



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
D. Leonel Hernández de los Ríos
de la Cruz S.M.E.S.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

Fecha:	Septiembre – octubre 2022.
Proceso Auditado:	Gestión del Riesgo - Implementación Rutas Integrales de Atención en Salud.
Responsable del Proceso:	Dra. Ana Margaret Raba – Referente. Dra. Marcela Franco.
Audidores:	María de la Cruz Terán Álvarez.

OBJETIVO:	<p>Evaluar el grado de avance en la implementación de las RIAS priorizadas, con corte a primer semestre 2022, así como la adherencia a procedimientos y lineamientos establecidos para su aplicación, mediante la validación de documentos y registros generados de la atención a los usuarios que hacen parte de cada una de estas rutas, a fin de generar una alerta sobre fortalezas y debilidades detectadas, que orienten al proceso sobre la toma de acciones correctivas y logro de las metas propuestas.</p>
ALCANCE:	<p>Desde la evaluación al grado de avance de la entidad frente a la Implementación de las Rutas Integrales de Atención de Atención en Salud, teniendo en cuenta la meta establecida en Plan Operativo Anual 2022, <i>“Avanzar en un 50% la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, priorizadas por la entidad conforme al modelo de atención en salud”</i>, (ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, salud mental, cerebro vascular y nutrición). 2. Hasta la verificación al cumplimiento por parte de los procesos frente a la calidad y adherencia a los procedimientos y lineamientos establecidos para el desarrollo de las mismas, direccionado específicamente a la línea de Gestión del Riesgo Individual P y D, con corte al primer semestre 2022</p>
CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:	<ul style="list-style-type: none">• Ley Estatutaria de salud 2015: En el caso de mujeres en estado de embarazo se adoptarán medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud que requieran durante el embarazo y con posterioridad al mismo y para garantizar que puedan ejercer sus derechos fundamentales en el marco del acceso a servicios de salud.• Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS – Se adopta un grupo de rutas integrales de atención en salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de la política de atención integral en salud PAIS.• Resolución 3280 de 2018: Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud, para la población Materno Perinatal y se establecen directrices para su operación.• Ley 100 Sistema General de Seguridad 1993: Por medio del cual se crea el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.• Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.• Resolución 3100 de 2019: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores.



EJECUCIÓN

El desarrollo de la auditoría se inicia con la revisión de la documentación que el componente tiene publicada en la intranet, estudio de lineamientos normativos correspondientes, análisis de la documentación solicitada y aportada por el proceso.

HALLAZGOS

CONSIDERACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL SOBRE ASPECTOS EVALUADOS ACORDE AL ACTA DE APERTURA:

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO PUBLICADA EN LA INTRANET

Proceso Gestión del Riesgo – Subproceso Gestión del Riesgo Individual, cuenta en la intranet con la publicación de documentos y procedimientos para la línea de intervención RIA – Rutas Integrales de Atención, entre estos documentos se encuentran: Ruta de Atención Cardiocerebro Vascular y metabólica y respiratoria, Ruta de Promoción y Mantenimiento de salud y ficha operativa, Ruta Materno Perinatal y ficha operativa, Ruta Integral en Salud Mental y ficha operativa Salud Mental.

Otro documento (9)

- GR-PYD-GDP-OD-02 RUTA DE ATENCION CARDIO CEREBRO VASCULAR METABOLICA Y RESPIRATORIA (V 1.0)
- GR-PYD-GDP-OD-03 FICHA OPERATIVA RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO (V 1.0)
- GR-PYD-GDP-OD-04 FICHA OPERATIVA SALUD MENTAL (V 1.0)
- GR-PYD-GDP-OD-05 FICHA OPERATIVA SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS (V 1.0)

Documentación

Expandir Contraer

Buscar documento/registro

- Documentación
 - Documentos asociados (2)
 - Otro documento (1)
 - GRS-PYD-SME-OD-01 MUJERES GESTANTES CON RIESGO PSICOSOCIAL Y DE SALUD MENTAL (V 1.0)
 - Procedimiento (1)
 - GRS-PYD-SME-PR-01 RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL (V 3.0)

OBSERVACIONES DE CONTROL INTERNO: Los documentos y procedimientos publicados, fueron utilizados para consulta de la presente auditoría y se evidenció que se encuentran alineados a la normatividad vigente.

FICHA DEL INDICADOR POA 2022 "NÚMERO DE ACCIONES EJECUTADAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS RIAs PRIORIZADAS EN EL PERIODO/TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTAS PRIORIZADAS EN EL PERIODO OBJETO DE EVALUACIÓN *100".



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

PACTO EN EL DR SALUD DE DTA	1. Consolidar el Modelo de Atención Integral en Red, garantizando la Prestación de Servicios Integrales de Salud, con enfoque en la Gestión de Riesgos, Servicios Humanizados, Accesibles y Oportunos, impactando positivamente las condiciones de Salud de nuestros Usuarios, Familia y Comunidad.	Mejorar el estado de Salud de la población Objeto de la RISS.	Avanzar en la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud Priorizadas por la entidad conforme al modelo de atención en salud.	2	Avanzar en un 50% la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud Priorizadas por la entidad conforme al modelo de atención en salud.	1. Implementación progresiva de las rutas de acuerdo a lineamientos SDS con apoyo de convenios interadministrativos SDS -Promoción y Mantenimiento de la Salud. -Materno Perinatal -Cardio cerebro Vascular y Metabólica. -Salud Mental. 2. Seguimiento y evaluación de los Hitos de las RIAS.	Porcentaje de avance en la implementación de las Rutas Priorizadas en la subred sur.
-----------------------------------	---	---	---	---	--	---	--

Fuente: Plan Operativo por Proceso – vigencia 2022.

EVALUACIÓN EFECTUADA POR EL PROCESO FRENTE AL CUMPLIMIENTO DE LA META:

“De acuerdo a este marco normativo, se realizó una evaluación descriptiva a cinco elementos de análisis: Análisis territorial, Análisis demográfico, Morbi-mortalidad, Determinantes sociales de la salud, Identificación grupos de riesgos. Con base en los resultados, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, priorizó la formulación e implementación las siguientes Rutas de Atención:

Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Ruta Materna perinatal, Ruta de Riesgo Cardiovascular y metabólica, Ruta de Salud mental.

Cada Ruta Priorizada contiene los siguientes HITOS, los cuales evalúan la implementación de las mismas:

Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. (4 hitos)

Ruta Materna perinatal (5 hitos)

Ruta de Riesgo Cardiovascular y metabólica (5 hitos)

Ruta de Salud mental (5 hitos).

TOTAL: 19 HITOS

Para el I trimestre de 2022, se encuentran implementados el 100% de los mismo (19 hitos).

Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud: 4 hitos/4 hitos: 100%

Ruta Materna perinatal: 5 hitos/5 hitos: 100%

Ruta de Riesgo Cardiovascular y metabólica: 5/5 hitos: 100%.

Ruta de Salud mental: 5 hitos/ 5 hitos: 100%.

OBSERVACIONES DE CONTROL INTERNO:

- Acorde a la información aportada por el proceso se encuentra evaluación de este indicador para el primer trimestre 2022, con la relación anteriormente descrita, observándose que las rutas priorizadas dan cumplimiento sobre el 100% de los hitos establecidos.
- No se emite observación sobre el comportamiento del indicador para el segundo trimestre ya que el proceso no aportó evaluación del indicador para este periodo.
- La evaluación efectuada en el primer trimestre se realizó sobre el POA general del proceso, y no sobre la ficha del indicador, situación que no permite conocer el análisis que tiene el proceso sobre las dificultades y fortalezas que ha presentado en la implementación de las RIAS.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR DE POA 2022 GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD		may-22
PROCESO O SUBPROCESO	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	PERIODO REPORTADO
OBJETIVO DEL INDICADOR	Avanzar en un 50% la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud Priorizadas por la entidad conforme al modelo de atención en salud.	
ENTIDAD	SUBRED SUR E SE	
1. NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de avance en la implementación de las Rutas Priorizadas en la subred sur.	
2. DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	1. Implementación progresiva de las rutas de acuerdo a lineamientos SDS con apoyo de convenios interadministrativos SDS (Promoción y Mantenimiento de la Salud, -Materno Perinatal, -Cáncer Vascular y Metabólico, -Salud Mental). 2. Seguimiento y evaluación de los hitos de las RIAS.	
3. FÓRMULA (NUMERADOR)	Número de acciones ejecutadas para la implementación de las RIAS priorizadas en el periodo.	
4. FÓRMULA (DENOMINADOR)	Total de acciones programadas para la implementación de las Rutas priorizadas en el periodo objeto de evaluación.	
5. FUENTE DE LA INFORMACIÓN DEL NUMERADOR	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	
6. FUENTE DE LA INFORMACIÓN DEL DENOMINADOR	GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	
7. UNIDAD DE MEDIDA	Porcentaje	
8. TENDENCIA ESPERADA	CRECIENTE	
9. TIPO DE INDICADOR	CALEIDAD	
10. ESTÁNDAR DEL INDICADOR	50%	
11. SISTEMA NORMATIVO / REFERENCIA		
12. RESPONSABLE DEL REPORTE DEL DATO	OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN TICs - INFORMACIÓN Y ANÁLISIS INSTITUCIONAL	
13. RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL DATO	RESPONSABLES DE LA ENTREGA DE LA INFORMACIÓN	
14. PERIODICIDAD DEL REPORTE DE LOS DATOS	TRIMESTRAL	
15. PERIODICIDAD DEL ANÁLISIS DE DATOS	TRIMESTRAL	
16. LÍNEA BASE	100% Ruta Materna perinatal: 5 hitos/5 hitos: 100%	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="background-color: #90EE90; padding: 2px;">17. NIVEL SATISFACTORIO</div> <div>90,0%</div> <div style="background-color: #FF0000; padding: 2px;">18. NIVEL CRÍTICO</div> <div>60,0%</div> </div>

