ni los seguimientos realizados a los planes formulados de acuerdo a la actual metodología institucional de mejoramiento.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Atención en Hospitalización

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica		
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Auditoría Interna Proceso Atención en Hospitalización 2019	7	SI	15	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	14	0	0,0%
Auditoría Interna Proceso Atención en Hospitalización - Gestión de Camas 2020	1	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Procedimiento Atención del Usuario en Hospitalización 2021	3	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Gestión de Camas 2021	3	SI	4	0	0,0%	3	75,0%	1	25,0%	0	0	0,0%
Auditoría Interna Diligenciamiento y custodia del Consentimiento Informado 2020	3	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Total Auditorías: 5	17	40,0%	19	0	0,0%	4	80,0%	1	20,0%	14	0	0,0%

Se identifican algunas acciones de mejoramiento críticas del proceso que se reportan sin avance como son, 1. Bajos niveles de adherencia al cumplimiento del Procedimiento Atención del Usuario en Hospitalización (83%) y a los instructivos (54%) relacionados con el proceso, resultados que determinan de acuerdo al informe de la vigencia 2021, que el procedimiento e instructivos relacionados se está ejecutando parcialmente debido a deficiencias en el diseño o en la ejecución de acciones. 2. Se identifica la presencia del riesgo de caída en los pacientes hospitalizados como uno de los riesgos más frecuentes, aunque se diligencia la escala, las medidas recomendadas por la "guía para prevención y reducción de caídas en el ambiente hospitalario" código GI 01503010217 Versión 4 del 18 octubre del 2018, no son suficientemente efectivas para prevenirlas. 3. Incumplimiento a las metas de los indicadores relacionados con la gestión de las camas en los servicios de hospitalización 4. Sistema único de habilitación: de acuerdo a la evaluación realizada por el equipo auditor al Estándar de Hospitalización de mediana y alta complejidad, presentan incumplimientos de acuerdo a las evidencias en talento humano e infraestructura.

En la auditoría integral realizada en el mes de octubre de 2023 por parte del equipo de auditores de la Oficina de Control Interno donde se tenía como objetivo, evaluar los servicios priorizados en el plan general de evaluaciones, la gestión realizada a los riesgos identificados en el proceso misional de hospitalización en la Unidad de Nuevo Occidente y la interdependencia de servicios, se evidencio en este: 1. La baja adherencia al cumplimiento del procedimiento atención del usuario en hospitalización (87%) y a los instructivos (74%) relacionados con el proceso. 2. Las deficiencias y demás novedades de mantenimiento de equipos biomédicos e infraestructura (ascensores). 3. El bajo nivel de existencias de dispositivos médicos y medicamentos tanto para la dispensación ambulatoria, como los de uso hospitalario, alertando el nivel de desabastecimiento de los antibióticos de uso en el servicio de hospitalización. 4. la gestión de indicadores de evaluación de eficacia, oportunidad y satisfacción a nivel general de la UPSS y del proceso, reportando un bajo

desempeño en las metas trazadas y además no cuenta con análisis y acciones de mejora para aquellos que incumplen la meta.

Se planteó en el informe y se alertó en el comité Coordinador de Control Interno de las deficiencias relacionadas con el contrato 5244/2023 – ASCOLSA, cuyo objeto es la prestación de servicios profesionales de medicina interna, para la realización de rondas especializadas e interconsultas en las unidades hospitalarias de la ESE Metrosalud que tengan en su portafolio los servicios de hospitalización de mediana complejidad.

Es importante mencionar que a la auditoría integral mencionada anteriormente no se le ha formulado el respectivo plan de mejoramiento por parte de los líderes de la unidad auditable.

La falta de oportunidad y efectividad en la implementación de las acciones de mejoramiento en los servicios de hospitalización de la ESE, se ha evidenciado también en las visitas realizadas por los entes de vigilancia y control, en el año 2022 la Superintendencia Nacional de Salud en su informe dejó plasmada en el hallazgo 3, “La ESE Metrosalud, no garantiza el cumplimiento de las condiciones y requisitos para la infraestructura en la prestación de los servicios de salud, toda vez que: i) No garantiza la presentación y mantenimiento de las unidades hospitalarias; ii) No garantiza el acceso seguro de usuarios incluyendo aquellos en situación de discapacidad o movilidad restringida para la atención de servicios de salud prestados desde el segundo piso construido; iii) No garantiza los ambientes limpios y/o sucios en los servicios de hospitalización, consulta externa, farmacia y urgencias”; hallazgo 4 “La ESE Metrosalud, NO garantiza la dotación en seguridad necesaria para la atención de los pacientes toda vez que: a) NO garantiza la calibración y/o el mantenimiento de los siguientes equipos de acuerdo con las indicaciones del fabricante, poniendo en riesgo el diagnóstico y tratamiento requeridos por los pacientes; b) Los carros de paro no cuentan con la dotación mínima necesaria para la reanimación cardio cerebro pulmonar”; hallazgo 6 “El servicio farmacéutico de la ESE Metrosalud NO satisface los requerimientos y exigencias para su funcionamiento, toda vez que: i) El Comité de Farmacia y Terapéutica NO cumple cabalmente con sus funciones, ii) NO garantiza la adecuada recepción, almacenamiento y/o distribución de los medicamentos y dispositivos médicos iii) NO controla las condiciones ambientales de temperatura y humedad relativa para los medicamentos y/o insumos, iv) NO cuenta con las existencias necesarias de medicamentos y/o dispositivos médicos para la prestación de los servicios de salud que tiene habilitados, v) NO cuenta con el Certificado de Cumplimiento de Buenas Prácticas del INVIMA, vii) NO cumple las condiciones mínimas para las etiquetas o rótulos de los medicamentos que se reempaquen; hallazgo 32 “La ESE Metrosalud, NO implementa las Buenas Prácticas de Seguridad de Pacientes Obligatorias”.

En el mes de enero de 2023, la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social en sus visitas de inspección, vigilancia y control identificó múltiples incumplimientos al sistema al sistema único de habilitación en salud en los servicios de hospitalización evaluados, de acuerdo a los hallazgos se tomó la medida sanitaria de suspensión del servicio de hospitalización adultos de la Unidad Hospitalaria de Santa Cruz.

Riesgos:

Se reportan las siguientes novedades en la evaluación de los riesgos del proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación de acuerdo a las evaluaciones de los años 2019 - 2023:

- Falta de integración de los procesos y las dependencias institucionales en garantizar los recursos y el apoyo necesario para el cumplimiento de las condiciones de habilitación establecidas para los prestadores de servicios de salud de acuerdo a la normatividad vigente, con la posibilidad de sanciones por parte de los entes de control y vigilancia- **Riesgo materializado.**
- Inoportunidad en la contratación para la compra de insumos, dispositivos médicos, equipos biomédicos, así como los servicios de mantenimiento a la infraestructura, a los equipos biomédicos y control metrológico, generando el riesgo de afectación en la prestación de los servicios de salud y la demora en la reapertura de los afectados o nuevos sanciones.

- Deficiencias en la formulación de las acciones de mejoramiento de acuerdo con la metodología institucional, haciendo que éstas no sean eficientes, eficaces ni efectivas en el alcance y logro de los resultados esperados.

En la auditoría integral realizada en el mes de octubre de 2023 por parte del equipo de auditores de la Oficina de Control interno, reporto en el informe las siguientes novedades relacionadas con los riesgos del proceso; durante las fases de planeación y ejecución de la auditoría se identificaron nuevos riesgos los cuales se presentan para que sirvan como insumo para la formulación del próximo del mapa de riesgos del proceso.

- Inoportunidad en el reporte de las novedades de mantenimiento de los equipos biomédicos, así como las necesidades de reposición de los mismos con el fin de garantizar la suficiencia en el servicio.
- Inoportunidad en el abastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para garantizar la continuidad de la atención en el servicio de hospitalización.

Adicional se anexo al informe la matriz de evaluación la eficiencia de controles, la cual le permite a los auditados identificar los controles a los cuales se debe hacer mejoras para lograr la eficiencia y efectividad en la mitigación de los riesgos asociados al proceso.

Indicadores:

Al evaluar los indicadores trazadores del proceso se evidencia:

- Se tienen formulados un total de siete indicadores, de los cuales cuatro presentan cumplimiento de las metas: Índice de infecciones asociadas a la atención en salud, índice eventos adversos, oportunidad de los egresos hospitalarios, tasa de reingresos de pacientes hospitalizados, equivalente estos al 57%; tres indicadores no cumplen la meta: Oportunidad en horas en la remisión del paciente en la red interna, oportunidad en la asignación de cama hospitalaria, proporción de usuarios satisfechos con el servicio internación, equivalentes al 43%.

Se hace referencia a tres indicadores claves, los cuales no se encuentran definidos como trazadores pero hacen parte de la evaluación de la gestión del proceso.

Tabla 2. Indicadores de gestión del Proceso Atención en Hospitalización 2023

INDICADOR	RESULTADO	META	OBSERVACIONES
1 GIRO CAMA	5	7.5	No se cumple la meta. El indicador reporta el numero de pacientes que pasaron por cada cama disponible en el período
2 PROMEDIO DÍAS DE ESTANCIA	5.3	Menor o igual a 5	No se cumple la meta.El indicador reporta el número de días que permanecen hospitalizados cada uno de los pacientes que egresan durante un período
3 PORCENTAJE OCUPACIONAL	84%	Mayor o igual a 90 %	No se cumple la meta. El indicador mide la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios, dado que informa sobre la capacidad utilizada o subutilizada en las Unidades de atención

De acuerdo a la información del aplicativo Almera – Modulo de indicadores, no se presenta una tendencia al cumplimiento en los periodos evaluados de la vigencia 2023, ni acciones de mejoramiento formuladas que permitan alcanzar la meta establecida.

Factores críticos identificados:

- Los hallazgos identificados de manera repetitiva en las auditorías internas y externas en los servicios de hospitalización de la ESE, sin la oportuna y efectiva intervención; frente a la gestión de los planes objeto del presenta informe no se reportan oportunidades de mejoramiento cerradas.

- Los incumplimientos en los servicios de hospitalización de la ESE al sistema único de habilitación y los estándares normativos definidos, lo anterior evidenciado por los entes de ESE control en sus visitas de inspección y vigilancia. Las intervenciones y las acciones implementadas no son sistemáticas, ni se ha garantizado su sostenibilidad en el tiempo, solo se cumplen como un requisito ocasional para dar cumplimiento a las exigencias de los entes de control.
- Las deficiencias en el cumplimiento de las prácticas seguras en los servicios de hospitalización, así como la inoportunidad en la actualización de las escalas de riesgo y en la implementación de las acciones para la intervención de los mismos.
- Las deficiencias en los reportes, gestión y verificación del funcionamiento de equipos biomédicos de los servicios asistenciales de la ESE, así como la inoportunidad en los mantenimientos correctivos y preventivos de los mismos.
- Incumplimiento de las metas de indicadores claves de la evaluación de la gestión del proceso de acuerdo a lo evidenciado en la tabla 2; el indicador relacionado con la medición de la satisfacción de los usuarios con la atención prestada en los servicios de hospitalización no cumple con la meta establecida, el resultado de la medición del año 2023 arroja un 88%, para una meta del 95%.

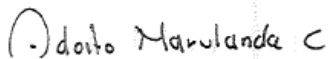
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Atención en hospitalización, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Brindar una atención oportuna, integral, humanizada y segura a los usuarios que requieran internación para el manejo y recuperación de su enfermedad o condición clínica.

- Gestionar de manera prioritaria el cumplimiento de los estándares de oportunidad, calidad y seguridad en la atención en hospitalización y de manera especial los relacionados con el sistema único de habilitación en todas las sedes de atención de la ESE.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento productos de las auditorías internas y externas, así como la medición de la efectividad e impacto de los mismos.
- Continuar fortaleciendo las intervenciones de los equipos de trabajo y de los referentes de seguridad de las UPSS en las buenas prácticas de seguridad del paciente en los servicios de hospitalización, de acuerdo a lo establecido en el programa y política institucional de seguridad del paciente.
- Garantizar los medicamentos, dispositivos médicos e insumos necesarios para la atención de los usuarios en cada unidad de atención, los niveles de desabastecimiento evidenciado durante las auditorías de campo, están afectando la calidad en la prestación de los servicios y la adherencia a las guías de atención establecidas, además con el posible incremento del riesgo de complicaciones para los usuarios.


8. FECHA: Enero 19/2024

9. FIRMA:



Adolfo Marulanda Calle - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.5 Atención Quirúrgica

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Atención Quirúrgica		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Brindar una atención oportuna, integral, humanizada y segura a los pacientes que requieran atención quirúrgica para el manejo y recuperación de su enfermedad o condición clínica.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso Atención Quirúrgica	100%	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de dos (2) auditorías en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo al resultado del indicador, se han formulado los respectivos planes de mejoramiento para las auditorías realizadas, lo que equivale a un cumplimiento del 100%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel ALTO de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: Frente a la gestión de los planes y al cumplimiento de las acciones de mejoramiento se adjunta la tabla 1, en la cual se evidencia de acuerdo al seguimiento que solo se han cerrado dos oportunidades de mejoramiento de ocho formuladas, equivalentes al 25%, lo que indica un nivel bajo de cumplimiento teniendo en cuenta que fueron formulados hace más de tres años.