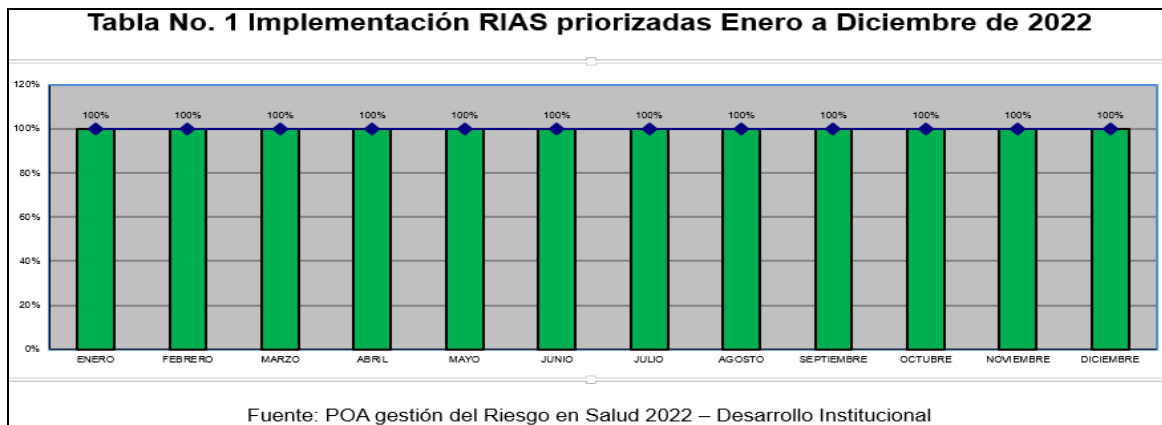
MES	META	NIVEL SATISFACTORIO	NIVEL CRÍTICO	NUMERADOR	DENOMINADOR	RESULTADO	ANÁLISIS	PLAN DE MEJORA	
								SI	NO
Enero	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Febrero	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Marzo	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Abril	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Mayo	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Junio	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Julio	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Agosto	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Septiembre	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Octubre	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Noviembre	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
Diciembre	50,0%	90,0%	60,0%	0	0	#DIV/0!			
TOTALES	50,0%	90%	60%	0%	0%	#DIV/0!			

Elaborado por: _____ Aprobado por: _____
 Cargo u objeto del contrato: _____ Cargo u objeto del contrato: _____
 Firma: _____ Firma: _____
 Fecha: _____ Fecha: _____

Ficha técnica del indicador "Avanzar en un 50% la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud Priorizadas por la entidad", sin diligenciamiento.

RESPUESTA DEL PROCESO AUDITADO FRENTE A LAS OBSERVACIONES PLANTEADAS

"La evaluación de los indicadores no se realizó sobre las fichas correspondientes, debido a que se encontraban bloqueadas y en su momento no permitieron el ingreso y ajuste de información, razón por la que se realizó de manera global sobre el POA general del proceso, sin embargo se aporta durante la reunión de cierre los soportes que dan evidencia de la evaluación efectuada para el primer y segundo trimestre y las debilidades y fortalezas que se han presentado durante el ejercicio de su implementación".



En la imagen anterior se evidencia la evaluación efectuada por el proceso a los indicadores durante la vigencia 2022 y el comportamiento de los mismos.

Respecto al análisis: Con el objetivo de poder complementar el presente informe a continuación se presenta en análisis DOFA que realizado:



FORTALEZAS:

- La implementación de las RIAS prioriza la atención primaria, salud familiar, gestión integral del riesgo de salud con una posible mejoría de los determinantes sociales, y acceso con mejores resultados en salud.
- El modelo que no es exclusivamente curativo con un enfoque en salud familiar y comunitaria, fortaleciendo la resolutivez en el componente primario, centrado en el bienestar de los individuos de las 4 localidades de afluencia la Subred.
- El Modelo de Prestación de Servicios vuelve operativo el componente primario y secundario en cuanto a nivel de atención definiendo las responsabilidades de cada uno.
- Contar con planes de implementación por cada Ruta de atención priorizada por la Subred, en el que se detallan los pasos que se deben seguir; se cuenta con indicadores de medición que permiten evaluar el avance del plan y tomar acciones de mejora.
- Se fortalece el talento humano con el fin de afianzar los conocimientos de las RIAS logrando apropiar conceptos claves que serán utilizados dentro de la operatividad de la implementación.
- La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, reconocen las actividades de las Rutas Integrales de Atención en Salud, las cuales están reglamentadas por las resoluciones 3202 de 2016, 3280 de 2018 y la ley 1751 y 1753 de 2015, prioriza la atención diferencial, e identifica los riesgos críticos y tempranos de esta población. Como compromiso, presta servicios en salud seguros y humanizados, cumpliendo con los estándares de calidad y satisfacción de los usuarios y sus familias que ayudan a fortalecer el mejoramiento continuo, la gestión interinstitucional e intersectorial y la participación comunitaria, por intermedio de talento humano altamente competente y calificado para desarrollar las actividades de atención en salud; en el marco del Convenio a coordinado e integrado las acciones misionales y corporativas que permitan un impacto social en la salud, la organización se ha adherido al nuevo modelo de atención integral, contribuyendo al mantenimiento y mejoramiento de la salud de su población. Dentro de la población diferencial se encuentra según los momentos de cursos de vida, las condiciones y situaciones (ejercicio de trabajo sexual pagado, víctimas del conflicto armado, habitante de calle, discapacidad y diversidad funcional, privación de la libertad), y los procesos de identidad-diversidad (etnias, identidad, género, orientación sexual, campesinado).
- Intervenir en la Subred Integrada de Servicios de Salud, de forma integral y oportuna, casos prioritarios por momento de vida o población de riesgo, con el fin de disminuir la probabilidad de complicaciones.
- Articulación entre Rutas Integradas de Servicios de Salud, Cohortes y equipo PIC con el fin de integrar esfuerzo en cuanto a la atención.
- Consolidación de bases de seguimiento a la población atendida, lo cual facilita la identificación, seguimiento individual y monitoreo en la atención.
- Implementación de las estrategias de consultorio dinamizador, médico familiar y sala situacional, los cuales buscan realizar una gestión del riesgo en salud.



DEBILIDADES:

- La falta de legislación para las rutas de riesgo: (A la fecha solo se encuentra reglamentadas la Ruta de Promoción y Mantenimiento y Materno perinatal), lo que genera inconvenientes, ya que no hay lineamientos técnicos y operativos y se tienen normas vigentes que difieren con lo establecido en la Resolución 3202 de 2016; por lo anterior y no contar con una normatividad clara frente a las rutas de Riesgo, se presenta inconvenientes en el proceso de contratación con las EAPB.
- Alta rotación del personal.

AMENAZAS:

- Normatividad cambiante en las políticas de salud del país.
- Normatividad vigente que desfavorece la implementación de las RIAS de riesgo que no cuentan con lineamientos técnicos y operativos de obligatorio cumplimiento,
- Posición dominante de las EAPB en las negociaciones de los contratos
- Falta concientización de la comunidad hacia la cultura de la correcta utilización de los servicios de salud.
- No hay líneas claras desde diferentes áreas de la secretaria Distrital de Salud y se da línea sin tener conocimiento de la contratación vigente con las EAPB.
- La EAPB no se realiza entrega nominal de los usuarios, para verificar las intervenciones realizadas por la RIA que corresponda.
- No hay continuidad de la población en las bases de la EAPB (movilidad de la población), lo que impacta de manera negativa las atenciones en salud de la población y lograr la adherencia de los usuarios a la Rutas.
- No completitud de la información de la base de datos (datos de ubicación de los usuarios), lo que no permite la canalización de los mismos a las RIAS.

OPORTUNIDADES:

- Convenios interadministrativos con secretaria Distrital de Salud que fortalezcan el proceso de implementación de las RIAS.

FICHA DE LOS INDICADORES ESTABLECIDOS PARA CADA UNA DE LAS RUTAS PRIORIZADAS, CON LA EVALUACIÓN DEL PROCESO FRENTE AL ALCANCE Y SOPORTES UTILIZADOS PARA ESTA EVALUACIÓN.

El desarrollo del presente informe, se ha basado en las disposiciones de la Resolución 3280 de 2018: “Los resultados del monitoreo y evaluación constituirán insumo para la toma de decisiones requeridas para garantizar la calidad de la atención en salud, determinar el impacto de las intervenciones contenidas en las rutas y el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución”.

RUTA MATERNO PERINATAL

Los cuatro Hitos que componen la Ruta Materno Perinatal son:

Hito 1: Atención Preconcepcional.

Hito 2: Interrupción voluntaria del embarazo.

Hito 3: Atención Integral Prenatal y manejo de las complicaciones.