La falta de oportunidad y efectividad en la implementación de las acciones de mejoramiento en los servicios quirúrgicos de la ESE, se han evidenciado en las visitas realizadas por los entes de vigilancia y control, de manera especial en la auditoría realizada en el mes de enero de 2023, donde la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social procedió a la medida de cierre del servicio 204 – Cirugía Ginecológica Ambulatoria en la Unidad Hospitalaria de Manrique, lo anterior debido a incumplimientos al sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Atención Quirúrgica

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica		N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Auditoría Interna Proceso Atención Quirúrgica 2019	4	SI	15	11	73,3%	1	6,7%	3	20,0%	0	2	50,0%	
Auditoría Interna Proceso Atención Quirúrgica 2020	4	SI	4	0	0,0%	0	0,0%	4	100,0%	0	0	0,0%	
Total Auditorías: 2	8	100,0%	19	11	57,9%	1	5,3%	7	36,8%	0	2	25,0%	

A pesar que el proceso evaluado cumple al 100% con la meta del indicador Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulados, frente a la gestión de los planes no se evidencian avances significativos; de las 19 acciones formuladas, se reportan siete sin avance, lo que equivale al 37%, se reporta una acción en cumplimiento parcial correspondientes al 5%, y 11 acciones de mejoramiento cumplidas, todas ellas del informe de auditoría del año 2019 equivalente al 58%, estas últimas corresponden en su mayoría a la actualización documental del proceso.

Se identifican algunas acciones de mejoramiento críticas del proceso que se reportan sin avance como son: 1. Fortalecer el trabajo en equipo entre las áreas asistenciales y administrativas involucradas en el proceso de atención quirúrgico, con el fin de mejorar la oportunidad en la atención y la productividad del servicio. (Priorización de pacientes, adecuada programación de cirugía, garantizar el material de osteosíntesis, contar con esterilización, entre otros), buscando con esto disminuir los índices de cancelaciones e inasistencias. 2. Análisis del indicador de cancelaciones de Cirugías Electivas: Realizar un correcto análisis de los resultados del indicador y la formulación de las iniciativas de mejoramiento de acuerdo al marco operativo establecido para el cumplimiento de la meta. 3. Documentar un modelo de integración con terceros, para su aplicabilidad, lo anterior frente a las deficiencias identificadas en el seguimiento y supervisión de los contratos relacionados con el proceso de atención quirúrgica.

En la auditoría integral realizada en el mes de marzo de 2023 por parte del equipo de auditores de la Oficina de Control interno y que tenía como objetivo: Realizar seguimiento a la implementación de las acciones propuestas a partir de la visita realizada por la Superintendencia de Salud en el mes de mayo del año 2022, se evidencio el incumplimiento en el servicio de cirugía en la Unidad Hospitalaria de Belen a las normas de bioseguridad, quedando plasmado en el informe así, "Especial mención se hace al hallazgo durante el recorrido en el servicio de cirugía de la Unidad Hospitalaria de Belén, donde se encontró un espacio destinado para el descanso de los especialistas, en dicho sitio se evidencio como novedades: Esta ubicado en la zona amarilla – zona semi restringida con acceso y cercanía a los quirófanos, estantería de madera en regulares condiciones de aseo, limpieza y marcado deterioro de la pintura, cajones con llaves donde se encontró

medicamentos y dispositivos vencidos, utensilios como pocillos y sobras de alimentos, bolsas con ropa, cajas con tapabocas y dotación del personal, entre otros múltiples hallazgos”.

Como se mencionó anteriormente en las visitas de inspección, vigilancia y control realizadas por los entes verificadores (Superintendencia Nacional de Salud y Secretaría Seccional de Salud), se identificaron en los años 2022 y 2023 como críticos los incumplimientos relacionados con el sistema obligatorio de garantía de la calidad en los servicios quirúrgicos y de manera especial los relacionados con: Cálculo de suficiencia de personal – Plan de capacitación del talento humano – Infraestructura – Dotación de equipos biomédicos, así como deficiencias en el mantenimiento correctivo y preventivo – Normas de Bioseguridad, orden, aseo y desinfección – Suficiencia de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, así como deficiencias en las condiciones de almacenamiento – Manuales de esterilización – Seguridad del paciente.

Riesgos:

Se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación de acuerdo a las evaluaciones de los años 2019 y 20220:

- Posibles Infecciones asociadas a la atención en salud por el incumplimiento al manual de esterilización e Infraestructura por incumplimiento de la normatividad vigente (aires acondicionados en quirófanos, áreas inadecuadas o con adecuaciones de infraestructura que no cumplen requisitos de habilitación).
- Posibles riesgos para la seguridad del paciente en los servicios quirúrgicos, por deficiencias en la aplicación de las listas de chequeo – Cirugía segura salva vida y demás relacionados con la implementación de los paquetes instruccionales.
- Incumplimiento indicador del proceso % cancelación de cirugía, por fuera de la meta, por fallas en la programación de cirugía (programar sin orden de autorización, sin tener en cuenta insumos y equipos necesarios, disponibilidad de especialista).

Riesgos materializados: De acuerdo al informe de Auditoría Proceso de Atención Quirúrgica 2020, se notificó como riesgo materializado, el Incumplimiento indicador del proceso % cancelación de cirugía, por fuera de la meta, **por fallas en la programación de cirugía (programar sin orden de autorización, sin tener en cuenta insumos y equipos necesarios, disponibilidad de especialista).**

Además se menciona en el informe, que se realizó una prueba sobre los controles existentes frente a este riesgo, en la cual se pudo evidenciar que existen debilidades en el diseño y también en la ejecución de los mismos; además no se establecen acciones para las inasistencias, así como para la validación de las condiciones de los quirófanos y los equipos necesarios para realizar las cirugías programadas.

Indicadores:

Al evaluar los indicadores trazadores del proceso se evidencia:

- Se tienen formulados un total de siete indicadores con medición al mes de noviembre de 2023, de los cuales tres presentan cumplimiento de las metas: Índice de infección intrahospitalaria en cirugía (infección de sitio operatorio) UH Belén, proporción de endometritis pos cesárea UH Manrique, tasa de mortalidad quirúrgica por 1000 UH Belén, equivalente al 43%; dos indicadores cumplen parcialmente la meta: Proporción de endometritis puerperal metrosalud, tiempo de espera (oportunidad) en la realización de la cirugía programada UH Belén, equivalente al 28%; dos no cumplen la meta: Proporción de usuarios satisfechos con el servicio partos metrosalud, proporción de usuarios satisfechos con el servicio cirugía ese metrosalud, correspondiente al 28% restantes.

Otros indicadores del proceso: Proporción de cancelación de cirugía programada metrosalud 2023: 9.3% con una meta menor de 3%, no se cumple la meta para la vigencia evaluada, el incumplimiento de este indicador afecta de manera

representativa la oportunidad de la atención, así como la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados, además de la productiva de los quirófanos y los ingresos económicos en la ESE.

Factores críticos identificados:

- El bajo nivel de cumplimiento en la gestión de los planes de mejoramiento y las acciones formuladas para intervenir los informes de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno, en tres años solo se han cerrado el 25% de las oportunidades de mejoramiento.
- Los incumplimientos en los servicios quirúrgicos de la ESE al sistema obligatorio de garantía de la calidad, lo anterior evidenciado por los entes de control en sus visitas de inspección y vigilancia; en los informes previos por parte de la Oficina de Control interno se habían generado las alertas relacionados con las deficiencias en la oportunidad de los mantenimientos correctivos y preventivos a los equipos biomédicos, la falta de adherencia a las normas de bioseguridad y de manera especial a las condiciones de limpieza, orden y desinfección de los servicios de las Unidades Hospitalarias, Insuficiencia de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para la atención bajo estándares de calidad, entre otras.
- Materialización de riesgos del proceso Atención quirúrgica y las deficiencias en los controles formulados.
- Incumplimiento de las metas de indicadores claves del proceso, de manera especial los relacionados con la medición de la satisfacción de los usuarios con la atención prestada en los servicios quirúrgicos, así como en el porcentaje de cancelación de cirugías, sin que se presente una tendencia al cumplimiento en los periodos evaluados, ni acciones de mejoramiento que permitan alcanzar la meta establecida.

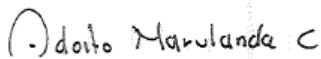
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Atención quirúrgica, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Brindar una atención oportuna, integral, humanizada y segura a los pacientes que requieran atención quirúrgica para el manejo y recuperación de su enfermedad o condición clínica en la ESE:

- Gestionar la apertura y dotación de los quirófanos de la Unidad hospitalaria de Nuevo Occidente, lo cual permite unas mejores condiciones de infraestructura para la atención quirúrgica y de cumplimiento de la promesa de servicios a los usuarios.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento productos de las auditorías internas y externas, así como la garantía que las acciones implementadas se mantengan y no sean solo un requisito ocasional para dar cumplimiento a las exigencias de los entes de control.
- Fortalecer en los equipos de trabajo de los servicios quirúrgicos de la ESE, las buenas prácticas de seguridad del paciente en dichos servicios como una cultura en el proceso de atención, de acuerdo a lo establecido en el programa y política institucional de seguridad del paciente.


8. FECHA: Enero 15/2024

9. FIRMA:



Adolfo Marulanda Calle - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.6 Atención en Laboratorio Clínico

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metrosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Atención en Laboratorio Clínico		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Prestar servicios de atención en laboratorio oportunos, pertinentes, seguros, confiables y humanizados que permita una adecuada toma de decisiones por el equipo de salud.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso Atención en Laboratorio Clínico	100%	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de dos (2) auditorías en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo al resultado del indicador, se han formulado los respectivos planes de mejoramiento para las auditorías realizadas, lo que equivale a un cumplimiento del 100%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel ALTO de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: Frente a la gestión de los planes y al cumplimiento de las acciones de mejoramiento se adjunta la tabla 1, en la cual se evidencia de acuerdo al seguimiento que no se ha cerrado ninguna oportunidad de mejoramiento de las doce formuladas, lo que califica para un nivel bajo de cumplimiento en la gestión de los planes teniendo en cuenta que fueron formulados hace más de tres años.

Es importante anotar que el último seguimiento fue realizado por la Oficina de Control interno en el mes de octubre de 2023.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Atención en Laboratorio Clínico

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica		N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Auditoría Interna Proceso Atención en Laboratorio Clínico 2019	8	SI	8	0	0,0%	0	0,0%	8	100,0%	0	0	0,0%	
Auditoría Interna Proceso Atención en Laboratorio Clínico 2020	4	SI	5	0	0,0%	5	100,0%	0	0,0%	0	0	0,0%	
Total Auditorías: 2	12	100,0%	13	0	0,0%	5	38,5%	8	61,5%	0	0	0,0%	

A pesar que el proceso evaluado cumple al 100% con la meta del indicador Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado, frente a la gestión de los planes no se evidencia ningún avance; de las 13 acciones formuladas, se reportan ocho sin avance, lo que equivale al 61.5%, se reportan cinco acciones con cumplimiento parcial correspondientes al 38.5%, y ninguna acción de mejoramiento cumplida.

Se identifican algunas oportunidades de mejoramiento críticas del proceso que se reportan sin avance como son: 1. Cumplimiento del Estándar de Infraestructura y dotación, condición identificada en los informes de auditoría de los años 2019 y 2020. 2. Intervención de los resultados de las encuestas de satisfacción de los usuarios y los motivos de inconformidad con el servicio de laboratorio, así como de las auditorías o rondas realizadas por los equipos de la ESE, con el fin de realizar las intervenciones correspondientes.

Riesgos:

Se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación de acuerdo a las evaluaciones de los años 2019 y 20220:

- Posible desabastecimiento de reactivos para el procesamiento de pruebas (creatinina).
- Posibles pérdidas económicas por deficiencia en la validación de derechos e identificación del pagador.
- Posibles Errores en el procesamiento de muestras por transcripción manual de las órdenes médicas en formatos no adecuados (papelitos).
- Posibles fallas en la continuidad en el proceso de atención en salud por deficiencia en la información del usuario e instrucciones de preparación para la toma de muestras.
- Posibles errores en la identificación del usuario debido a la marcación manual de las muestras en los servicios de hospitalización y urgencias.
- Posibles alteraciones de la calidad de la muestra por demora en el transporte y las condiciones de control de temperatura.

Riesgos materializados: De acuerdo al informe de auditoría de Verificación al Seguimiento de Contratación Bienes y Servicios realizado en el año 2023, se notificó como riesgo materializado el desabastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para garantizar la oportunidad y continuidad de la atención en la ESE; condición evidenciada durante las visitas de campo realizadas las unidades de atención, sede central de procesamiento de muestras de laboratorio y el centro de distribución durante la evaluación anteriormente mencionada.

Indicadores:

Edificio El Sacatín – Carrera 50 N° 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

Al evaluar los indicadores trazadores del proceso se evidencia: Se tienen formulados un total de cinco indicadores con medición a los meses de octubre y noviembre de 2023, de los cuales cuatro presentan cumplimiento de las metas: Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio a hospitalización (minutos), oportunidad (minutos) en la entrega de resultados de laboratorio a urgencias, proporción de resultados críticos de laboratorio reportados ESE Metrosalud, proporción de usuarios con muestras de laboratorio no conformes ESE Metrosalud, equivalentes al 80%; solo uno no cumplen la meta: Proporción de usuarios satisfechos con el servicio laboratorio ESE Metrosalud, correspondiente al 20% restante.

Frente al cumplimiento de este último indicador, el cual se asocia a la medición de la percepción de los usuarios frente a los servicios y el trato recibido durante su atención en el procesos de la laboratorio clínico, se encuentra en el análisis de los resultados el año 2023 lo siguiente, "Las dificultades con facturación: retraso, poca amabilidad con los usuarios, trato poco adecuado, entre otros, hacen que al evaluar el servicio de laboratorio, se obtenga un indicador muy por debajo de la meta. También hay dificultades por las salas de espera demasiado pequeñas y con sillas insuficientes para la demanda de pacientes, porque son salas compartidas con otros servicios".