Hito 4: Atención integral del Recién Nacido, cada hito se mide a través de indicadores.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

HITOS 1 y 2	INDICADOR	RANGO	% ALCANZADO/OBSERVACIONES
Atención Preconcepcional	Proporción de mujeres de 14 a 54 años con intención reproductiva a corto plazo que reciben atención pre concepcional.		477% ok
Interrupción voluntaria del embarazo	Proporción de mujeres de 10 a 49 años con suministro de método anticonceptivo post IVE.		100% ok
	Proporción de mujeres de 10 a 49 años que acceden a la consulta para valoración integral, orientación y asesoría frente a IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo)		100% ok
	Proporción de mujeres de 10 a 49 años en las que la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) se hacen efectivas según criterio de oportunidad (5 días después de la solicitud)		100% ok
	Proporción de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) realizados antes de la semana 15 de gestación .		100% ok
	Proporción de mujeres con menos de 10 semanas de gestación con atención de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) en el componente primario		En enero con 50%, febrero 56%, marzo 75%, para un promedio en el trimestre del 60%, para el primer trimestre, para el segundo trimestre no hay medición, dado que no se presentaron casos. Se logra cumplimiento sobre el rango establecido.
	Proporción de mujeres con asesoría en anticoncepción postparto, o postaborto o post IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) , antes del evento obstétrico antes del egreso institucional		Enero 77%, febrero 88%, marzo 98%, abril 100%, mayo 100%, junio 100%, para un promedio del 94%, para el semestre, lográndose cumplimiento sobre el rango establecido.
	Proporción de mujeres en post evento obstétrico con provisión efectiva de método anticonceptivo moderno antes del alta hospitalaria de acuerdo con criterios de elegibilidad de la OMS y decisión de la mujer		100% ok

Indicadores hitos 1 y 2 Ruta Materno Perinatal -primer semestre 2022

OBSERVACIONES: El hito 1, cuenta con indicador, en cumplimiento con el rango establecido. El Hito 2, tiene 7 indicadores, se evidencia que los siete indicadores tienen cumplimiento frente al rango establecido.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

HITO 3	INDICADOR	RANGO	% ALCANZADO/OBSERVACIONES			
Atención Integral Prenatal y manejo de las complicaciones	Porcentaje de Adherencia a los lineamientos que garanticen la integralidad en la atención para el cuidado prenatal	<table border="1"> <tr> <td>≥90 %</td> <td>89-81%</td> <td>≤80 %</td> </tr> </table>	≥90 %	89-81%	≤80 %	89% - Porcentaje alcanzado para el primer trimestre, sin evidencia de medición para el segundo trimestre/ evaluar muestra de historias clínicas auditadas. Total, historias evaluadas en el primer trimestre de 184, se recomienda establecer una muestra representativa.
	≥90 %	89-81%	≤80 %			
	Captación temprana	Gestantes inscritas (captación temprana), antes de la semana 10	Indicador sin ficha técnica, se evidencia un alcance para la semana 10 , enero 44%, febrero 46%, marzo 54%, abril 41%, mayo 52%, junio 59%, logrando un promedio para el semestre del 49%			
		Gestantes inscritas (captación temprana), antes de la semana 12	Indicador sin ficha técnica, se evidencia un alcance para la semana 12 , enero 51%, febrero 71%, marzo 74%, abril 73%, mayo 72%, junio 74%, logrando un promedio para el semestre del 69%			
	Proporción de gestantes con tamizaje para Sífilis de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica de sífilis gestacional y congénita	<table border="1"> <tr> <td>≥90 %</td> <td>89-81%</td> <td>≤80 %</td> </tr> </table>	≥90 %	89-81%	≤80 %	Frente a los tamizajes para sífilis de acuerdo a la GPC, efectuados en el I, II y III trimestre de gestación y tamizaje post parto , tenemos: Total promedio 79% enero, febrero 36%, marzo 39% y abril fue del 41%, para un alcance promedio total del 49% para los cuatro meses. No se encuentran mediciones para los meses de mayo y junio.
	≥90 %	89-81%	≤80 %			
	Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de Sífilis que recibieron tratamiento completo y oportuno según el estadio de la enfermedad	<table border="1"> <tr> <td>≥90 %</td> <td>89-81%</td> <td>≤80 %</td> </tr> </table>	≥90 %	89-81%	≤80 %	100%
	≥90 %	89-81%	≤80 %			
	Porcentaje de mujeres gestantes con diagnóstico de Sífilis cuyos contactos sexuales son tratados oportuna y adecuadamente.	<table border="1"> <tr> <td>≥90 %</td> <td>89-81%</td> <td>≤80 %</td> </tr> </table>	≥90 %	89-81%	≤80 %	100%
	≥90 %	89-81%	≤80 %			
Porcentaje de Adherencia a las actividades establecidas en los lineamientos de atención a complicaciones del embarazo, parto y puerperio	<table border="1"> <tr> <td>≥90 %</td> <td>89-81%</td> <td>≤80 %</td> </tr> </table>	≥90 %	89-81%	≤80 %	Con medición del indicador solo para el primer trimestre, con un alcance del 30% , para un total de historias clínicas revisadas de 61, encontrándose que 55 de ellas son adherentes, indicador en ajuste de muestra representativa, ya el número auditado es muy bajo.	
≥90 %	89-81%	≤80 %				
Proporción de cesáreas del total de partos de acuerdo a los criterios de Robson	<table border="1"> <tr> <td>≤40 %</td> <td>41-50%</td> <td>≥51 %</td> </tr> </table>	≤40 %	41-50%	≥51 %	Para el mes de enero tuvo un alcance de 37%, febrero 45, marzo 42, abril 39%, mayo 43%, y junio 43% para un total en el primer semestre del 41% . Este indicador en ajuste para forma de recolección de datos.	
≤40 %	41-50%	≥51 %				
Porcentaje de Adherencia a la consulta de valoración antenatal del riesgo realizada por pediatría	<table border="1"> <tr> <td>≤20 %</td> <td>10 - 8%</td> <td><8%</td> </tr> </table>	≤20 %	10 - 8%	<8%	Este indicador no tiene mediciones para el semestre, y la actividad de medición no se encuentra implementada. CONSULTA PENDIENTE POR IMPLEMENTAR.	
≤20 %	10 - 8%	<8%				
Porcentaje de Adherencia a los lineamientos de atención en salud materno perinatal garantizando	<table border="1"> <tr> <td>≥90 %</td> <td>89 - 81 %</td> <td>≤80 %</td> </tr> </table>	≥90 %	89 - 81 %	≤80 %	Acorde a la evaluación realizada por el proceso, en el primer trimestre el porcentaje de evaluación fue del	
≥90 %	89 - 81 %	≤80 %				



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

	calidad, integralidad y humanización		94% para el primer trimestre y 38% para el segundo trimestre, logrando un promedio total del 66% . Pendiente de diseño de instrumento de evaluación y definición de una muestra significativa.
	Porcentaje de gestantes procedentes de áreas endémicas y/o con factores de riesgo para la enfermedad de Chagas con tamizaje (Prueba ELISA)	≤70 % 69 - 40% ≤39 %	Indicador con medición, sin presentación de casos.
	Adherencia a controles prenatales		Este indicador no tiene ficha técnica, lo que imposibilita establecer si con los porcentajes alcanzados establecen o no el logro de la meta y contra que se está midiendo, sin embargo, se relaciona, los porcentajes alcanzados: enero 93%, febrero 93%, marzo 92%, abril 94%, mayo 93%, junio 93%, para un promedio total 93%

OBSERVACIONES: El hito 3, cuenta con 11 indicadores, de los cuales 2 presentan cumplimiento de la meta frente al rango establecido, 3 sin evidencia de medición para el segundo trimestre y en espera de establecer una muestra representativa, dos indicadores sin diseño de su ficha técnica, dos sin la implementación de su instrumento de evaluación.

RESPUESTA DEL PROCESO AUDITADO FRENTE A LAS OBSERVACIONES PLANTEADAS

Frente al incumplimiento presentado en indicadores correspondientes al hito 3, el proceso Gestión del Riesgo sustenta lo siguiente:

- Porcentaje de Adherencia a los lineamientos que garanticen la integralidad en la atención para el cuidado prenatal: “La Oficina de Calidad dando cumplimiento a la auditoria de GPC y aumentando porcentaje de confiabilidad y disminución margen de error incrementa el número de la muestra así: *II trimestre 224 historias clínicas y adherencia del 92%, para el III trimestre 221 historias clínicas y adherencia del 95% y para el IV trimestre 273 historias clínicas y una adherencia del 95%.*”
- Porcentaje de Adherencia a las actividades establecidas en los lineamientos de atención a complicaciones del embarazo, parto y puerperio: “La oficina de Calidad dando cumplimiento a la auditoria de GPC y aumentando porcentaje de confiabilidad y disminución margen de error incrementa el número de la muestra así: *II trimestre 230 historias clínicas y adherencia del 90%, para el III trimestre con 228 historias clínicas y adherencia del 90% y IV trimestre con 217 historias clínicas y de adherencia del 94%, el consolidado de la vigencia 2022 con 736 historias clínicas en total y adherencia del 91%.*”
- Proporción de cesáreas del total de partos de acuerdo a los criterios de Robson: “Dada la necesidad en el mes de septiembre del 2022 se realiza la inclusión de los criterios de Robson-cesáreas en la Historia Dinámica Gerencial en Descripción quirúrgica, con una prueba piloto en la cual se evidencia que con estos datos aún no era posible presentar la clasificación de los partos de Robson de acuerdo con el manual de aplicación de la OMS, desde el mes de diciembre del 2022 se cuenta con reporte para iniciar con la medición correspondiente”.
- Porcentaje de Adherencia a la consulta de valoración antenatal del riesgo realizada por pediatría: “La implementación de consulta antenatal se llevó a cabo a partir del mes de septiembre del 2022, ya que si bien es un intervención incluida en la Resolución 3280 de 2018, no se contaba con una línea técnica frente a la misma y para su implementación debieron ajustarse procesos internos (capacitación del personal, elaboración de historia clínica); adicionalmente, debían clarificarse



aspectos contractuales con la aseguradora y de registros de RIPS; por todo lo anteriormente nombrado solo se cuenta con esta actividad implementada para el último trimestre de 2022”.

- Porcentaje de Adherencia a los lineamientos de atención en salud materno perinatal garantizando calidad, integralidad y humanización: “Para la medición correspondiente se cuenta con instrumento de evaluación el cual provee SDS Provisión de Servicios de Salud, está pendiente definir la muestra por parte de la oficina de Calidad”.

HITO 4	INDICADOR	RANGO	% ALCANZADO/OBSERVACIONES
Atención integral del Recién Nacido	Porcentaje de Adherencia a las actividades definidas para garantizar una adecuada adaptación neonatal.	≤90 % 89 - 81% ≤80%	Este indicador no se encuentra medido.
	Proporción de Recién Nacidos con alteraciones del tamizaje para cardiopatía congénita con intervención diagnóstica antes del alta hospitalaria.	≥90 % 89- 81% ≤80%	Las mediciones de este indicador, reportan cero casos para el semestre.
	Porcentaje de Recién Nacidos con diagnóstico de asfixia perinatal moderada o severa.	≤0,5 % 89- 81% > 0,5%	Se presentaron dos casos de asfixia perital.
	Proporción de neonatos con diagnóstico de asfixia perinatal que son trasladados en las primeras seis horas de vida a una Institución Prestadora de Servicios de Salud-IPS que cuenta con oferta de hipotermia terapéutica.	≤0,5 % 89- 81% > 0,5%	Se efectuaron dos traslados dentro de las primeras seis horas.
	Proporción de recién nacidos con pruebas parasitológicas hijo de madre seropositivas para enfermedad de Chagas.	≤70 % 69 - 40% ≤39 %	Indicador medido, con cero casos presentados.
	Sífilis Congénita.		Este indicador no tiene ficha técnica, lo que imposibilita establecer si con los porcentajes alcanzados establecen o no el logro de la meta y contra que se está midiendo.

OBSERVACIONES: El hito 4, cuenta 6 indicadores, de los cuales: 3 presentan cumplimiento de la meta frente al rango establecido, 1 sin evidencia de medición y uno sin diseño de su ficha técnica.

Frente al incumplimiento presentado en indicadores correspondientes al hito 4, el proceso Gestión del Riesgo sustenta lo siguiente:

- Porcentaje de Adherencia a las actividades definidas para garantizar una adecuada adaptación neonatal: “Para la vigencia 2022 este indicador se media de manera semestral teniendo presente el histórico en la trazabilidad de los resultados de la adherencia que se mantiene sobre el 95%, a partir de junio del 2022 se inició medición por trimestre teniendo presente las indicaciones y recomendaciones por parte de SDS- Provisión de Servicios, dichos resultados están en la plataforma de Almera”.
- Sífilis Congénita: “Para la vigencia 2022 este indicador cuenta con medición en el tablero de Hitos, adicional es un indicador gerencial el cual es objeto de revisión seguimiento y medición continua”.



OBSERVACIONES FRENTE A LA CONSTRUCCIÓN DE INDICADORES, EN RELACIÓN A LA “GUÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN Y ANÁLISIS DE INDICADORES DEL DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (2009)”. Y DISPOSICIONES EMANADAS EN LA RESOLUCIÓN 3202 DE 2019 - MANUAL METODOLÓGICO PARA LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD – RIAS, PASO 6-Identificación y Caracterización de los Hitos:

“Una vez formulados los hitos de una atención en salud descrita en la RIAS, se debe realizar la identificación de los indicadores que permitan su medición y seguimiento - Para cada uno de los indicadores se debe identificar la fuente de información a través de la cual se obtendrá los datos para su medición”. Pág. 40.

CONDICIÓN: En la revisión de los hitos de la Ruta Materno Perinatal se encuentra que el hito 3, **“Atención Integral Prenatal y manejo de las complicaciones”** presenta tres indicadores sin completitud en la medición, en espera de establecer la muestra representativa, dos indicadores sin diseño de su ficha técnica y dos sin la implementación de su instrumento de evaluación.

CRITERIO: Teniendo en cuenta las directrices para la construcción de indicadores propuesta por la *“Guía para la construcción y análisis de indicadores del Departamento Nacional de planeación (2009)”*, y la guía para la construcción y análisis de Indicadores de Gestión, Versión 3. noviembre de 2015. En las que se considera que un indicador es completo cuando reúne características como: Claro, relevante, económico, medible, adecuado y sensible, por lo que se encuentra incumplimiento frente a criterios como Medibles y Adecuados, teniendo en cuenta que esta guía nos dice que un indicador es Adecuado cuando cumple con una representatividad o base suficiente para medir o estimar la dimensión del objeto de medición, como es el caso de los indicadores señalados en el cuadro anterior, que no presenta mediciones en su cumplimiento, por no contarse con una muestra representativa para la medición del indicador. De la misma manera esta guía establece que una vez definidos los indicadores, se agrupan todos los elementos en una *hoja de vida* del indicador, conocida como **Ficha Técnica**, encontrándose que el hito 3, tiene tres indicadores sin ficha técnica y el hito 4, tiene un indicador sin ficha técnica.

CAUSA:

- Desacuerdos en la forma de medición entre las partes interesadas.
- Incertidumbre frente a la toma de una muestra representativa acorde al universo y el recurso humano, con el que se cuenta para su ejecución.
- Debilidades en la infraestructura hospitalaria para la implementación de algunas actividades propuestas en los indicadores, como el caso del indicador: “Porcentaje de Adherencia a la consulta de valoración antenatal del riesgo realizada por pediatría”, en la que se tiene pendiente la implementación de dicha consulta.
- Debilidades en la adherencia a las Guías de Práctica Clínica, por parte de los profesionales y especialistas responsables de la ejecución de las actividades propuestas en los indicadores.

EFECTO:

- El avance obtenido en la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud, para la vigencia 2022, no esté acorde al propuesto en el Plan Operativo Anual.
- Pérdida reputacional para entidad, debido al incumplimiento de indicadores trazadores.
- Desproporción entre la población cubierta con las actividades preventivas y la población asignada.
- Afectación económica por el no cubrimiento porcentual acordado con la EAPB, sobre la población asignada mensualmente.



Observaciones de Control interno: Teniendo en cuenta que algunos indicadores de los hitos 3 y 4 se encuentran en fase de diseño e implementación, la oficina de Control Interno hará el seguimiento al avance de estos, en la vigencia 2023 mediante la ficha técnica de los mismos, las cuales se encuentran en el sistema Almera y en su defecto mediante solicitud al proceso de la información que de evidencia del avance o dificultades presentadas.

OBSERVACIONES DE CONTROL INTERNO FRENTE AL CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR “PROPORCIÓN DE GESTANTES CON TAMIZAJE PARA SÍFILIS DE ACUERDO A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA” – HITO 3:

CONDICIÓN: El proceso efectúa medición de los indicadores establecidos para cada uno de los *Hitos de la Ruta Materno Perinatal* y aporta para la auditoría los soportes requeridos, encontrándose que el indicador arriba relacionado, presenta porcentaje de cumplimiento por debajo del rango esperado, en tres de los cuatro meses en los que realizó evaluación del comportamiento de este indicador.

CRITERIO: Para la medición de este indicador, se establece un rango mayor o igual al 90%, tomando como numerador: El número de gestantes con tamizaje para Sífilis en cada trimestre del embarazo.

CAUSA:

- Posible desconocimiento por parte de los profesionales sobre la existencia de este indicador en la Ruta Materno Perinatal y cuál es su porcentaje de cumplimiento.
- Debilidades en el seguimiento efectuado a las maternas durante su control prenatal.
- Falta de adherencia a las Guías de Práctica Clínica.
- Alta rotación de los profesionales de la salud, especialmente de los servicios de urgencias, hospitalización y unidades de consulta externa.
- Pérdida de gestantes por el cambio frecuente de residencia y localidades.
- Alta población extranjera, con frecuente entrada y salida del país.
- Debilidades en el control y seguimiento a tamizajes sífilis post parto.

EFEECTO:

- Pérdida del control en la proporción de casos de Sífilis Gestacional y Congénita.
- Mayor número de gestantes y parejas sin administración oportuna de tratamiento.
- Posibilidad de incremento en casos de Sífilis Congénita.
- Pérdida reputacional para entidad, debido al incumplimiento de indicadores trazadores.

Observaciones de Control Interno: Este indicador fue analizado en la auditoría de Sífilis Gestacional y Congénita y el incumplimiento que se presenta al rango establecido quedó dentro de los hallazgos formulados en esta auditoría. El proceso incluyó en el plan de mejora las acciones correctivas con las busca el incremento gradual del indicador.

RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SALUD DE LA SALUD

De acuerdo a los establecido en la resolución 3280 de 2018, el tablero de mando de la ruta de promoción y mantenimiento, contiene 149 indicadores, acorde a la clasificación establecida en esta resolución: Indicadores de resultados en salud e indicadores de gestión para la atención integral en salud, estos indicadores están contenidos en los hitos establecidos para la implementación y avance de la RPMS, a través del presente informe se muestra el comportamiento de los indicadores correspondiente a los cuatro hitos de la RPMS: Valoración integral del riesgo, protección específica, detección temprana y educación en salud, que son en total 129 indicadores.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

En razón al gran número de indicadores, se alertará al proceso sobre aquellos indicadores en los que observó un cumplimiento por debajo del 50% y se insta al proceso a continuar con la vigilancia y monitoreo general sobre el total de los indicadores.

RELACIÓN DE HITOS, INDICADORES Y CUMPLIMIENTO				
HITO	N° DE INDICADORES	CUMPLIMIENTO MAYOR O IGUAL AL 50%	CUMPLIMIENTO MENOR AL 50%	TOTAL % DE CUMPLIMIENTO SOBRE EL 50%
Valoración integral	38	14	24	63%
Protección específica	44	3	41	7%
Detección temprana	41	29	12	70%
Educación para la salud	6	0	6	0%

Fuente tablero de indicadores RPMS

Se aclara que en el ítem “Cumplimiento mayor o igual al 50%”, se incluyó aquellos indicadores que, por su resultado esperado, el porcentaje arroja en cero o una elevación mínima, como por ejemplo el caso de algunos indicadores para las actividades de odontología. La anterior claridad aplica en adelante para todos los indicadores que presentan esta naturaleza.

13	13. Proporción de personas en primera infancia, infancia y adolescencia atendidas en los servicios de salud con índice COP igual a 0	Numerador Número de personas en primera infancia atendidas en los servicios de salud con índice COP igual a 0 (cariados, obturados y perdidos).	Denominador Número total de personas en primera infancia valoradas al momento de la primera consulta de odontología, asignados	Fuente Rpis Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de SIPS de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con adecuado estado de salud bucal	0	0	0	0	0	0	0
						701	811	741	2.253	801	841	701
						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Indicador del hito valoración integral, con resultado esperado en cero

De acuerdo a la información relacionada en el cuadro “Relación de hitos, indicadores y cumplimiento”, tenemos que:

Hito de Valoración Integral: 14 de 38 indicadores presentan cumplimiento mayor o igual al 50% y 24 de 38, se encuentran por debajo del 50%, concluyéndose que el 63% de los indicadores se encuentra con cumplimiento mayor o igual al 50%.

Hito Protección Específica: 3 de 44 indicadores presentan cumplimiento mayor o igual al 50% y 41 de 44, se encuentran por debajo del 50%, concluyéndose que el 7% de los indicadores se encuentra con cumplimiento mayor o igual al 50%.

Hito Detección Temprana: 29 de 41 indicadores presentan cumplimiento mayor o igual al 50% y 12 de 41, se encuentran por debajo del 50%, concluyéndose que el 70% de los indicadores se encuentra con cumplimiento mayor o igual al 50%.

Hito Educación para la salud: 6 de 6 indicadores se encuentran por debajo del 50%.

A continuación, se presenta por hito, algunos de los indicadores con cumplimiento por debajo del 50%.

HITO PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Tal como se relacionó anteriormente, este hito contiene 44 indicadores, en los que 41 de ellos presentan cumplimiento por debajo del 50%. Los que se relacionan a continuación, es una muestra de ellos, el resto de los indicadores evaluados hacen parte de los papeles de trabajo, los cuales son de libre consulta de las partes interesadas.

Las siguientes imágenes corresponden a algunos procedimientos de odontología, en el hito de protección específica.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SU						
16	PROTECCION ESPECIFICA	16. Cobertura de control de placa bacteriana en personas de primera infancia (a partir del 1 año), infancia y adolescencia	Numerador Número de personas de primera infancia (a partir del 1 año), infancia y adolescencia a las que se les ha realizado control de placa bacteriana	Denominador Número total de personas de primera infancia (a partir del 1 año), infancia y adolescencia asignados a la Subred	1 a 17 años hombres y mujeres	Fuentes Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con adecuado estado de salud bucal	PROFILAXIS Y CONTROL PLACA BACTERIANA	3239	4010	4134	11.383	4807	5060	3239
									62662	61748	61337	61.337	61000	60677	62662
									5.17	6.49	6.74	18.56	7.88	8.34	5.17

Total, Indicador cobertura de control de placa bacteriana – 1 a 17

Observaciones de Control Interno: El indicador “Cobertura de control de placa bacteriana en personas de primera infancia, infancia y adolescencia”, con un cumplimiento del 6.6 %, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **24.489** usuarios, frente a una población asignada para el semestre de **370.086**.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SU						
17	PROTECCION ESPECIFICA	17. Cobertura de control de placa bacteriana en personas jóvenes	Numerador Número de personas jóvenes a las que se les ha realizado control de placa bacteriana.	Denominador Número total de personas jóvenes asignados a la Subred	18 a 28 años hombres y mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con adecuado estado de salud bucal	PROFILAXIS Y CONTROL PLACA BACTERIANA	957	1012	1245	3.214	1369	1247	957
									38798	37503	37379	37.379	37036	37051	38798
									2.47	2.70	3.33	8.60	3.70	3.37	2.47

Total, Indicador cobertura de control de placa bacteriana – 18 a 28

Observaciones de Control Interno: El indicador “Cobertura de control de placa bacteriana en personas jóvenes”, con un cumplimiento del 3%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **6.787** usuarios, frente a una población asignada para el semestre de **226.565**.

No Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SUBRED SU							
18	18. Cobertura de control de placa bacteriana en personas en adultez y vejez	Numerador Número de personas en adultez y vejez a las que se les ha realizado control de placa bacteriana	Denominador Número total de personas en adultez y vejez, asignados a la Subred	29 años a 60 años y más hombres y mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con adecuado estado de salud bucal	PROFILAXIS Y CONTROL PLACA BACTERIANA	2114	2270	2475	6.859	2622	2685	2114	7.421
								130112	131796	130667	130667	131341	131233	130112	130112
								1.62	1.72	1.89	5.25	2.00	2.05	1.62	5.70

Total, Indicador cobertura de control de placa bacteriana – 29 a 60 años y más.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Cobertura de control de placa bacteriana en personas adultez y vejez”, con un cumplimiento del 1.8 %, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **14.280**, frente a una población asignada para el semestre **785.261**.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SU						
19	PROTECCION ESPECIFICA	19. Cobertura de aplicación semestral de flúor (barniz)	Numerador Número de personas que recibieron una aplicación semestral de barniz primera infancia, infancia y adolescencia	Denominador Total, de personas asignadas a la Subred por momento de curso de vida: primera infancia, infancia y adolescencia	0 a 17 años hombres y mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con adecuado estado de salud bucal	APLICACIÓN FLUOR TOPICO EN GEL	2634	2759	1928	7.321	2122	2084	2634
									62662	61748	61337	61.337	61000	60677	62662
									4.20	4.47	3.14	11.94	3.48	3.43	4.20

Total, Indicador cobertura aplicación semestral de flúor – 0 a 17.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Cobertura de aplicación semestral de flúor (barniz) primera vez – primera infancia, infancia y adolescencia, con un cumplimiento del 4 %, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **14.161**, frente a una población asignada para el semestre **370.086**.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SU						
20	PROTECCION ESPECIFICA	20. Proporción de niños y niñas en adolescencia a quienes se aplica sellante de fotocurado o autocurado	Numerador Número de niñas y niños en primera infancia adolescencia (12 a 15 años), con tratamiento de sellantes CUPS: 99.7.1.02 (Aplicación de sellantes de fotocurado)	Denominador Total, de niñas y niños adolescencia (12 a 15 años), asignados a la Subred	3 a 15 años hombres y mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con adecuado estado de salud bucal	APLICACIÓN SELLANTES	1436	1606	1562	4.604	1719	1813	1436
									45994	45290	44952	44.952	44769	44491	45994
									3.12	3.55	3.47	10.24	3.84	4.07	3.12

Total, Indicador cobertura aplicación semestral de flúor – 0 a 17.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Proporción de niños y niñas en adolescencia a quienes se aplica sellante de fotocurado o autocurado”, con un cumplimiento del 3.6%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **9572**, frente a una población asignada para el semestre **271.490**.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

Las siguientes imágenes corresponden a actividades de planificación familiar, en el hito de protección específica.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SU						
26	PROTECCION ESPECIFICA	26. Proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con implante de implante subdérmico	Numerador Número de mujeres de 12 a 49 años que solicitaron consulta médica, o de enfermería o de Especialista en Ginecología, con finalidad del procedimiento:	Denominador Número de mujeres de 12 a 49 años, asignadas a la Subred	12 a 49 años mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación	Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	Inserción de Implante Subdérmico	791	937	1056	2.784	1132	1085	791
									65401	64206	63686	63.686	63616	63402	65401
									1.21	1.46	1.66	4.37	1.78	1.71	1.21