Factores críticos identificados:

- El bajo nivel de cumplimiento en la gestión de los planes de mejoramiento y las acciones formuladas para intervenir los informes de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno.
- Los incumplimientos normativos al sistema obligatorio de garantía de calidad en los servicios de laboratorio de la ESE, además de la Insuficiencia de los reactivos e insumos para la toma y procesamiento de las muestras.
- Materialización de riesgos del proceso de Atención en laboratorio clínico.
- Incumplimiento de las metas de uno de los indicadores claves del proceso, de manera especial los relacionados con la medición de la satisfacción de los usuarios con la atención prestada en los servicios de laboratorio, condición identificada en el informe del año 2020, sin que se presente una tendencia al cumplimiento en los periodos evaluados, ni acciones de mejoramiento que permitan alcanzar la meta establecida.

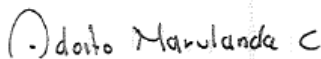
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de atención en laboratorio clínico, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de prestar servicios de atención en laboratorio oportunos, pertinentes, seguros, confiables y humanizados que permita una adecuada toma de decisiones por el equipo de salud:

- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento productos de las auditorías internas y externas, así como la garantía del seguimiento al cumplimiento de acuerdo a lo establecido en la metodología institucional de mejoramiento continuo.
- Gestionar de manera conjunta con los demás procesos institucionales la oportunidad y suficiencia de los contratos para el suministro de los reactivos e insumos para la toma y procesamiento de las muestras, garantizando así la continuidad de la atención de los pacientes, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio bajo estándares de calidad.


8. FECHA: Enero 17/2024

9. FIRMA:



Adolfo Marulanda Calle - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.7 Atención en Imágenes Diagnosticas

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Atención en Imágenes Diagnósticas		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Prestar servicios de atención en imagenología oportunos, seguros y humanizados que permitan una adecuada interpretación y toma de decisiones por el equipo de salud.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	100%	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de una auditoria en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo con el resultado del indicador, se formuló plan de mejoramiento para la auditoría realizada, lo que equivale a un cumplimiento del 100%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel alto de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento:

Frente a la gestión del plan de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual se identifican avances poco significativos en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Atención en Imágenes Diagnósticas

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica			
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Auditoría Interna Proceso Atención en Imágenes Diagnósticas 2020	4	SI	16	6	37,5%	9	56,3%	1	6,3%	0	0	0,0%	
Total Auditorías: 1	4	100,0%	16	6	37,5%	9	56,3%	1	6,3%	0	0	0,0%	

De las 16 acciones de mejoramiento formuladas en el plan de mejoramiento del proceso, se reporta una sin avance, equivalentes al 6,3%, nueve acciones con cumplimiento parcial correspondientes al 56,3%, y seis con cumplimiento total lo que equivale al 37,8%, y se evidencia de acuerdo a la información cero oportunidades de mejoramiento cerradas lo que corresponde al 0%.

Se evidencian oportunidades de mejoramiento críticas del proceso, según la evaluación realizada en 2019 y el correspondiente plan de mejoramiento, sin la completa intervención:

- Incumplimiento normativo estándares de Habilitación (Resolución 3100 de 2019), tales como la no disponibilidad de Médico Especialista en radiología e imágenes diagnósticas, horarios de funcionamiento de los servicios de Rayos X (no en todas el servicio evaluado funcionamiento las 24 horas, esto genera dificultades con la oportunidad para la toma de estos, por inconvenientes con los servicios de traslado de los pacientes), y aspectos de infraestructura en las áreas de vestier, afectando la calidad en la prestación de los servicios de salud en la ESE.

Riesgos: Según la evaluación realizada en 2020, se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación:

- No se están revisando sistemáticamente los riesgos institucionales definidos para el proceso evaluado.
- No se están revisando sistemáticamente los indicadores de Seguridad y satisfacción.
- No se cuenta con una base de datos que permita determinar pacientes atendidos (con todos los datos de identificación), placas o CDs tomados, repetidos, dañados o de mala calidad, entre otros.

Indicadores trazadores:

Para la vigencia 2023 se tienen formulados en el aplicativo Almera un total de tres indicadores trazadores asociados al proceso.

De los tres indicadores trazadores, uno no cumple con la meta: Oportunidad del Servicio de Ecografía Obstétrica, equivalente al 33,3%, y dos indicadores a los cuales, a la fecha de elaboración del informe, no se les encuentra registro del resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023: Proporción de Estudios de Imagenología Repetidos, Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio Imagenología, equivalente al 66,7%.

Al evaluar los indicadores se evidencia:

- Oportunidad del Servicio de Ecografía Obstétrica: el resultado obtenido en la vigencia 2023 es de 6,8 días, el cual se encuentra por encima de la meta institucional (menor a 6,0 días), con una variación negativa (favorable) de 20,0% con respecto al resultado de 8,5 días obtenido en la vigencia 2022. Se evidencia análisis

del indicador en el aplicativo para la vigencia 2023 por parte del profesional responsable, según la ficha técnica (Profesional Evaluación Concurrencia Enfermería Metrosalud).

- Proporción de Estudios de Imagenología Repetidos: A la fecha de la elaboración del informe no se encuentra en el aplicativo registro del resultado consolidado anualizado correspondiente a la vigencia 2023, solo se tienen resultados registrados entre los meses enero-julio con un promedio de 0,0%, el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (menor a 2,0%).
- Proporción de Usuarios Satisfechos con el Servicio Imagenología: A la fecha de la elaboración del informe no se encuentra en el aplicativo registro del resultado consolidado anualizado correspondiente a la vigencia 2023, solo se tienen resultados registrados del primero y segundo bimestres con un promedio de 95,3%, el cual se encuentra dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional (mayor o igual a 95,0%). Se evidencia registro del análisis del indicador, el cual incluye el análisis de causas y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.

Factores críticos identificados:

- Incumplimiento normativo estándares de Habilitación (Resolución 3100 de 2019), tales como la no disponibilidad de Médico Especialista en radiología e imágenes diagnósticas, y aspectos de infraestructura en las áreas de vestier, afectando la calidad en la prestación de los servicios de salud en la ESE
- El bajo nivel de cumplimiento en la gestión del plan de mejoramiento y las acciones formuladas para intervenir el informe de auditoría realizado en 2020 por la Oficina de Control Interno, no se han cerrado de manera efectiva ninguna de las cuatro oportunidades de mejoramiento identificadas, lo cual afecta la prestación de los servicios de salud, así como los objetivos estratégicos de la ESE.
- Incumplimiento en el registro oportuno de los resultados de indicadores claves del proceso, de manera especial el relacionado con la medición de la oportunidad del servicio de ecografía obstétrica.
- La no formulación de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, ya que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones, y la designación de los responsables pertinentes para su real cumplimiento.

8. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Atención en Imágenes Diagnósticas, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Prestar servicios de atención en imagenología oportunos, seguros y humanizados que permitan una adecuada interpretación y toma de decisiones por el equipo de salud.

- Garantizar la oportunidad y efectividad en la ejecución de los planes de mejoramiento, evaluar los informes generados por control interno, priorizando de acuerdo a la metodología institucional las oportunidades de mejoramiento para su intervención.
- Asegurar el registro oportuno de las mediciones de todos los indicadores trazadores asociados al proceso Atención en Promoción y Prevención, así como el correcto análisis de los mismos de acuerdo con la metodología institucional.
- Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.


8. FECHA: Enero 16/2024

9. FIRMA:



Hector Vallejo Velasquez - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.8 Gestión Servicio Farmacéutico

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metrosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión Servicio Farmacéutico		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Disponer y entregar los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para los procesos de atención en salud, con el fin de prevenir, controlar y mejorar la situación de salud de los usuarios.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso Gestión Servicio Farmacéutico	50%	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de cuatro (4) auditorías en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo al resultado del indicador, solo se han formulado dos (2) planes de mejoramiento para las auditorías realizadas, lo que equivale a un cumplimiento del 50%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel BAJO de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: Frente a la gestión de los planes de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual no se identifican avances significativos en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión Servicio Farmacéutico

NOMBRE DE LA AUDITORÍA O DE LA ACTIVIDAD (Fuente)	N° OPORTUNIDADES DE MEJORA	N° OPORTUNIDADES DE MEJORA CERRADAS	CUENTA CON PLAN DE MEJORA	N° ACCIONES DE MEJORA	ESTADO DE LAS ACCIONES DE MEJORA				% ACCIONES DE MEJORA CUMPLIDAS	% ACCIONES DE MEJORA EN PROCESO	% ACCIONES DE MEJORA SIN AVANCE	% OPORTUNIDADES DE MEJORA CERRADAS
					CUMPLIDA	EN PROCESO	SIN AVANCE	NO APLICA				
Auditoría Interna Proceso Gestión Servicio Farmacéutico 2019	8	0	SI	15	0	0	15	0	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Auditoría Interna Proceso Atención Integral Farmacéutica 2020	4	0	SI	5	0	4	1	0	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%
Auditoría Interna Gestión de los Medicamentos de Control Especial en las UH de la ESE Metrosalud 2022	1		NO	0	0	0	0	0	-	-		0,0%
Auditoría Interna Gestión Servicio Farmacéutico - Demanda no atendida 2023	1		NO	0	0	0	0	0	-	-		0,0%
TOTAL	14	0	50,0%	20	0	4	16	0	0,0%	20,0%	80,0%	0,0%

De las 20 acciones de mejoramiento formuladas en los dos planes del proceso, se reportan 16 sin avance, lo que equivale al 80%, se reportan 4 acciones en proceso correspondientes al 20%, no se evidencia de acuerdo a la información oportunidades de mejoramiento cerradas.

Durante las evaluaciones realizadas se continúan evidenciando por parte del equipo auditor las siguientes oportunidades de mejoramiento sin la oportuna intervención:

- Incumplimiento normativo Resolución 3100 de 2019, relacionado con la insuficiencia e inoportunidad en la entrega de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en los puntos de atención, afectando significativamente la calidad en la prestación de los servicios de salud en la ESE.
- Incumplimiento normativo Resolución 1604 de 2013, no se cumple con la entrega de los medicamentos de acuerdo al establecido en la normatividad, la cual establece que se deberá dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia y/o trabajo del afiliado cuando este lo autorice como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos.
- Incumplimiento con la distribución de medicamentos en dosis unitaria de acuerdo a la normatividad, adicional se está realizando el reempaque de medicamentos, sin cumplir las condiciones establecidas en el manual de buenas prácticas de manufactura previstas en la Resolución 1160 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social; es importante resaltar que esta práctica institucional aumenta el riesgo que se presenten incidentes o eventos adversos asociados.

Riesgos: Se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación:

- Posibles sanciones por parte de los entes de vigilancia y control por el incumplimiento en la entrega oportuna y suficiente de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos para garantizar la atención de los usuarios, así como el riesgo fiscal por demandas relacionadas con la prestación de servicios sin el cumplimiento de estándares de calidad.
- Frente al desabastecimiento y fraccionamiento de medicamentos, se genera el riesgo en salud para los pacientes multipatológicos y de programas, de posibles fallas en la continuidad de la atención, con las consecuencias en la adherencia los tratamientos y posibles complicaciones.

Riesgos materializados: 1. Posibilidad de afectación económica y reputacional - Posibilidad de deterioro en la condición de salud el usuario - Insatisfacción de los usuarios - Sanciones por incumplimiento en la prestación de servicios - Falta de fidelización de los usuarios - Pérdidas económicas; **Por entrega inoportuna e incompleta de medicamentos y dispositivos médicos, en el servicio farmacéutico. Desabastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos para garantizar la oportunidad y continuidad de la atención en la ESE.**

Indicadores:

Al evaluar los indicadores trazadores del proceso se evidencia:

- Se tienen formulados un total de siete indicadores, de los cuales dos presentan cumplimiento de las metas: Índice de Rotación de Inventario de Farmacia - Proporción de Problemas Relacionados con el Uso de Medicamentos Metrosalud, equivalente al 28%; tres indicadores sin cumplimiento de la meta: Proporción de Problemas Relacionados con Medicamentos por Administración - Proporción de Problemas Relacionados con Medicamentos por Dispensación - Proporción de Problemas Relacionados con Medicamentos por Prescripción, equivalente al 43%; a dos indicadores no se ha realizado medición: Proporción de Entrega Incompleta e Inoportuna de Tratamientos POS - Proporción De Usuarios Satisfechos Con El Servicio Farmacéutico, equivalente al 28%.

Factores críticos identificados:

- El nivel de desabastecimiento de medicamentos, dispositivos médicos e insumos evidenciado en las auditorías, afecta la calidad en la prestación de los servicios de salud en la ESE, incrementando el riesgo de complicaciones para los usuarios, afectación de la imagen institucional y la promesa de valor de procurar bienestar para las personas, sus familias y la comunidad.
- Materialización de riesgos del proceso de Gestión Servicio Farmacéutico.
- Las deficiencias en las intervenciones de las oportunidades de mejoramiento, afectan la prestación de los servicios de salud, así como los objetivos estratégicos de la ESE.

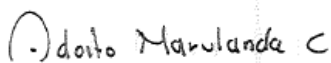
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Gestión del servicio farmacéutico, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Disponer y entregar los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para los procesos de atención en salud, con el fin de prevenir, controlar y mejorar la situación de salud de los usuarios.

- Gestionar de manera conjunta con los demás procesos institucionales la oportunidad y suficiencia de los contratos para el suministro de medicamentos y dispositivos médicos, garantizando así la continuidad de la atención de los pacientes, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento, evaluar los informes generados por control interno, priorizando de acuerdo a la metodología institucional las oportunidades de mejoramiento para su intervención.


8. FECHA: Enero 07/2024

9. FIRMA:



Adolfo Marulanda Calle - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.9 Gestión Docencia Servicio

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metrosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión Docencia Servicio		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Desarrollar la relación docencia servicio con las instituciones de educación superior y las instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano con el fin de contribuir en la formación del talento humano en salud y fortalecer la prestación de servicios de la ESE Metrosalud.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	100%	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control interno ha realizado un total de una auditoría en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo con el resultado del indicador, se formuló plan de mejoramiento para la auditoría realizada, lo que equivale a un cumplimiento del 100%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel alto de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento:

Frente a la gestión del plan de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual se identifican avances moderados en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión Docencia Servicio

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica		
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Auditoría Interna Proceso Gestión Docencia Servicio 2020	6	SI	5	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	4	66,7%
Total Auditorías: 1	6	100,0%	5	4	80,0%	1	20,0%	0	0,0%	0	4	66,7%

De las cinco acciones de mejoramiento formuladas en el plan de mejoramiento del proceso, se reportan cuatro con cumplimiento total correspondientes al 80,0%, se reporta una acción con cumplimiento parcial equivalente al 20,0%, y se evidencia de acuerdo a la información cuatro oportunidades de mejoramiento cerradas, lo cual corresponde al 66,7%.

Riesgos:

De acuerdo al informe de Auditoría al Proceso Gestión Docencia Servicio realizada en 2020, se notificaron los siguientes riesgos materializados:

- Baja supervisión de actividades de docencia servicio por parte de los responsables de la implementación a nivel de las unidades de atención; En la UH de Santa Cruz no se realizó la inducción presencial del mes de Noviembre, en el Centro de Salud de Moravia no se tiene establecida la inducción para estudiantes la cual es obligatoria independiente del tiempo o tipo de rotación por la unidad, en la UH de San Javier no se encontró el registro de asistencia a la inducción de la estudiante de enfermería de la Universidad Adventista la cual está en etapa productiva.
- En las Unidades Evaluadas no se encontró evidencias de: El diligenciamiento del formato de seguimiento y evaluación de personal en entrenamiento, ni los planes de trabajo concertados con el docente al inicio de cada practica académica, ni el seguimiento al cumplimiento de las actividades asistenciales establecidas como contraprestación en el convenio docencia servicio de acuerdo al plan de trabajo concertado.

Indicadores trazadores:

Para la vigencia 2023 se tienen formulados en el aplicativo Almera un total de tres indicadores trazadores asociados al proceso.

De los tres indicadores, a la fecha de elaboración del informe, a ninguno se le observa el resultado consolidado anualizado correspondiente a la vigencia 2023 en el aplicativo Almera: Proporción de usuarios satisfechos con la atención recibida por docentes y/o estudiantes, Variación del valor de la contraprestación por los convenios docencia servicios, equivalente al 100%.

Al evaluar los indicadores se evidencia:

- Proporción de estudiantes, docentes y servidores satisfechos con las prácticas en la ESE Metrosalud: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023, debido a que solo se tiene un resultado registrado de 93,8% correspondiente al primer semestre, el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 95,0%). Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye la determinación de causas y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.

- Proporción de usuarios satisfechos con la atención recibida por docentes y/o estudiantes: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023, debido a que solo se tiene un resultado registrado de 90,5% correspondiente al primer semestre, el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 95,0%). Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye determinación de causas y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.
- Variación del valor de la contraprestación por los convenios docencia servicios: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023. La última medición registrada fue de -0,08 correspondiente a la anualidad 2022, la cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 0,05). Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye la mención de causas y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.

Factores críticos identificados:

- Materialización de riesgos del proceso de Gestión Docencia Servicio y las deficiencias en los controles formulados.
- Incumplimiento en el registro oportuno de los resultados de indicadores claves del proceso, relacionados con la medición de la satisfacción de los estudiantes, docentes y servidores con las prácticas, satisfacción de los usuarios con la atención recibida por docentes y/o estudiantes, y la variación del valor de la contraprestación por los convenios docencia servicios.
- La no formulación de los respectivos planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, ya que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones, y la designación de los responsables pertinentes para su real cumplimiento.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Gestión Docencia Servicio, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Desarrollar la relación docencia servicio con las instituciones de educación superior y las instituciones de formación para el trabajo y el desarrollo humano con el fin de contribuir en la formación del talento humano en salud y fortalecer la prestación de servicios de la ESE Metrosalud.

- Asegurar el registro oportuno de las mediciones de todos los indicadores trazadores asociados al proceso Gestión Docencia Servicio.
- Realizar el análisis de los resultados de los indicadores de acuerdo con la metodología sugerida en el documento institucional Manual para la construcción y análisis de indicadores, PE02 MA 45, versión 02 de 2022.
- Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.


8. FECHA: Enero 19/2024

9. FIRMA:



Hector Vallejo Velasquez - Auditor Control Interno y Evaluación

7.2.10 Gestión de Salud Pública y Territorial

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión de Salud Pública y Territorial		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Gestionar estrategias y mecanismos de coordinación entre los diferentes actores en el territorio, ejecutando los proyectos de salud pública y actividades de P y P, articulados al modelo de prestación de servicios con el fin de incrementar la eficiencia, eficacia y la calidad de la prestación de servicios en pro de intervenir los determinantes de salud de la población objeto				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	66,7	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control interno ha realizado un total de tres auditorías en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo al resultado del indicador, se han formulado dos planes de mejoramiento para las tres auditorías realizadas (en los años 2021 y 2022, lo que equivale a un cumplimiento del 66,7%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel bajo de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento:

Frente a la gestión del plan de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual no se identifican avances significativos en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión de Salud Pública y Territorial

Nombre de la Auditoría	Nº Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	Nº Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica		Nº	%
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Auditoría Interna Liquidación de convenios interadministrativos 2021	1	SI	8	0	-	0	-	0	-	8	0	0,0%	
Auditoría Interna Condiciones de Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Médicos Proyectos Salud Pública 2022	1	SI	12	3	25,0%	9	75,0%	0	0,0%	0	0	0,0%	
Cumplimiento contrato interadministrativo para operar la ruta de promoción y mantenimiento de la salud - MAITE 2022	1	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%	
Total Auditorías: 3	3	66,7%	20	3	25,0%	9	75,0%	0	0,0%	8	0	0,0%	

Fuente: Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

Frente a la gestión de los planes no se evidencian avances significativos; de las 20 acciones de mejoramiento formuladas en los planes del proceso, se reportan tres con cumplimiento total, equivalentes al 26%, nueve acciones con cumplimiento parcial correspondientes al 75%, y no se evidencian de acuerdo a la información oportunidades de mejoramiento cerradas lo que corresponde al 0%.

Riesgos:

Se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación de acuerdo con las evaluaciones de los años 2021 y 2022:

- En la auditoría Liquidación de Convenios Interadministrativos Instructivo Gestión de Convenios 2021 se identifica: Falta de consolidación de la información por parte de un área responsable de cada uno de los convenios firmados con el Municipio de Medellín.
- En la auditoría Condiciones de Almacenamiento de Medicamentos y Dispositivos Proyectos Salud Pública 2022 se identifican: 1. Posibilidad de afectación económica por daño, vencimiento o deterioro de los medicamentos y dispositivos médicos, debido a deficiencias en los controles de los procesos de adquisición, recepción, almacenamiento y dispensación durante la ejecución de los proyectos. 2. Posibilidad de sanción por parte de los entes de control y vigilancia por el incumplimiento del Estándar de Medicamentos, dispositivos médicos e insumos de la Resolución 3100 de 2019 en los Centros de Salud donde operan los proyectos. 3. Posibilidad de daño o alteración de la calidad de los medicamentos e insumos por deficiencias en las condiciones del almacenamiento en las unidades donde operan los proyectos. 4. Posibilidad de pérdida, falta de confiabilidad y trazabilidad de la información relacionada con la recepción, almacenamiento y dispensación de los medicamentos y dispositivos en los proyectos, debido al nivel de manualidad y operatividad del proceso. 5. Incidentes prevenibles que pueden causar daño a un paciente por alteración de las propiedades del medicamento o dispositivo por pérdida de la calidad durante su permanencia en las áreas de almacenamiento
- En la auditoría Contrato Interadministrativo para operar la ruta de promoción y mantenimiento de la salud en el marco del modelo de acción integral territorial MAITE 2022 se identifican: 1. Posibles incumplimientos contractuales del convenio 4600092294 - Contrato interadministrativo para operar la ruta de promoción y mantenimiento de la Salud en el marco del modelo de acción integral territorial suscrito entre la Alcaldía de Medellín – Secretaria de Salud y la ESE Metrosalud. 2. Posibles sanciones por parte de los entes de vigilancia y control por el incumplimiento

del estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos de la Resolución 3100 de 2019 en la sede donde opera el proyecto.

Indicadores trazadores:

Para la vigencia 2023 se tienen formulados en el aplicativo Almera un total de un indicador trazador asociado al proceso, el cual no cumple con la meta.

Al evaluar el indicador trazador del proceso se evidencia:

- Índice combinado de satisfacción: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para la vigencia 2023, debido a que solo se tienen resultados registrados para entre los meses de enero a octubre con un promedio de 6,12, el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 7,00). Se evidencia registro en el aplicativo del análisis del indicador con identificación de causas y formulación de acciones de mejora por parte del profesional responsable según la ficha técnica. Este indicador no está relacionado con el objetivo del proceso.

Factores críticos identificados:

- Las deficiencias en la identificación completa de los riesgos y la formulación de los controles del proceso de acuerdo con los parámetros aplicables tanto normativos como institucionales.
- Las deficiencias en ejecución y seguimiento de las intervenciones de las oportunidades de mejoramiento, afectan la prestación de los servicios de salud, así como los objetivos estratégicos de la ESE.
- La no formulación de los respectivos planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, ya que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones, y la designación de los responsables pertinentes para su real cumplimiento.
- La no formulación de indicadores trazadores relacionados con el objetivo del proceso, el indicador definido está relacionado con componentes de la atención y satisfacción del usuario.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Revisar el mapa de riesgos del proceso y definir controles efectivos para mitigar o reducir los riesgos identificados.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la ejecución de los planes de mejoramiento, priorizando de acuerdo a la metodología institucional las oportunidades de mejoramiento para su intervención.
- Formular indicadores trazadores del proceso relacionados con el objetivo de este.
- Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.

8. FECHA: Enero 22 de 2024


9. FIRMA:



Hector Vallejo Velasquez - Auditor Control Interno y Evaluación

7.3 PROCESOS DE APOYO

7.3.1 Gestión del Talento Humano

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Gestión Talento Humano		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Metsosalud será una empresa que procura el desarrollo y bienestar de los servidores y sus familias. Objetivo del proceso: Gestionar la suficiencia, competencia, bienestar y motivación del personal de la ESE Metsosalud, con el fin de apoyar la operación de los procesos en condiciones de calidad para el logro de los objetivos institucionales.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	80%	95%	La oficina de control Interno y Evaluación, ha realizado 5 auditorías dentro del Proceso de Gestión del Talento Humano durante los periodos 2020-2023, dentro de las cuales, solo la auditoría interna denominada proceso de Gestión de Talento Humano 2021 no cuenta con plan de mejoramiento. Respecto al resultado del indicador, se han formulado cuatro planes de mejoramiento, que equivale a un cumplimiento del 80%, para una meta del 95%, clasificándolo en un nivel bajo de cumplimiento , que, aunque tiene planes de mejoramiento no están en su totalidad y más aun teniendo en cuenta que este dato contiene auditorías de vigencias pasadas.

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: Para el proceso de Gestión del Talento Humano se realizó 1 auditoría durante la vigencia del 2023, la cual ya cuenta con plan de mejoramiento y al revisar las 4 auditorías de las vigencias anteriores (2020 a 2021), se tienen 3 planes de mejoramiento y se han cerrado 12 oportunidades de mejora, las cuales corresponden a la auditoría interna de cuadros de turnos, pagos nómina conductores de ambulancia 2020.

A continuación, se relaciona informe que detalla el estado de los planes de mejoramiento y lo antes descrito.

CONSOLIDADO ESTADO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°		
Auditoría Interna Cuadros de turnos, pagos de nómina conductores de ambulancia 2020	12	SI	4	4	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	12	100,0%
Auditoría Interna Programa de Vivienda de la ESE Metrosalud 2020	12	SI	14	0	0,0%	5	35,7%	9	64,3%	0	0	0,0%
Auditoría Interna Gestión Cuadro de Turnos 2021	2	SI	2	0	-	0	-	0	-	2	0	0,0%
Auditoría Interna Proceso de Gestión del Talento Humano 2021	7	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Proceso de Gestión del Talento Humano 2023	7	SI	14	0	-	0	-	0	-	14	0	0,0%
Total Auditorías: 5	40	80,0%	34	4	22,2%	5	27,8%	9	50,0%	16	12	30,0%

Riesgos:

Durante algunas de las auditorías realizadas en las vigencias 2020-2021, al proceso de Gestión del Talento Humano, se pudo identificar riesgos que no estaban incluidos dentro del mapa del proceso, sin embargo, en este documento nos enfocaremos en la auditoría realizada al proceso en la vigencia 2023, en la cual no se identificaron nuevos riesgos, pero al realizar la revisión de los controles del proceso, mediante la herramienta "matriz de evaluación de controles", la cual permite a los auditados identificar los controles a los que debe hacer mejoras para lograr la eficiencia y efectividad en la mitigación de los riesgos asociados, arrojó como resultado que el 69% de los controles presentan un buen diseño susceptible de ser mejorado, pero también arrojó que el 57% de los controles presentan deficiencias en su diseño, lo cual influye en la posible materialización de los riesgos descritos en el mapa del proceso y por ende repercuten en las oportunidades de mejora encontradas en dicha auditoría.