Total, Indicador proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con implante subdérmico – 12 a 49.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con implante subdérmico”, con un cumplimiento del 1.5%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **5792**, frente a una población asignada para el semestre **385.712**.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SU						
27	PROTECCION ESPECIFICA	27. Proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con implante de DIU (T de Cobre) de primera vez.	Numerador Número de mujeres de 12 a 49 años que solicitaron consulta médica, o de enfermería o de Especialista en Ginecología, con finalidad del procedimiento:	Denominador Número de mujeres de 12 a 49 años, asignadas a la Subred	12 a 49 años mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación	Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	Implante de DIU (T de Cobre) de primera vez.	208	212	227	647	244	251	208
									65401	64206	63686	63.686	63616	63402	65401
									0.32	0.33	0.36	1.02	0.38	0.40	0.32

Total, Indicador proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con implante DIU – 12 a 49.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con implante de DIU (T de Cobre) de primera vez.”, con un cumplimiento del 0.35%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de 1.350, frente a una población asignada para el semestre **385.712**.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SU						
28	PROTECCION ESPECIFICA	28. Proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con suministro de anticonceptivos inyectables (mensual)	Numerador Número de mujeres de 12 a 49 años que solicitaron consulta médica, o de enfermería o de Especialista en Ginecología, con finalidad del procedimiento:	Denominador Número de mujeres de 12 a 49 años asignadas a la Subred	12 a 49 años mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación	Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	Suministro de anticonceptivos inyectables (mensual)	555	580	633	1.768	515	484	555
									65401	64206	63686	63.686	63616	63402	65401
									0.85	0.90	0.89	2.78	0.81	0.76	0.85

Total, Indicador proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con suministro de anticoncepción inyectable (mensual) – 12 a 49.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con suministro de anticonceptivos inyectables (mensual).”, con un cumplimiento del 0.86%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de 3.322, frente a una población asignada para el semestre **385.712**.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denc	fuelle	RESULTADO ESPERAD	ACCION /INTERVENC	SU						
29	PROTECCION ESPECIFICA	29. Proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con suministro de anticonceptivos inyectables (trimestral)	Numerador Número de mujeres de 12 a 49 años que solicitaron consulta médica, o de enfermería o de Especialista en Ginecología, con finalidad del procedimiento:	Denominador Número de mujeres de 12 a 49 años asignadas a la Subred	12 a 49 años mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación	Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	Suministro de anticonceptivos inyectables (trimestral)	117	123	163	403	148	66	117
									65401	64206	63686	63.686	63616	63402	65401
									0.18	0.19	0.26	0.63	0.23	0.10	0.18

Total, Indicador proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con suministro de anticoncepción inyectable (trimestral) – 12 a 49.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Proporción de mujeres atendidas en los servicios de salud con suministro de anticonceptivos inyectables (trimestral).”, con un cumplimiento del 0.19%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **734**, frente a una población asignada para el semestre **385.712**.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

No. Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denom.	fuelle	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCION	SU						
31	PROTECCION ESPECIFICA	31. Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con suministro de preservativo masculino (condón)	Numerador Número de personas que solicitaron consulta médica, o de medicina familiar o de enfermería o de Especialista en Ginecología, con suministro	Denominador Número de mujeres en edad reproductiva fértil asignadas a la subred 12 a 49 años	12 a 49 años mujeres	Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación	Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	Suministro de preservativo masculino (condón)	2765	2993	3420	9.178	3853	4143	2765
									65401	64206	63686	63.686	63616	63402	65401
									4.23	4.66	5.37	14.41	6.06	6.53	4.23

Total, indicador Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con suministro de preservativo masculino (condón).” – 12 a 49 años.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Proporción de personas atendidas en los servicios de salud con suministro de preservativo masculino (condón).”, con un cumplimiento del 5.18%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **19.939**, frente a una población asignada para el semestre **385.712**.

No. Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denom.	fuelle	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCION	SU						
34	PROTECCION ESPECIFICA	34. Proporción de personas con asesoría en anticoncepción	Numerador Número de personas de 15 a 49 años que recibieron consulta de medicina general, medicina familiar, ginecología, de	Denominador Total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) estimadas para asesoría de planificación familiar para la Subred	15 a 49 años mujeres	Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación	Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos	PLANIFICACION FAMILIAR MUJERES	1069	1359	1581	4.009	1825	1967	1069
									59578	58556	58120	58.120	58064	57889	59578
									1.78	2.32	2.72	6.90	3.14	3.40	1.79

Total, indicador “Proporción de personas con asesoría en anticoncepción” – 15 a 49 años.

Observaciones de Control Interno: El indicador “Proporción de personas con asesoría en anticoncepción”, con un cumplimiento del 2.53%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **8.870**, frente a una población asignada para el semestre **351.785**.

HITO VALORACIÓN INTEGRAL

El hito Valoración contiene 38 indicadores, en los que 63 de ellos presentan cumplimiento por debajo del 50%. Los que se relacionan a continuación, es una muestra de ellos, el resto de los indicadores evaluados hacen parte de los papeles de trabajo, los cuales son de libre consulta de las partes interesadas.

No. Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denom.	fuelle	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCION	SUBRED SU							
								Enero	Febrero	Marzo	TRIMESTRE	Abril	Mayo	Junio	TRIMESTRE
11	11. Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual - Vejez	Numerador Número de personas con tamizaje de agudeza visual una vez al año a partir de los 3 años	Denominador Total, población asignada más de tres meses consecutivos 60 años y más	3 a 60 años y más hombres y mujeres	Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación	Personas con adecuado estado de salud visual	AGUDEZA VISUAL	1193	1277	1311	3.781	1301	1314	1193	3.808
								223677	223160	221510	221.510	221617	221198	223677	223.677
								0.57	0.57	0.57	1.71	0.56	0.56	0.56	1.20

Total, indicador “Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual” – 3 a 60 años.

Observaciones de Control Interno: Para el indicador “Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual”, con un cumplimiento del 0.57%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **7.589**, frente a una población asignada para el semestre **1.334.839**.

No. Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denom.	fuelle	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCION	SUBRED SU							
								Enero	Febrero	Marzo	TRIMESTRE	Abril	Mayo	Junio	TRIMESTRE
12	12. Proporción de personas con tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico a través de exámenes de laboratorios solicitados en la consulta de detección de alteraciones y tomados por el paciente.	Numerador Número de personas tamizadas para riesgo cardiovascular y metabólico con laboratorio clínico en los grupos etarios de vejez.	Denominador Total, de personas por curso de vida: adultos y vejez, asignadas por la EAPB	29 a 60 años y más hombres y mujeres	Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud	Tamizaje Riesgo Cardiovascular y Metabólico	1117	955	1063	3.135	1055	1056	1117	3.228
								130112	131796	130667	130.667	131341	131233	130112	130.112
								0.86	0.72	0.81	2.40	0.80	0.80	0.86	2.48

Total, indicador “Proporción de personas con tamizaje de riesgo RCCV” – 29 a 60 años y más.

Observaciones de Control Interno: Para el indicador “Proporción de personas con tamizaje para riesgo cardiovascular y metabólico a través de exámenes de laboratorios solicitados en la consulta de detección de alteraciones y tomados por el paciente.”, con un cumplimiento del 0.81%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **6.363**, frente a una población asignada para el semestre **785.261**.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCIÓN CONTRATADA	SU						
									Enero	Febrero	Marzo	TRIMESTRE	Abril	Mayo	Junio
42	VALORACION INTEGRAL	42. Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general de acuerdo al esquema definido para la infancia	Numerador Número de niñas y niños de 6 a 11 años, con atención por medicina general de acuerdo al esquema definido en la ruta de promoción y	Denominador Total de niñas y niños de 6 a 11 años, asignados a la Subred	6 a 11 años niñas y niños MG	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación	Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-	ALTERACIONES DEL MENOR EN INFANCIA	401	611	547	1.559	601	541	401
									3457	4102	3587	11.146	3697	3247	3457
									11,60	14,90	15,25	13,99	16,26	16,66	11,60

Total, indicador "cobertura de niñas y niños con atención por medicina general"

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "Cobertura de niñas y niños con atención por medicina general de acuerdo al esquema definido para la infancia.", con un cumplimiento del 14%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de 517, frente a una población asignada para el semestre 21.547.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCIÓN CONTRATADA	SU						
									Enero	Febrero	Marzo	TRIMESTRE	Abril	Mayo	Junio
43	VALORACION INTEGRAL	43. Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia	Numerador Número de niñas y niños de 6 a 11 años, con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido en la ruta de promoción y	Denominador Total de niñas y niños de 6 a 11 años, asignados a la Subred.	6 a 11 años niñas y niños ENF	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-	ALTERACIONES DEL MENOR EN INFANCIA	421	563	601	1.585	654	521	421
									1632	2145	2014	5.791	2096	1964	1632
									25,80	26,25	29,84	27,37	31,20	26,63	25,80

Total, indicador "cobertura de niñas y niños con atención por profesional de enfermería de acuerdo al esquema Definido para la infancia - 6 a 11 años."

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "Cobertura de niñas y niños con atención en salud por profesional de enfermería de acuerdo al esquema definido para la infancia.", con un cumplimiento del 27%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de 3.181, frente a una población asignada para el semestre 11.483.