Indicadores:

El proceso de Gestión Talento Humano cuenta con 94 indicadores, de los cuales 6 tienen la perspectiva trazadores de apoyo, que no se miden en la periodicidad indicada, lo que impide evaluar los resultados con relación a la meta, tendencia, respecto a lo esperado, su duración en el tiempo y realizar intervenciones que permitan el mantenimiento o mejoramiento de los resultados del proceso y la toma de decisiones preventivas o correctivas.

De los 94 indicadores 82 no están actualizados en su medición y analizando los 6 indicadores trazadores, solo 1 indicador está actualizado en su medición (PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL CLIENTE INTERNO METROSALUD) y que además arroja un resultado insatisfactorio, el cual no tiene el respectivo análisis y por consiguiente el plan de mejora.

INDICADORES TRAZADORES DE APOYO PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO					
ID	NOMBRE DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	VALOR	META	ÚLTIMO PERIODO MEDIDO
1644	PROPORCIÓN DE SERVIDORES EVALUADOS CON DESEMPEÑO LABORAL SOBRESALIENTE METROSALUD	Anual	75,43	20,00	2022
1586	PROPORCIÓN DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL CLIENTE INTERNO METROSALUD	Anual	68,20	85,00	2023
1664	INDICE AUSENTISMO LABORAL_METROSALUD	Mensual	3,03	3,00	Septiembre 2023
11302	INDICE AUSENTISMO LABORAL_METROSALUD con Sedes Administrativas	Mensual	2,45	3,00	Julio 2022
7204	INDICE DE FRECUENCIA DE ACCIDENTES LABORALES	Mensual	0,28	9,00	Septiembre 2023
1543	PROPORCIÓN OCUPACIÓN PLANTA DE CARGOS	Bimestral	91,20	95,00	Mar-Abr (2023)

Fuente de datos: Sistema de Gestión Almera a enero 26 de 2024

De acuerdo con lo anterior y al resultado de la auditoría realizada al proceso en la vigencia 2023, que dio lugar a una oportunidad de mejora relacionada con el incumplimiento en la evaluación de los indicadores, se debe revisar la pertinencia de todos los indicadores, mediante una depuración y realizar el seguimiento al cumplimiento en la medición, análisis y plan de mejora de los mismos en el sistema de gestión de Almera.

Factores críticos identificados:

Durante la auditoría realizada al proceso de Gestión Talento Humano para la vigencia del año 2023 se encontraron los siguientes factores críticos:

- El incumplimiento en el análisis, medición, registro de los indicadores, lo que impide conocer los resultados de acuerdo con las metas propuestas que permitan tomar acciones de mejoramiento para el proceso.
- Incumplimiento en los requisitos de vinculación del personal y servidores provisionales fijación de compromisos o suscritos de manera extemporánea.
- Deficiencia en los controles dentro del procedimiento "Desvinculación Talento Humano", en donde no se evidencia la entrega del puesto de trabajo y transferencia del conocimiento, lo que podría ocasionar reprocesos en la labor o dependencia y gastos adicionales por contratación temporal de personal para suplir estas deficiencias.
- Información desactualizada ante la Comisión Nacional del Servicio Civil (Plan Anual de Vacantes).
- Deficiencia en la planeación del Talento Humano, porque no se tiene claramente identificadas las necesidades y aspectos críticos que afectan el recurso humano de la entidad. Se tiene la proyección para el año 2023 de la suficiencia del personal asistencial por Unidad Hospitalaria y Centro de Salud, de acuerdo con la Resolución 3100 del 2019 para la habilitación de servicios; sin embargo, no se cuenta con la información documentada para el personal administrativo de toda la entidad

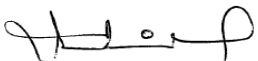
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para dar cumplimiento a la Evaluación por Dependencias del proceso de apoyo "Gestión Talento Humano", desde la oficina de Control Interno y Evaluación, posterior a la revisión realizada se generan las siguientes recomendaciones:

- Realizar una revisión a los procedimientos del proceso de Gestión Talento Humano, entre los cuales están: PA02 PR 19 Procedimiento Planeación del Talento Humano, PA02 PR 110 Procedimiento Evaluación del Desempeño Laboral Servidores Provisionales, PA02 PR 27 Procedimiento Desvinculación Talento Humano, PA02 PL 01 Plan Previsión Recurso Humano, PA02 PR 21 Procedimiento Ingreso de Servidores Provisionales, Temporales y Contratista y determinar actividades que deben ser ajustadas.
- Establecer medidas de impacto que mejoren el ausentismo laboral.
- Se considera necesario asignar un responsable para la verificación y aprobación de los requisitos para vincular a los servidores públicos, que tenga conocimiento normativo del sector. Actualmente, esta actividad es delegada a cualquiera de los profesionales y/o secretaria del área y no se evidenció un criterio unificado para el desarrollo de la actividad.
- Revisar y unificar mediante una lista de chequeo el orden de las hojas de vida del personal, toda vez que en la auditoría realizada en la vigencia del 2023, se evidenció desorganización en las revisadas.
- Los controles de los riesgos se encuentran en el rango de calificación media, sin embargo, se hace necesario su revisión e implementación. En la evaluación, el resultado tiene tendencia a bajar, por lo que el diseño se encuentra susceptible a ser mejorado.
- Cumplir con la medición, análisis y plan de mejora de los indicadores del proceso, además de revisar la pertinencia y realizar una depuración de los mismos, de tal forma que se dejen realmente los que impactan y permiten demostrar la realidad del proceso de Gestión Financiera.


8. FECHA: 29/01/2024

9. FIRMA:



Aída Verónica Montoya Restrepo - Auditor Control Interno y Evaluación- Contratista

7.3.2 Gestión Financiera

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metrosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Gestión Financiera		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Incitar una cultura organizacional que genere valor a los grupos de interés, fortaleciendo la sostenibilidad y las relaciones de mutuo beneficio. Objetivo del proceso: Administrar los recursos financieros con eficiencia y efectividad, con el fin de contribuir al logro de los objetivos económicos y financieros planeados por la ESE Metrosalud.				
4.COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	18.8%	95%	<p>La oficina de control Interno y Evaluación, ha realizado 17 auditorías dentro del Proceso de Gestión Financiera durante el periodo 2019-2023, dentro de las cuales 8 fueron realizadas en el 2023.</p> <p>Respecto al resultado del indicador, solo se han formulado tres planes de mejoramiento, correspondientes auditorías realizadas en 2019 y 2021, que equivale a un cumplimiento del 18.8%, para una meta del 95%, clasificándolo en un nivel bajo de cumplimiento, lo que demuestra una cultura de la mejora continua muy deficiente y más aun teniendo en cuenta que este dato contiene auditorías de vigencias pasadas.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: Para el proceso de gestión financiera se han realizado durante la vigencia del 2023, 8 auditorías de las cuales ninguna tiene plan de mejoramiento y al revisar las auditorías de las vigencias anteriores (2019 a 2022) solo se tienen 3 planes de mejoramiento, dentro de los cuales aún no se han cerrado oportunidades de mejora.

A continuación, se relaciona informe que detalla el estado de los planes de mejoramiento y lo antes descrito, sin embargo, cabe anotar que en dicho informe no aparece la auditoría de costos, la cual fue realizada finalizando la vigencia 2023, pero se generó informe definitivo al inicio del año 2024 y por ende aun no tenía vencido el plazo para formular plan de mejoramiento.

CONSOLIDADO ESTADO DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO AUDITORIAS PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°		
Auditoría Interna Cajas Menores 2019	9	SI	13	1	7,7%	7	53,8%	5	38,5%	0	0	0,0%
Auditoría Interna Proceso Gestión Financiera 2019	15	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Proceso Gestión Financiera 2020	14	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Instructivo Cuadre de Caja 2021-1	7	SI	10	1	12,5%	4	50,0%	3	37,5%	2	1	14,3%
Auditoría Interna Proceso Gestión Financiera Facturación, Cartera y Gestión de Glosas 2021	9	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Instructivo Cuadre de Caja 2021-2	6	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Proceso Gestión Financiera 2021	4	SI	5	0	0,0%	4	80,0%	1	20,0%	0	0	0,0%
Auditoría Interna Instructivo Cuadre de Caja 2022-1	2	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Cajas Menores 2022	4	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Instructivo Cuadre de Caja 2022-2	3	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Verificación a los Cuadros de Cajas de las UH 2023-1	8	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Proceso Gestión Financiera Tesorería 2023	9	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Cajas Menores 2023	7	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Verificación a los Cuadros de Cajas de las UH 2023-2	0	NO APLICA	0	0	-	0	-	0	-	0	0	-
Auditoría Interna Proceso Gestión Financiera Facturación, Cartera y Gestión de Glosas 2023	6	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Proceso Gestión Financiera Presupuesto 2023	5	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Auditoría Interna Verificación a los Cuadros de Cajas de las UH 2023-3	1	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Total Auditorías: 17	109	18,8%	28	2	7,7%	15	57,7%	9	34,6%	2	1	0,9%

Desde la oficina de Control Interno y Evaluación, se han enviado memorandos a los responsables de la unidad auditada recordando la importancia de la formulación del Plan de mejoramiento, sin embargo, no se ha recibido respuesta alguna. Desde Control Interno y Evaluación aún está pendiente informar a la Gerencia como responsable de los planes de mejora de la entidad, de dicha situación.

Riesgos:

Si bien es claro que durante las auditorías realizadas al proceso de Gestión Financiera se pudo identificar riesgos que no estaban dentro del mapa de riesgos del proceso, en este caso en las auditorías realizadas a las cajas menores y a los cuadros de caja, se hace necesario antes que agregar nuevos riesgos, revisar este mapa con todos sus controles, toda vez, que dentro de los procedimientos de Gestión Financiera se pudo evidenciar puntos de control que no aparecen en el

mapa de riesgos, actividades que no están marcadas como punto de control y que realmente lo son y otros controles que no apuntan a la mitigación de un riesgo, para así contribuir realmente al cumplimiento del objetivo del proceso.

Indicadores:

El proceso de Gestión Financiera cuenta con 26 indicadores, de los cuales 9 tienen la perspectiva trazadora de apoyo. Si bien es claro que algunos de los indicadores no son responsabilidad del equipo de la Subgerencia Administrativa y Financiera, estos contribuyen al proceso de Gestión Financiera, los cuales no se miden en la periodicidad indicada, lo que impide evaluar los resultados con relación a la meta, tendencia, respecto a lo esperado, su duración en el tiempo y realizar intervenciones que permitan el mantenimiento o mejoramiento de los resultados del proceso y la toma de decisiones preventivas o correctivas.

De los 9 indicadores trazadores se encontró que el indicador denominado "EFECTIVIDAD DEL COBRO COATIVO" no está dentro de los 26 indicadores cargados al proceso de gestión Financiera.

De acuerdo con lo anterior se debe revisar la pertinencia de todos los indicadores, mediante una depuración y posterior a ello realizar el seguimiento al cumplimiento en la medición, análisis y plan de mejora de los mismos en el sistema de gestión de Almera.

INDICADORES PROCESO GESTIÓN FINANCIERA					
No.	NOMBRE DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE ANÁLISIS	RESPONSABLE OPERATIVO	ÚLTIMA MEDICIÓN
1	MARGEN EXCEDENTE OPERACIONAL	Mensual	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	Dic de 2022
2	Proporción de cumplimiento de meta de recaudo	Mensual	LIDER DE PROGRAMA CARTERA Y GESTIÓN DEL COBRO	LIDER DE PROGRAMA CARTERA Y GESTIÓN DEL COBRO	Sept de 2022
3	PORCENTAJE DE GLOS A RECEPCIONADA POR FACTURACIÓN EVENTO 2020	Bimestral			Nov-Dic de 2020
4	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_BELÉN	Trimestral	DIRECTOR UPSS BELÉN	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO UPSS BELÉN	Sin medición
5	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_BUENOS AIRES	Trimestral	DIRECTOR UPSS BUENOS AIRES	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO CASTILLA	Oct-Dic de 2023
6	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_CASTILLA	Trimestral	DIRECTOR UPSS CASTILLA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO CASTILLA	Jul-Sept de 2023
7	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_DOCE DE OCTUBRE	Trimestral	DIRECTOR UPSS DOCE DE OCTUBRE	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO DOCE DE OCTUBRE	Oct-Dic de 2022
8	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_MANRIQUE	Trimestral	DIRECTOR UPSS MANRIQUE	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO MANRIQUE	Jul-Sept de 2023
9	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_METROSALUD	Trimestral	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	Sin medición
10	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_NUEVO OCCIDENTE	Trimestral	DIRECTOR UPSS NUEVO OCCIDENTE	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO NUEVO OCCIDENTE	Abr-Jun de 2021
11	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_SAN ANTONIO DE PRADO	Trimestral	DIRECTOR UPSS SAN ANTONIO PRADO SAP	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO SAP SAN ANTONIO DE PRADO	Sin medición
12	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_SAN CRISTÓBAL	Trimestral	DIRECTOR UPSS SAN CRISTÓBAL	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO NUEVO OCCIDENTE	Sin medición