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCIÓN CONTRATADA	SU						
									Enero	Febrero	Marzo	TRIMESTRE	Abril	Mayo	Junio
44	VALORACION INTEGRAL	44. Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general de acuerdo al esquema definido	Numerador Número de adolescentes de 12 a 17 años de edad, con atención por medicina general de acuerdo al esquema definido en la ruta de promoción y	Denominador Total de personas adolescentes, asignados a la Subred	12 a 17 años hombres y niñas MG	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-	ALTERACIONES DEL ADOLESCENCIA	325	411	423	1.159	501	412	325
									2547	2789	2458	7.794	2547	2369	2547
									12,76	14,74	17,21	14,87	19,67	17,38	12,76

Total, indicador "cobertura de personas adolescente, con atención por medicina general de acuerdo al esquema definido."

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "Cobertura de personas adolescentes, con atención por medicina general de acuerdo al esquema definido.", con un cumplimiento del 16%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de 2.397, frente a una población asignada para el semestre 15.275.

HITO DETECCIÓN TEMPRANA

El hito Valoración contiene 41 indicadores, en los que 12 de ellos presentan cumplimiento por debajo del 50%. Los que se relacionan a continuación, es una muestra de ellos, el resto de los indicadores evaluados hacen parte de los papeles de trabajo, los cuales son de libre consulta de las partes interesadas.

No Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCIÓN CONTRATADA	SU							
								Enero	Febrero	Marzo	TRIMESTRE	Abril	Mayo	Junio	
51	51. Proporción de hombres mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA))	Numerador Número de hombres entre 50 y 75 años a quienes se realizó tamizaje para cáncer de próstata con PSA y tacto rectal.	Denominador Número total de hombres entre 50 y 75 años afiliados.	50 a 75 años hombres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud	CANCER DE PROSTATATA	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	
									27423	27876	27863	27.663	27828	27823	27423
									#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!	#REF!

Total, indicador "Proporción de hombre mayores de 50 años con tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (antígeno sanguíneo prostático) - 50 a 75 años."

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "Proporción de hombres mayores de 50 años con



tamizaje de oportunidad para cáncer de próstata (Antígenos Sanguíneos Prostáticos (PSA)), con una población asignada para el semestre **166.036**, y de acuerdo al tablero de mando, no se realizó la actividad en semestre objeto de auditoría, ya que no se evidencia dato de población atendida.

No Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCIÓN CONTRATADA	SU						
								Enero	Febrero	Marzo	TRIMEST RE	Abril	Mayo	Junio
55	55. Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización	Numerador Número total de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización [Prueba ADN-VPH, Citología, Técnicas de Inspección visual]- Juventud, Adultez y Vejez	Denominador Número total de mujeres entre 25 y 65 años asignadas- Juventud, Adultez y Vejez	25 a 65 años mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud	CANCER DEL CUELLO UTERINO	1799	1320	1991	5.310	1113	1233	1799
								64725	64757	64170	64.170	64419	64316	64725
								2,78	2,04	3,10	7,86	1,73	1,92	2,78

Total, indicador "Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con la prueba de Tamización indicada - 25 a 65 años.

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "Proporción de mujeres entre 25 y 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con cualquier prueba de tamización", con un cumplimiento del 2.39%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **9.255**, frente a una población asignada para el semestre **387.112**.

No. Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCIÓN CONTRATADA	SU						
								Enero	Febrero	Marzo	TRIMEST RE	Abril	Mayo	Junio
56	56. Proporción de mujeres entre 60 y 69 años a las que se les realizó toma de mamografía de tamización en los últimos dos años	Numerador Número de mujeres 60 y 69 años con toma de mamografía en los últimos dos años- Vejez	Denominador Número de mujeres entre 60 y 69 años asignadas- Vejez	60 a 69 años mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud	CANCER DEL MAMA	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!
56								13703	13911	13639	13.839	13995	13997	13703
								# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!

Total, indicador "Proporción de mujeres entre 60 y 69 años a las que se les realizó toma de mamografía de Tamización en los últimos dos años.

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "Proporción de mujeres entre 50 y 69 años a las que se les realizó toma de mamografía de tamización en los últimos dos años", con una población asignada para el semestre **181.519**, y de acuerdo al tablero de mando, no se realizó la actividad en el semestre objeto de auditoría, ya que no se evidencia dato de población atendida.

No Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCIÓN CONTRATADA	SU						
								Enero	Febrero	Marzo	TRIMEST RE	Abril	Mayo	Junio
57	57. Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino con resultado negativo y reclaman el resultado	Numerador Número de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para cáncer de cuello uterino con resultado negativo y reclaman los resultados Juventud, adultez y Vejez	Denominador Número total de mujeres a quienes se realizan pruebas de tamización de para cáncer de cuello uterino con resultado negativo Juventud, adultez y Vejez	25 a 65 años mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado de su salud		421	221	523	1.165	233	185	421
								1717	1280	2068	5.065	1083	1283	1717
								24,52	17,27	25,29	23,00	21,51	14,42	24,52

Total, indicador "Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que realizan las pruebas de tamizaje para el Cáncer de cuello uterino, con resultado negativo y reclaman resultado.

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "Proporción de mujeres entre 25 y 65 años que se realizan las pruebas de tamización para el cáncer de cuello uterino con resultado negativo y reclaman el resultado", con un cumplimiento del 21%, para el primer semestre 2022, con un total de **9.148**, citologías realizadas con resultado negativo y un número total de entregas de 2004 reportes.

No Indicador	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	ACCION /INTERVENCIÓN CONTRATADA	SU						
								Enero	Febrero	Marzo	TRIMEST RE	Abril	Mayo	Junio
59	59. personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica, según lo definido en el esquema)	Numerador Número de personas entre 50 y 75 años a quienes se realiza test de sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica para la tamización para cáncer de colon y recto en los últimos dos años.	Denominador Número total de personas entre 50 y 75 años, asignadas	50 y 75 años hombres y mujeres	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud		# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!
								62683	63452	62989	62.989	63342	63331	62683
								# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!	# REF!

Total, indicador "personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto.

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "personas entre 50 y 75 años tamizadas para cáncer de colon y recto (sangre oculta en materia fecal con inmunoquímica, según lo definido en el esquema)", con una población asignada para el semestre **378.480**, y de acuerdo al tablero de mando, no se realizó la



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

actividad en el semestre objeto de auditoría, ya que no se evidencia dato de población atendida.

HITO EDUCACION PARA LA SALUD

No Indicador	HITO	Nombre del Indicador	Numerador	Denominador	Resumen Edad/Denominador	fuente	RESULTADO ESPERADO	SUBRED SUR							
								Enero	Febrero	Marzo	TRIMESTRE	Abril	Mayo	Junio	TRIMESTRE
60	EDUCACION PARA LA SALUD	60. Proporción de personas que asisten a sesiones educativas individuales según finalidad	Numerador Número de personas que asisten a sesiones educativas individuales según finalidad	Denominador Número total de personas asignadas	0 a 60 años y más	Fuente Rips Institucional Historia Clínica Bases de Datos Institucionales Base de Asignación de EAPB de usuarios con mínimo tres meses consecutivos de asignación.	Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo	3440	3865	4009	11.314	4577	4626	3440	12.643
								231868	230491	228743	228.743	228730	233009	2E+05	231.868
								1,43	1,68	1,75	4,35	2,00	1,39	1,43	5,47

Total, indicador "Proporción de personas que asisten a sesiones educativas individuales según finalidad"

El hito Educación para la salud contiene 6 indicadores, los cuales presentan cumplimiento por debajo del 50%.

Observaciones de Control Interno: Para el indicador "Proporción de personas que asisten a sesiones educativas individuales según finalidad", con un cumplimiento del 1.73%, para el primer semestre 2022, con una población atendida de **23.597**, frente a una población asignada para el semestre **1.383.309**.

OBSERVACIONES DE CONTROL INTERNO FRENTE AL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE LA RUTA PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, EN RELACIÓN AL PORCENTAJE DE COBERTURA ALCANZADO PARA EL SEMESTRE:

CONDICIÓN: Mediante la evaluación efectuada al tablero de mando de la RPMS, se pudo evidenciar que de los 129 indicadores que conforman los 4 hitos de esta ruta, 83 de ellos presentan cumplimiento por debajo del 50%, presentándose porcentajes de cumplimiento del 6.6 %, 3%, 1.8 %, entre otros, tal como se puede evidenciar en la relación de indicadores por hitos que se muestra en la parte superior a este hallazgo.

CRITERIO: De acuerdo a las disposiciones emanadas por la resolución 3280 de 2018, Capítulo 6 "Monitoreo y Evaluación", Pág. 82: Objetivo General: "Medir los resultados en salud alcanzados en las personas, familias y comunidades, de tal forma, que apoye la toma de decisiones y la mejora del proceso de atención integral en Salud". Objetivo específico. "Determinar el grado de cumplimiento, coberturas y complementariedad de las acciones e intervenciones establecidas por parte de los agentes del sistema de salud".

En razón a lo anterior se hace necesario que el proceso de continuidad al fortalecimiento de las actividades de atención en salud que no logran abarcar un porcentaje de población más representativo frente al esperado, con lo que gradualmente se podrá garantizar una atención en salud integral y de calidad y por consiguiente el avance esperado en el cumplimiento de cada uno de los indicadores.

CAUSA:

- Desconocimiento por parte de los profesionales frente a las metas establecidas para cada uno de los procedimientos y atenciones en salud.
- Dificultades para la adherencia a lineamientos y manuales establecidos para el desarrollo de las actividades en salud, teniendo en cuenta los momentos de vida y frecuencia de las mismas.
- Alta rotación de profesionales.
- Cambios en la contratación entre las IPS y la EAPB.
- Debilidades en desarrollo de la demanda inducida en cada una de las unidades.