13	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_SAN JAVIER	Trimestral	DIRECTOR UPSS SAN JAVIER	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO SAN JAVIER	Jul-Sept de 2023
14	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_SANTA CRUZ	Trimestral	DIRECTOR UPSS SANTA CRUZ	PROFESIONAL UNIVERSITARIO COORDINADOR ADMINISTRATIVO SANTA CRUZ	Abr-Jun de 2021
15	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_SEDES ADMINISTRATIVAS	Trimestral	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	Sin medición
16	MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS, Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.	Anual	LIDER DE PROGRAMA TESORERIA Y CARTERA	LIDER DE PROGRAMA TESORERIA Y CARTERA	Ene-Dic de 2022
17	MARGEN BITDA	Mensual	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	Dic de 2022
18	PROPORCIÓN DE FACTURACIÓN POR SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS	Mensual	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FACTURACION	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FACTURACION	May de 2023
19	PORCENTAJE DE RECUPERACIÓN DE CARTERA	Mensual	LIDER DE PROGRAMA CARTERA Y GESTIÓN DEL COBRO	LIDER DE PROGRAMA CARTERA Y GESTIÓN DEL COBRO	Oct de 2023
20	PORCENTAJE DE RECUPERACIÓN DE CARTERA 2020	Bimestral	LIDER DE PROGRAMA TESORERIA Y CARTERA	LIDER DE PROGRAMA TESORERIA Y CARTERA	May-Jun de 2021
21	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO 2020	Bimestral	PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	Nov-Dic de 2020
22	Proporción de las atenciones prestadas y facturadas en el mismo mes	Bimestral	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	Mar-Abr de 2021
23	Proporción de la facturación radicada en el mismo mes de expedición 2020	Bimestral			Nov-Dic de 2020
24	PROPORCIÓN DE LA FACTURACIÓN RADICADA EN EL MISMO MES DE EXPEDICIÓN	Mensual	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FACTURACION	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FACTURACION	Mar de 2022
25	PORCENTAJE DE GLOSAS RECEPCIONADA POR FACTURACIÓN EVENTO	Mensual	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FACTURACION	PROFESIONAL UNIVERSITARIO FACTURACION	May de 2023
26	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	Mensual	PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	Nov de 2023

INDICADORES TRAZADORES PROCESO GESTIÓN FINANCIERA					
No.	NOMBRE DEL INDICADOR	PERIODICIDAD	RESPONSABLE ANÁLISIS	RESPONSABLE OPERATIVO	ÚLTIMA MEDICIÓN
1	MARGEN EXCEDENTE OPERACIONAL	Mensual	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	Dic de 2022
2	PORCENTAJE DE GLOSAS RECEPCIONADA POR FACTURACIÓN EVENTO 2020	Bimestral			Nov-Dic de 2020
3	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_METROSALUD	Trimestral	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	Sin medición
4	VARIACIÓN DE COSTOS Y GASTOS_SEDES ADMINISTRATIVAS	Trimestral	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	LIDER DE PROGRAMA CONTABILIDAD	Sin medición
5	PORCENTAJE DE RECUPERACIÓN DE CARTERA	Mensual	LIDER DE PROGRAMA CARTERA Y GESTIÓN DEL COBRO	LIDER DE PROGRAMA CARTERA Y GESTIÓN DEL COBRO	Oct de 2023
6	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO 2020	Bimestral	PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	Nov-Dic de 2020
7	EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	Mensual	PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO PRESUPUESTO	Nov de 2023
8	PROPORCIÓN DE PROCESOS COACTIVOS ADELANTADOS DENTRO DE LOS TÉRMINOS LEGALES	Trimestral	JEFE OFICINA ASESORA GESTIÓN COACTIVA (ADMINISTRATIVA)	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ABOGADO COBRO COACTIVO (METROSALUD)	Jul-Sept de 2021
9	EFFECTIVIDAD DEL COBRO COACTIVO	Trimestral	JEFE OFICINA ASESORA GESTIÓN COACTIVA (ADMINISTRATIVA)	PROFESIONAL UNIVERSITARIO ABOGADO COBRO COACTIVO (METROSALUD)	Jul-Sept de 2021

Fuente de datos: Sistema Almera a enero 17 de 2024

Factores críticos identificados:

Durante las auditorías realizadas al proceso de Gestión financiera para la vigencia del año 2023 se encontraron los siguientes factores críticos:

- Deficiencias en los protocolos de seguridad para el recaudo y transporte del dinero de los centros de salud.
- Manejo inadecuado de la documentación (Recepción, remisión y radicación de facturas de compra y venta), lo que impide un adecuado cobro de facturación y pago a los proveedores incurriendo en costos adicionales y castigo del presupuesto.
- Retrasos en el cierre financiero mensual, lo que impide la generación de informes administrativos y financieros a tiempo para la toma de decisiones.
- Incumplimiento en algunas tareas y controles establecidos en los procedimientos y manuales.
- Los procedimientos de facturación, cartera, glosas y cobro coactivo no tienen unos controles adecuados o no se cumple con dichos controles, situación que afecta directamente la liquidez de la entidad.
- La facturación es manejada por cada unidad hospitalaria, factor que impide tener control sobre la misma desde la administración central.
- El hecho de que no se estén formulando los planes de mejoramiento correspondiente a las oportunidades de mejora de las auditorías realizadas al proceso, ratifica la continuidad en las fallas del mismo, contribuyendo así a los inconvenientes financieros que actualmente atraviesa la entidad.
- Deficiencias en la gestión de cobro de cartera y pertinencia para el envío a cobro coactivo.

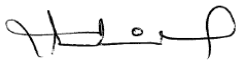
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Para dar cumplimiento a la Evaluación por Dependencias del proceso de apoyo "Gestión Financiera", desde la oficina de Control Interno y Evaluación, posterior a la revisión realizada se generan las siguientes recomendaciones:

- Realizar una revisión a los procedimientos del proceso de Gestión Financiera en cuanto a la pertinencia de cada una de las tareas o actividades descritas, incluidos los manuales y formatos.
- Cumplir con las tareas y los controles establecidos en los procedimientos y manuales.
- Se considera necesario la revisión del proceso de Gestión Documental, partiendo inicialmente de que es un proceso que debe liderar la Dirección Administrativa y no la Dirección de Sistemas de Información y continuando con la centralización de la correspondencia enviada y recibida incluida la facturación recibida.
- Se deben redefinir los roles y responsabilidades del Líder de Facturación, el cual debería tener control sobre toda la facturación de la entidad toda vez que de acuerdo con los procedimientos objeto de esta auditoría se evidencia que la mayoría de éstos lo tienen los coordinadores y técnicos de las UPSS.
- Formular los planes de mejoramiento correspondiente a las oportunidades de mejora de las auditorías internas y externas realizadas al proceso, que garanticen la mejora continua del mismo y el cumplimiento de los objetivos institucionales y del proceso.
- Considerar y revisar la implementación del proyecto de centralización de la facturación, realizando algunos ajustes al mismo, teniendo en cuenta los inconvenientes en la definición de responsabilidades, que se vienen presentando y que afecta el resultado de la facturación. Se recomienda incluir aspectos tales como: Recursos tecnológicos, físicos y humanos de manera cuantitativa y cualitativa. Definición del alcance del proyecto, identificar los riesgos a los que estaría expuesto el personal, involucrar de manera activa al área de Talento Humano, Planeación y tener en cuenta el documento PE02 IN 83 "INSTRUCTIVO GESTIÓN DE CAMBIOS".
- Se debe realizar una actualización al mapa de riesgos del proceso de Gestión Financiera, teniendo en cuenta las auditorías realizadas durante la vigencia del 2023.
- Se debe dar cumplimiento a la Resolución de cierre 4542 de febrero 26 de 2020.
- Se debe realizar una adecuada custodia y depuración de las facturas que se van a enviar a cobro coactivo para evitar retrasos en el proceso y un desgaste administrativo.
- Cumplir con la medición, análisis y plan de mejora de los indicadores del proceso, además de revisar la pertinencia y realizar una depuración de los mismos, de tal forma que se dejen realmente los que impactan y permiten demostrar la realidad del proceso de Gestión Financiera.
- Debe existir una adecuada articulación entre el área de presupuesto, contabilidad, tesorería y los ejecutores del gasto, dentro de los cuales están los supervisores de contratos y así contribuir en una adecuada planeación y ejecución del presupuesto de la entidad.
- Austeridad del gasto


8. FECHA: 19/01/2024

9. FIRMA:



Aída Verónica Montoya Restrepo Auditor Control Interno y Evaluación- Contratista

7.3.3 Gestión de la Contratación

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión contratación		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Adquirir los bienes y servicios con las especificaciones técnicas y la oportunidad requeridas por los demás procesos con el fin de mantener en operación y cumplir con los objetivos de la institución.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado	20%	95%	Como resultado de las auditorías realizadas (5) durante los periodos del 2021 al 2023, solo una presentó plan de mejoramiento, equivalente al 20%, lo que muestra un nivel bajo de cumplimiento de acuerdo a lo requerido por la Oficina de Control Interno. Cabe resaltar que no se le ha hecho seguimiento a las acciones de mejora para evidenciar el avance de las mismas.

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: De las cinco (5) auditorías realizadas, si bien todas generaron oportunidades de mejora, a la fecha solo en una presentó plan de mejoramiento. Sin embargo, no se le ha hecho seguimiento a dicho plan. Es de anotar, que para la auditoría del 2023-4, el plan de mejoramiento está en proceso de elaboración. Si bien la fecha de presentación que era para enero 4 del 2024 no se cumplió con la entrega, solicitaron plazo hasta el 30 de enero del mismo año.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión contratación

Nombre de la Auditoría	Nº Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	Nº Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica		
				Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Auditoría Interna Contratación adquisición de servicios 2021	2	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%
Auditoría Interna Seguimiento periódico a la contratación y supervisión de bienes y servicios 2023-1	4	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%
Auditoría Interna Seguimiento periódico a la contratación y supervisión de bienes y servicios 2023-2	3	SI	6	0	-	0	-	0	-	6	0	0.0%
Auditoría Interna Seguimiento periódico a la contratación y supervisión de bienes y servicios 2023-3	2	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%
Auditoría Interna Seguimiento periódico a la contratación y supervisión de bienes y servicios 2023-4	5	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%
Total Auditorías: 5	16	20.0%	6	0	-	0	-	0	-	6	0	0.0%

Riesgos:

Se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación:

- No generar los planes de mejoramiento, conllevan a un estancamiento en el mejoramiento continuo, en busca de mejorar las debilidades presentadas en los procesos.
- No generar los informes de supervisión con la periodicidad requerida, permite evidenciar que el control no es oportuno y veraz, poniendo en riesgo el cabal cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato.
- Posibilidad de afectación del presupuesto, por la falta de un análisis de precios más objetivo, lo que conlleva a un incremento en la compra de insumos.
- Por la no disponibilidad del contratista, para que cumpla con las obligaciones y no verificar de manera más objetiva y veraz por parte del supervisor del alcance de cada de cada una de ellas y estas se cumplan de manera parcial.
- Por no comunicar las novedades de manera oportuna, que ponen en riesgo un sobre costo y tener que pagar dietas que no fueron entregadas.
- No atender las recomendaciones de los apoyos de la supervisión, que afectan el desarrollo normal del objeto contractual.
- Por la falta de notificación formal al supervisor, poniendo en riesgo el seguimiento de las obligaciones pactadas en los contratos, que conllevarían a presuntas faltas disciplinarias y poniendo en riesgo el desarrollo del objeto contractual.

Indicadores por proceso:

- Proporción de adherencia al manual de supervisión de contratos (supervisión y/o interventoría)
- Proporción de cumplimiento del plan de compras insumos generales 2020
- Proporción de cumplimiento del plan de compras insumos generales 2021

Edificio El Sacatín – Carrera 50 Nº 44-27

Conmutador: 511 75 05

Medellín - Colombia

www.metrosalud.gov.co

- Proporción de cumplimiento del plan de compras insumos hospitalarios
- Proporción de cumplimiento del plan de compras insumos hospitalarios 2020
- Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquirido mediante compras conjuntas a través de cooperativa de ESE o compras a través de mecanismos electrónicos.

De estos indicadores el de (Proporción de adherencia al manual de supervisión de contratos (supervisión y/o interventoría), a la fecha no se le ha hecho seguimiento, ni medición, lo que muestra un avance del 0%. De igual manera, es de resaltar que no se han actualizado los demás indicadores, ya que muestran medición solo de los periodos del 2020 y 2021.

Indicadores trazadores por proceso:

Proporción de cumplimiento del plan de compras insumos hospitalarios: Tiene medición hasta el mes marzo del 2023 y de acuerdo a la ficha técnica la frecuencia de medición es mensual. Es de anotar que dicho indicador no tiene análisis del resultado obtenido.

Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general: Tiene medición hasta el mes marzo del 2023 y de acuerdo a la ficha técnica la frecuencia de medición es mensual. Si bien presenta análisis, solo se ha realizado hasta el mes de noviembre 2022.

Como recomendación y de acuerdo a la criticidad y al resultado de las evaluaciones, se hace necesario incluir el indicador del proceso (Proporción de adherencia al manual de supervisión de contratos (supervisión y/o interventoría) a un indicador trazador.

Factores críticos identificados:

- No tener una buena planeación para manejar un flujo de caja y poder adquirir a mejores precios y no sujetarse a los requerimientos del oferente, sino que el oferente se ajuste los requerimientos de la entidad.
- No tener un listado de proveedores idóneos, para invitarlos a presentar ofertas, sin correr el riesgo a declararse desierta y estar sujetos a un solo proveedor.
- Tener un estudio más amplio del mercado, cuando se tenga que hacer cambio de proveedor.
- En los informes mensuales que se entreguen como supervisores, deben relacionar todos los productos que relacionan en los estudios previos.
- No dejar evidencia de la notificación al supervisor de los contratos asignados.
- No dar a conocer al público y a los interesados, las actuaciones en el proceso de contratación, mediante las comunicaciones, notificaciones y publicaciones que ordene la ley, se corre el riesgo a la violación de los principios de publicidad y transparencia.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- La supervisión debe contar con más apoyo, que puedan hacer visitas más periódicas y en tiempo oportuno, ya que se generan informe por parte del contratista y el apoyo de la supervisión no puede estar presente.
- Atender las recomendaciones de los supervisores de manera oportuna, para evitar posibles afectaciones y el incumplimiento al objeto del contrato.
- Generar informe (Bitácora) de las vistas que realiza el día a día, que se evidencie el seguimiento oportuno por parte de la supervisión.
- Presentar los planes de mejoramiento como resultado de las auditorias que ayuden al mejoramiento continuo.

Dentro de las recomendaciones a resaltar, como resultado de las evaluaciones realizadas, es tener en cuenta en cada actuación del proceso de contratación, el cumplimiento de los principios de la gestión administrativa, los cuales están plasmados en la constitución y la Ley, que permitan que toda gestión que realice la entidad este basada en la RESPONSABILIDAD, CELERIDAD, TRANSPARENCIA Y ECONOMIA, por parte de los responsables del proceso y evitar posibles hallazgos administrativos con algunas incidencias ya sea disciplinaria o fiscal.


8. FECHA: 19 de enero 2024

9. FIRMA:



Diego León Puerta Villegas - Auditor Control Interno y Evaluación Contratista

7.3.4 Gestión Logística

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metrosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión logística		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Administrar los bienes y servicios de la ESE METROSALUD de manera eficiente, eficaz y pertinente con el fin de minimizar los riesgos relacionados con el ambiente físico y responder satisfactoriamente a las necesidades de los clientes internos y externos.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	33%	95%	Como resultado de las auditorías realizadas (12) durante los periodos del 2019 al 2023, solos cuatro (4) presentaron plan de mejoramiento, equivalente al 33%, lo que muestra un nivel bajo de cumplimiento de acuerdo lo requerido por la Oficina de Control Interno de Evaluación. Cabe resaltar que se le ha hecho seguimiento a dos planes, donde uno muestra un avance parcial del 75 % y el otro no ha cumplido con las acciones de mejora.

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: De las doce (12) auditorías realizadas, si bien todas generaron oportunidades de mejora para un total de cuarenta (46), a la fecha solo presentaron cuatro (4) planes de mejoramiento, equivalente al 33% como se muestra en la siguiente tabla. Sin embargo, se le ha hecho seguimiento a dos (2) planes de mejoramiento, donde la auditoría del 2019 muestra un cumplimiento parcial del 75%, mientras que la auditoría de control de inventario de bienes muebles e inmuebles 2021, se realizó seguimiento en el mes de junio del año 2022, mostrando un avance del 0%.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión logística

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica			
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Auditoría Interna Procedimiento Control del inventario de bienes muebles e inmuebles 2019	4	SI	4	0	0.0%	3	75.0%	1	25.0%	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Procedimiento Control del inventario de bienes muebles e inmuebles 2020	10	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Contrato de intermediación de Seguros y Riesgos Laborales 2020	4	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Procedimiento Control de Inventarios Bienes de Consumo - Instructivo Legalización	5	SI	20	0	-	0	-	0	-	20	0	0.0%	
Auditoría Interna Condiciones de Seguridad Física y Ambientales de los servicios de urgencias 2021	3	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Mantenimiento de Bienes – Equipos Biomédicos 2021	5	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Procedimiento Control del inventario de bienes muebles e inmuebles 2021	4	SI	10	0	0.0%	0	0.0%	10	100.0%	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Mantenimiento de Bienes – Equipos Biomédicos 2022	2	SI	6	0	-	0	-	0	-	6	0	0.0%	
Auditoría Interna Procedimiento Control de Inventarios Bienes de Consumo - Instructivo Legalización	1	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Gestión de Bienes Muebles, Traslados y Reintegros 2022	1	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Aseguramiento de bienes muebles 2022	4	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%	
Auditoría Interna Procedimiento Control del inventario de bienes muebles e inmuebles 2023	3	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0.0%	
Total Auditorías: 12	46	33.3%	40	0	0.0%	3	21.4%	11	78.6%	26	0	0.0%	

Riesgos:

Se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación:

Indicadores por proceso:

- Proporción de residuos peligrosos generados ese MetroSalud.
- Proporción de cumplimiento de especificaciones técnicas del producto.
- Proporción de cumplimientos de requerimientos de 5s (limpieza, orden y aseo) ESE METROSALUD.
- Proporción adherencia al manejo de residuos hospitalarios.
- Proporción de ejecución del mantenimiento preventivo de la infraestructura 2020.
- Proporción de ejecución del mantenimiento preventivo de equipos biomédicos y dotación hospitalaria.
- Proporción de solicitudes de mantenimiento correctivo de equipos biomédicos cerradas en los primeros ocho días.
- Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general.
- Oportunidad en el mantenimiento correctivo de la infraestructura según prioridad establecida.
- Oportunidad en el mantenimiento correctivo de la infraestructura según prioridad establecida 2021.
- Proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad y privacidad del ambiente físico_metrosalud.
- Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimiento de ambiente físico.

- Proporción de cumplimiento del plan de mantenimiento de equipos biomédicos.
- Índice de frecuencia de accidentes laborales asociados a condiciones del ambiente físico ese MetroSalud.
- Proporción de obsolescencia de tecnología biomédica.

De estos indicadores el de (Índice de frecuencia de accidentes laborales asociados a condiciones del ambiente físico ese Metrosalud), a la fecha no se le ha hecho seguimiento ni medición, lo que muestra un avance del 0%, otros si bien muestran medición no presenta el análisis de dicho resultado. Igualmente, que no se han actualizado algunos indicadores, ya que muestran medición para los periodos del 2020 y 2021.

Indicadores trazadores por proceso:

- Proporción de clientes internos satisfechos con la respuesta oportuna a requerimiento de ambiente físico.
- Proporción de cumplimiento de implementación del programa institucional de gestión ambiental (PIGA)-metrosalud.
- Proporción de residuos ordinarios generados metrosalud
- Proporción de residuos peligrosos generados ese metrosalud
- Proporción de residuos reciclables generados metrosalud
- Proporción de usuarios satisfechos con la limpieza, tranquilidad y privacidad del ambiente físico_metrosalud.
- Rotación en días del inventario de todas las bodegas de insumos hospitalarios y generales de almacén general.

De estos indicadores, algunos no son analizados y otros con la frecuencia requerida, según el resultado, ya que se evidencia solo hasta diciembre 2022.

De igual manera, se recomienda de acuerdo a la criticidad y como resultado de las evaluaciones, tener en cuenta algunos indicadores del proceso en trazadores.

Factores críticos identificados:

- Desconocimiento de los proceso que hacen que no se cumplan por parte de los responsables
- Falta de capacitación o reinducción y verificar la efectividad de la misma
- Falta de personal que hacen que los proceso no se cumplan
- Bienes muebles que no tienen responsable de su custodia
- Incertidumbre de la ubicación de los bienes muebles
- Demora en la legalización los bienes muebles por traslado o retiro de personal

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Realizar una buena planeación para mantener los recursos necesarios (flujo de caja), que permita que se cumpla con los cronogramas de las tareas en los tiempos establecidos para el mantenimiento correctivo preventivos de los bienes muebles e inmuebles.
- Reportar las salidas, retiros y traslados, dentro del mes que se generó la novedad como un control contable, tal como está establecido en la política contable, para que el inventario este actualizado y queden cubiertos en el aseguramiento.
- Contar con el personal necesario para el cumplimiento los procesos misionales y de apoyo.
- Retroalimentación permanente (capacitación y reinducción), para los responsables de los procesos para que estos se ejecuten a cabalidad.
- Garantizar que se realicen las revisiones permanentes en los almacenes y centro de distribución de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de Control de Inventarios; logrando un mayor control de los inventarios de insumos hospitalarios y generales para evitar deterioro y pérdida, conservándolos en óptimas condiciones.
- Garantizar el inventario real y su ingreso al aplicativo Safix de los insumos entregados por donación y por dotación de la ARL, tanto en el Almacén Central como en cada Unidad Hospitalaria y Centro de Salud de la ESE.
- Garantizar la trazabilidad del proceso de la donación, desde la intención por parte del donante hasta el destino el despacho final, garantizando los movimientos en el sistema de inventarios y adecuado almacenamiento y custodia.
- Formular un plan de renovación de equipos biomédicos en la ESE con su respectivo presupuesto con el fin de garantizar el requerimiento de estos que cumplan los estándares de habilitación de acuerdo a la norma vigente.
- Reintegrar de manera oportuna de los almacenes y "bodegas" de las sedes hospitalarias equipos obsoletos o que no se utilizan hacia la bodega central de la ESE.
- Garantizar el seguimiento permanente a los equipos de autoclaves y demás que desempeñan estas funciones en las unidades de atención con el fin de evaluar su funcionamiento y estado de controles biológicos.
- Ajustar el procedimiento de control de inventario de bienes muebles,
- Es preciso que se le dé un manejo juicioso por parte de la empresa a todo el tema de bienes: traslados y reintegros.
- Se deben depurar, organizar todos los espacios "bodegas" que se tienen en los centros de salud con bienes.


8. FECHA: 19 de enero 2024

9. FIRMA:



Diego León Puerta Villegas - Auditor Control Interno y Evaluación Contratista

7.3.5 Gestión Jurídica

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Gestión Jurídica		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Asegurar que las actuaciones de la entidad se enmarquen y soporten dentro de los parámetros legales, con el fin de ejercer la defensa de los intereses judiciales y extrajudiciales de la ESE Metsosalud de manera eficiente, eficaz y oportuna.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
<p>Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado</p>	<p>Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Gestión Jurídica</p>	<p>50%</p>	<p>95%</p>	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de dos (2) auditorías en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo al resultado del indicador, se ha formulado solo un (1) plan de mejoramiento para las auditorías realizadas, lo que equivale a un cumplimiento del 50%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel BAJO de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento: Frente a la gestión de los planes y al cumplimiento de las acciones de mejoramiento se adjunta la tabla 1, en la cual se evidencia de acuerdo al seguimiento que no se ha cerrado ninguna oportunidad de mejoramiento de las 15 formuladas de la auditoría del año 2021, lo que califica para un nivel bajo de cumplimiento en la gestión de los planes teniendo en cuenta que corresponden a auditorías realizadas hace más de dos años.

Es importante anotar que no se han reportado por parte de la dependencia evaluada a la Oficina de Control Interno, ni el plan de mejoramiento pendiente de la auditoría del año 2019, ni los seguimientos realizados al plan formulado de acuerdo a la actual metodología institucional de mejoramiento.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión Jurídica

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica			
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Auditoría Interna Proceso de Gestión Jurídica 2019	4	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%	
Auditoría Interna Proceso de Gestión Jurídica 2021	4	SI	15	0	-	0	-	0	-	15	0	0,0%	
Total Auditorías: 2	8	50,0%	15	0	-	0	-	0	-	15	0	0,0%	

Riesgos:

Se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación de acuerdo a las evaluaciones de los años 2019 y 2021:

- Posibles fallas e inconsistencias al momento de generar los pagos de condenas judiciales, en la oportunidad en el cumplimiento de términos y en general a la trazabilidad de la gestión de los procesos que actualmente se adelantan debido al procesamiento manual de la información de la gestión jurídica.

Riesgos materializados: De acuerdo al informe de Auditoría Proceso Gestión Jurídica – Cumplimiento de términos procesales 2021, se evidenció la materialización del riesgo de **Inoportunidad en el cumplimiento de los términos procesales y extraprocesales por parte de la Oficina Asesora Jurídica**, esto a pesar que en la matriz de riesgos se ubica este en una zona baja y se establecieron los controles para evitar la materialización del riesgo.

Además se menciona en el informe, que se realizó una prueba sobre los controles existentes frente a este riesgo, en la cual se pudo evidenciar que los controles son de tipo defectivos y correctivos, ninguno es preventivo, no se cuenta con ningún grado de automatización siendo todos manuales y no se aplican de manera permanente durante el proceso.

Indicadores:

Al evaluar los indicadores trazadores del proceso se evidencia:

- Se tienen formulados un total de siete indicadores: Proporción del valor pagado de las pretensiones, proporción de peticiones tramitadas oportunamente, proporción de procesos judiciales tramitados oportunamente, proporción de procesos sancionatorios tramitados oportunamente, proporción de requerimientos jurídicos tramitados oportunamente, proporción de requerimientos jurídicos tramitados oportunamente, proporción de tutelas tramitadas oportunamente; se evidencia solo la medición al mes de diciembre de 2022, no se encontró en el aplicativo almera

en el módulo definido la información correspondiente al año 2023, ni en las presentaciones del plan de acción institucional.

Factores críticos identificados:

- El bajo nivel de cumplimiento en la formulación y la gestión de los planes de mejoramiento, así como de las acciones para intervenir los informes de auditoría realizados por la Oficina de Control Interno, no se han reportado por parte de la Oficina Jurídica el cierre de las oportunidades de mejoramiento del plan formulado en el año 2022, ni la formulación del plan de la auditoría correspondiente al año 2019.
- Materialización de riesgos del proceso de Gestión Jurídica y las deficiencias en los controles formulados.
- Incumplimiento de la oportunidad de los registros de la información (mediciones, seguimiento, análisis de resultados) de los indicadores del proceso en el aplicativo Almera de acuerdo a las funcionalidades del módulo, condición también notificada en el informe de auditoría del año 2021.

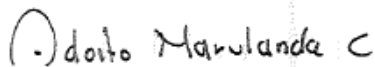
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso de apoyo de Gestión Jurídica, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Asegurar que las actuaciones de la entidad se enmarquen y soporten dentro de los parámetros legales, con el fin de ejercer la defensa de los intereses judiciales y extrajudiciales de la ESE Metrosalud de manera eficiente, eficaz y oportuna:

- Garantizar la sistematización de la información, evitando así el procesamiento manual de la misma, lo que puede generar fallas en la oportunidad en el cumplimiento de términos y en general de la trazabilidad de la gestión de los procesos que actualmente se adelantan en la Oficina Asesora Jurídica.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la formulación de los planes de mejoramiento productos de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, así como la garantía y reporte del seguimiento al cumplimiento de acuerdo de las acciones formuladas, según a lo establecido en la metodología institucional de mejoramiento continuo.


8. FECHA: Enero 18/2024

9. FIRMA:



Adolfo Marulanda Calle - Auditor Control Interno y Evaluación

7.3.6 Gestión Sistemas de Información

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión Sistema de Información		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Generar información confiable y oportuna de cada proceso mediante el uso de tecnologías de información y comunicación, con el fin de soportar la toma de decisiones y la correcta operación del sistema de gestión organizacional.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	0%	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control interno ha realizado un total de una auditoría en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo con el resultado del indicador, no se ha formulado plan de mejoramiento para la auditoría realizada, lo que equivale a un cumplimiento del 0%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel bajo de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento:

Frente a la gestión del plan de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual no se identifican avances en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la no evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión Sistema de Información

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento							Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica	N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°		
Proceso Gestión Sistemas de Información componente seguridad de la información 2023	9	NO	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%
Total Auditorías: 1	9	0,0%	0	0	-	0	-	0	-	0	0	0,0%

Se evidencia de acuerdo a la información, cero oportunidades de mejoramiento cerradas, lo cual corresponde al 0%.

Riesgos:

Según la auditoría realizada en 2023, se identifican los siguientes aspectos relacionados con los riesgos y controles para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación:

- El consolidado de la evaluación de la eficiencia de los controles de estos riesgos, 17 en total, identifica que el 71% de ellos se encuentra en un nivel medio de eficiencia lo cual implica que deben ser mejorados en el diseño y /o la implementación, el 24% presenta un nivel bajo de eficiencia lo cual implica que deben ser mejorados. Solo uno de ellos tiene un nivel adecuado.
- Se identifican dos controles documentados en dos procedimientos que no hacen parte del mapa de riesgos del proceso gestión de la información. Los cuales igualmente fueron evaluados en su eficiencia, localizándose en un nivel medio.
- En general se identifica un incumplimiento a los lineamientos de la gestión de riesgos de acuerdo con los parámetros aplicables tanto normativos como institucionales, adicional que no hay una identificación explícita de los riesgos y controles a la seguridad de la información lo cual incrementa la vulnerabilidad de la Entidad.

Indicadores trazadores:

Para la vigencia 2023 se tienen formulados en el aplicativo Almera un total de dos indicadores trazadores asociados al proceso.

De los dos indicadores, a la fecha de elaboración del informe, a ninguno se le observa el resultado consolidado anualizado correspondiente a la vigencia 2023 en el aplicativo Almera: Proporción de requerimientos del sistema de información con respuesta oportuna, Proporción de satisfacción del cliente interno con el sistema de información, equivalente al 100%.

Al evaluar los indicadores se evidencia:

- Proporción de requerimientos del sistema de información con respuesta oportuna: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para las vigencias 2023 y 2022. Los últimos resultados registrados corresponden a los primeros tres bimestres de la vigencia 2022, cuyo promedio es de 82,1%, el cual se encuentra por debajo de la meta institucional (mayor o igual a 95,0%). Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye la mención de algunas causas y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.
- Proporción de satisfacción del cliente interno con el sistema de información: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para las vigencias 2023 y 2022. La última medición

registrada es de 95,9%, correspondiente al primer semestre de la vigencia 2022, el cual se encuentra dentro del rango de cumplimiento de la meta institucional (mayor o igual a 95,0%). Se evidencia registro del análisis del indicador que incluye la mención de algunas causas y acciones de mejoramiento por parte del profesional responsable según la ficha técnica.

Factores críticos identificados:

- Inoportunidad en la formulación de los planes de mejoramiento por parte del líder del proceso.
- Incumplimiento a los lineamientos de la gestión de riesgos de acuerdo con los parámetros aplicables tanto normativos como institucionales, adicional que no hay una identificación explícita de los riesgos y controles a la seguridad de la información lo cual incrementa la vulnerabilidad de la Entidad
- Incumplimiento en el registro oportuno de los resultados de indicadores claves del proceso, relacionados con la respuesta oportuna de requerimientos del sistema de información y la satisfacción del cliente interno con el sistema de información.
- La no formulación de los respectivos planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, ya que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones, y la designación de los responsables pertinentes para su real cumplimiento.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Gestión Sistema de Información, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Generar información confiable y oportuna de cada proceso mediante el uso de tecnologías de información y comunicación, con el fin de soportar la toma de decisiones y la correcta operación del sistema de gestión organizacional..

- Revisar el mapa de riesgos del proceso y definir controles efectivos para mitigar o reducir los riesgos identificados, haciendo especial énfasis en el aspecto relacionado con la identificación explícita de los riesgos y controles a la seguridad de la información con el fin de reducir la vulnerabilidad de la Entidad.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la ejecución de los planes de mejoramiento, priorizando de acuerdo a la metodología institucional las oportunidades de mejoramiento para su intervención.
- Asegurar el registro oportuno de las mediciones de todos los indicadores trazadores asociados al proceso Gestión Sistema de Información.
- Realizar el análisis de los resultados de los indicadores de acuerdo con la metodología sugerida en el documento institucional Manual para la construcción y análisis de indicadores, PE02 MA 45, versión 02 de 2022.
- Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.


8. FECHA: Enero 22 de 2024

9. FIRMA:



Hector Vallejo Velasquez - Auditor Control Interno y Evaluación

7.3.7 Gestión Documental

 EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACIÓN				
1. ENTIDAD: ESE Metsosalud		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión Documental		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Organizar, proteger y preservar la memoria institucional contenida en los diferentes tipos de documentos para garantizar la integridad de la información, en concordancia con la normativa vigente y con el Sistema Integrado de Gestión.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS			
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. META (%)	5.4. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Monitorear el cumplimiento de los lineamientos institucionales para la elaboración de planes de mejora a las auditorías realizadas en el período evaluado	Proporción de Auditorías con Plan de Mejoramiento Formulado - Proceso	100%	95%	<p>Para el proceso evaluado, la Oficina de Control Interno ha realizado un total de dos auditorías en el periodo 2019-2023.</p> <p>De acuerdo con el resultado del indicador, se ha formulado plan de mejoramiento para las dos auditorías realizadas, lo que equivale a un cumplimiento del 100%, para una meta del 95% de acuerdo a la ficha técnica, lo que lo clasifica en un nivel alto de cumplimiento.</p>

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Gestión de los planes de mejoramiento:

Frente a la gestión del plan de mejoramiento y al cumplimiento de las acciones formuladas se adjunta la tabla 1, en la cual se identifican avances poco significativos en el cierre de las oportunidades de mejoramiento, así como de la evidencia de su efectividad e impacto en el logro de los objetivos institucionales y de su aporte al mejoramiento continuo en la ESE.

Tabla 1. Gestión de los planes de mejoramiento Proceso Gestión Documental

Nombre de la Auditoría	N° Oportunidades de Mejoramiento	Cuenta con Plan de Mejoramiento	N° Acciones de Mejoramiento	Estado del Cumplimiento de las Acciones de Mejoramiento								Oportunidades de Mejoramiento Cerradas	
				Cumplimiento Total		Cumplimiento Parcial		Sin Cumplimiento		No Aplica		N°	%
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Auditoría Interna Gestión Documental 2019	7	SI	16	5	31,3%	6	37,5%	5	31,3%	0	2	28,6%	
Auditoría Interna Manejo de Archivo Clínico 2021	3	SI	7	0	0,0%	0	0,0%	7	100,0%	0	0	0,0%	
Total Auditorías: 2	10	100,0%	23	5	21,7%	6	26,1%	12	52,2%	0	2	20,0%	

Fuente: Consolidado auditorías con enfoque en riesgos 2019- 2023

De las 23 acciones de mejoramiento formuladas en el plan de mejoramiento del proceso, se reportan cinco con cumplimiento total correspondientes al 21,7%, se reportan seis acciones con cumplimiento parcial equivalente al 26,1%, se reportan 12 sin cumplimiento, lo que equivale al 52,2%, y se evidencia de acuerdo a la información dos de las diez oportunidades de mejoramiento cerradas, lo cual corresponde al 20,0%.

Riesgos:

Según las evaluaciones realizadas, se identifican los siguientes riesgos para el proceso por parte de los equipos de auditoría de la Oficina de Control Interno y Evaluación:

- Con la auditoría al proceso Gestión Documental 2019, se concluye que el riesgo “Espacios físicos insuficientes e inadecuados para la conservación de los documentos físicos generando deterioro o pérdida” continúa en Riesgo Muy Alto, dado que no se tienen implementados mecanismos de control, no se conoce ni implementa adecuadamente los procedimientos Preservación de Documentos y Transferencia de Documentos, no se realiza seguimiento a la implementación de los Instrumentos Archivísticos, y no se tienen directrices claras para la gestión de las historias clínicas físicas y documentos asociados.
- Con la auditoría al manejo de archivo clínico 2021: se identificó que, frente al archivo clínico como tal, la empresa no tiene identificados riesgos. Los riesgos que se encuentran identificados están relacionados puntualmente con el tema de la Historia Clínica. Se verifica que fácilmente los riesgos identificados previos a la evaluación se han materializado, pues ya la entidad ha tenido demandas que se han perdido por falta de la historia clínica

Indicadores:

Para la vigencia 2023 se tienen formulados en el aplicativo Almera un total de tres indicadores trazadores asociados al proceso.

De los tres indicadores, a la fecha de elaboración del informe, a ninguno se le observa el resultado consolidado anualizado correspondiente a la vigencia 2023 en el aplicativo Almera: Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso de gestión documental, Proporción de documentos administrativos custodiados entregados oportunamente, Proporción de pérdida o deterioro de documentos custodiados en el archivo central, equivalente al 100%.

Al evaluar los indicadores se evidencia:

- Proporción de clientes internos satisfechos con el proceso de gestión documental: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para las vigencias 2023, 2022 y 2021.

- Proporción de documentos administrativos custodiados entregados oportunamente: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para las vigencias 2023, 2022 y 2021.
- Proporción de pérdida o deterioro de documentos custodiados en el archivo central: A la fecha de elaboración del informe, no se encuentra registro del resultado consolidado anualizado para las vigencias 2023, 2022 y 2021.

Factores críticos identificados:

- Las deficiencias en la identificación completa de los riesgos y la formulación de los controles del proceso de acuerdo con los parámetros aplicables tanto normativos como institucionales.
- El incumplimiento en el registro oportuno de los resultados de indicadores claves del proceso, relacionados con la satisfacción de los clientes internos con el proceso de gestión documental, la entrega oportuna de documentos administrativos custodiados, y la pérdida o deterioro de documentos custodiados en el archivo central.
- Las deficiencias en ejecución y seguimiento de las intervenciones de las oportunidades de mejoramiento, afectan la prestación de los servicios de salud, así como los objetivos estratégicos de la ESE.
- La no formulación de los respectivos planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico, lo cual dificulta su gestión, ya que no se puede realizar de manera eficaz el seguimiento y evaluación de las acciones, y la designación de los responsables pertinentes para su real cumplimiento.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

De acuerdo a la revisión realizada para dar cumplimiento a la evaluación por dependencias del proceso misional de Gestión Documental, desde el equipo de la Oficina de Control Interno se realizan las siguientes recomendaciones con el fin de garantizar el objetivo de: Organizar, proteger y preservar la memoria institucional contenida en los diferentes tipos de documentos para garantizar la integridad de la información, en concordancia con la normativa vigente y con el Sistema Integrado de Gestión.

- Revisar el mapa de riesgos del proceso y definir controles efectivos para mitigar o reducir los riesgos identificados, haciendo especial énfasis en el aspecto relacionado con la identificación explícita de los riesgos y controles en el archivo clínico.
- Garantizar la oportunidad y efectividad en la ejecución de los planes de mejoramiento, priorizando de acuerdo a la metodología institucional las oportunidades de mejoramiento para su intervención.
- Asegurar el registro oportuno de las mediciones de todos los indicadores trazadores asociados al proceso Gestión Documental.
- Realizar el análisis de los resultados de los indicadores de acuerdo con la metodología sugerida en el documento institucional "Manual para la construcción y análisis de indicadores, PE02 MA 45, versión 02 de 2022".
- Asegurar por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Desarrollo Organizacional el ingreso y la gestión de los planes de mejoramiento en el aplicativo Almera, de acuerdo a las funcionalidades del módulo específico.

8. FECHA: Enero 22 de 2024

9. FIRMA:



Hector Vallejo Velasquez - Auditor Control Interno y Evaluación

Aprobación:

Informe Elaborado por	Equipo de trabajo - Profesionales Especializados Oficina de Control Interno y Evaluación
Informe Aprobado por	Gloria Patricia Isaza Orduz – Jefe Oficina de Control Interno y Evaluación
Fecha de aprobación del informe	02/02/2024