EFECTO:

- Incumplimiento de indicadores establecidos en cada uno de los hitos.
- Incremento de las complicaciones en patologías crónicas.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

- Debilidades en la detección temprana de alteraciones en salud y por ende incremento de las patologías crónicas.
- Debilidades en la progresión frente a la implementación de RIAS, en relación al porcentaje propuesto para la vigencia.

RESPUESTA DEL PROCESO AUDITADO FRENTE A LAS OBSERVACIONES PLANTEADAS

Respecto a las observaciones planteadas por la Oficina de Control Interno, frente al incumplimiento de metas para la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, (RPMS), el proceso lo sustenta como a continuación de define: *“Para esta RIA es importante tener cuenta que esta normada bajo la Resolución 3280 de 2018 y el tablero de mando que se ha definido desde SDS es dando alcance a las fichas técnicas de los indicadores de la Ruta para la Promoción y Mantenimiento de la salud, según Resolución 3280 de 2018 y publicadas por el Ministerio de Salud el 20 de diciembre de 2019, los cuales buscan Monitorear la gestión; sin que se defina metas para cada uno de los indicadores y se plantea como denominador la población total asignada por las Aseguradoras. Sin embargo y como parte del proceso de implementación de la ruta, desde SDS se realiza el ejercicio de medición según lo consignado en las fichas técnicas, debe tenerse en cuenta que durante el año 2022 y específicamente con la EAPB Capital Salud se firmó un contrato por evento para las intervenciones establecidas por la Ruta de Promoción y Mantenimiento y Materno Perinatal, en donde se define metas de actividades y no se evalúa sobre la población total”*

Observaciones de Control Interno:

1. Las imágenes que se muestran a continuación corresponden a las metas acordadas con la EAPB para la vigencia 2022; soportes que fueron aportados por el proceso, tomando de estos una muestra para plasmar en este informe, el resto de ellos hacen parte de los archivos y papeles de trabajo, correspondientes a la auditoría:

COMPONENTE	PROGRAMA	CODIGO	ACTIVIDAD	META CONCERTADA 2022
		CUPS		
PROTECCION ESPECIFICA	SALUD ORAL	997310	PROFILAXIS Y CONTROL PLACA BACTERIANA (1-19 AÑOS Y 20 Y MÁS AÑOS)	25%
		997108	APLICACIÓN FLUOR TOPICO EN GEL A BARNIZ (1 A 17 AÑOS)]	25%
		997102	APLICACIÓN SELLANTES (3 A 15 AÑOS) FOTOCURADO	20%
		997301	DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL POR CUADRANTE (12 AÑOS Y MAS)	20%
		890201-890301	CONSULTA POR MEDICINA GENERAL	45%
DETECCION TEMPRANA	ALTERACIONES DEL MENOR EN 1 INFANCIA	890201-890301	CONSULTA POR MEDICINA GENERAL	45%
		890205 - 890305	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR ENFERMERA	45%
		890205 - 890305	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR ENFERMERA	45%
		902213	HEMOGLOBINA	10%
			ALBENZADOL 200MG SOLUCION ORAL	10%

Fuente: Anexo 3 PYD 2022 EAPB Capital Salud Y Subred Sur



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

COMPONENTE	PROGRAMA	CODIGO	ACTIVIDAD	META CONCERTADA 2022
		CUPS		
		903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTROS FLUIDOS	20%
		903815	COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD - HDL	20%
		903816	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD ENZIMATICO – LDL	20%
		903818	COLESTEROL TOTAL	20%
		903868	TRIGLICERIDOS	20%
		990211	EDUCACION	10%
		DETECCION TEMPRANA	AGUDEZA VISUAL	950001
DETECCION TEMPRANA	CANCER DEL CUELLO UTERINO	892901	TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA	80%
		892901	TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA	70%
		892901	TOMA DE CITOLOGIA CERVICO UTERINA	80%
		908436	ADN/VPH	10%
		702203	COLPOSCOPIA	80%
		898101	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA	80%

Fuente: Anexo 3 PYD 2022 EAPB Capital Salud Y Subred Sur

2. Además de la entrega de soportes de contratación entre la EAPB y la Subred Sur, el proceso hace entrega del plan de mejora con la formulación de acciones correctivas que buscan incrementar el cumplimiento de la meta frente a cada uno de los hitos que componen la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Las acciones correctivas implementadas, serán cargadas por el proceso al aplicativo Almera y desde este aplicativo, la Oficina de Control Interno hace el seguimiento al avance de las mismas, así como a la calidad de los soportes adjuntos.

FUENTE	FECHA DE INICIO PLAN DE MEJORA	FECHA FINAL PLAN DE MEJORA	# OPORTUNIDAD DE MEJORA	HALLAZGO	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO(S) RESPONSABLE(S)	ANÁLISIS DE CAUSA	BARRERA (IMPIDE EJECUTAR ACCIÓN)
INFORME CONTROL INTERNO	01/03/2023	31/12/2023	1	Bajas coberturas en la RPMS promoción y mantenimiento de la salud (RPMS)	Estándar 31. La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria.	Fortalecer la implementación de las RIAs priorizadas en la Subred Sur	Gestión del Riesgo	-Contratación con EAPB -La falta de legislación para las rutas de riesgo (a la fecha solo se encuentra reglamentadas la Ruta de Promoción y Mantenimiento Materno perinatal), lo que genera inconvenientes, ya que no hay lineamientos técnicos y operativos y se tienen normas vigentes que difieren con lo establecido en la Resolución 3202 de 2015, por lo anterior y no contar con una normatividad clara frente a las rutas de	

Plan de mejora auditoría RIAs



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

ACCIONES		RESPONSABLE DE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	ESTADO ACCION	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	TIPO DE INDICADOR	NOMBRE INDICADOR	FORMULA INDICADOR
Planear	Fortalecer el conocimiento del personal asistencial y administrativo en las RIAS	Lider RIAS - Referentes RIAS		01/03/2023	31/12/2023	EFICIENCIA	Cumplimiento	No. de capacitaciones realizadas/No. de capacitaciones programadas*100
Hacer	Capacitación al personal que ingresa nuevo a la Subredes	Lider RIAS - Referentes RIAS		01/03/2023	31/12/2023			No. de colaboradores nuevos capacitados/No. de colaboradores nuevos
Verificar	Fortalecer los procesos de auditoria para en intervenciones de protección específica, detección temprana y educación en salud (CCV, planificación familiar, consejería en VIH)	lider RIAS - Referentes RIAS		01/03/2023	31/12/2023			No. informes realizados /total de informes programados*100
Actuar								
Planear	Identificación y seguimiento de usuarios nuevos y/o inasistentes para su inscripción a la RPM y RIAS de Riesgo y lograr su adherencia.	lider RIAS - Referentes RIAS		01/03/2023	31/12/2023	EFICIENCIA	Cumplimiento	No. informes realizados /total de informes programados*100
Hacer	Medir la adherencia de los usuarios inscritos a la RPM y RIAS de riesgo por momento de vida	lider RIAS - Referentes RIAS		01/03/2023	31/12/2023			
Verificar								
Actuar								

Plan de mejora auditoría RIAS

RUTA CARDIOCEREBRO VASCULAR Y METABOLICA

La Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica cuenta con 5 hitos: Hito 1: Identificación y captación de la población con hipertensión arterial, hito 2: Identificación y Clasificación del Riesgo Cardiovascular, hito 3: Definir plan de manejo (individualizado y colectivo), hito 4: Identificación de lesión de órgano blanco, hito 5: Seguimiento y monitoreo.

HITOS	
Hito 1 Identificación y captación de la población con HTA y DM:	Proceso en el cual ingresa el paciente a la RCCVM proveniente ruta de promoción y mantenimiento, desde las intervenciones de el Plan de intervenciones colectivas (PSPIC) a través de los espacios de vida cotidiana (Vivienda, Escolar, Trabajo, Espacio Público, etc.), direccionado los servicios de Urgencias, hospitalización y asignado por la Empresa Administradora de Planes y Beneficios (EAPB)
Hito 2 Identificación y Clasificación del Riesgo Cardiovascular:	En la población activa de la RCCVM, se les realiza el proceso de estratificación del riesgo cardiovascular a partir del tamizaje a partir de la estrategia "conoce Tu riesgo" "Estrategia diseñada por la Subdirección de Enfermedades no Trasmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social el cual tiene como objeto identificar la probabilidad que la población puede verse afectada por una Enfermedad Cardiovascular. La estrategia identifica el riesgo a nivel individual y poblacional, define las intervenciones que cada persona o grupo de individuos deben recibir de acuerdo a su perfil de riesgo" (Social, Ministerio protección)
Hito 3 Definir plan de manejo (individualizado y colectivo):	Componente clínico: Frecuencias de atención de profesional y especialistas de acuerdo a la resolución 4003 del 2008 (Medicina General, Medicina interna, subespecialidades, Nutrición y psicología) y la gestión de servicios de hospitalización y urgencias
	Componente complementario: Valoración químico Farmacéutico, toma de laboratorios, exámenes complementarios y entrega de medicamentos (resolución 4003 del 2008)
	Componente educativo: las acciones educativas se organizan desde el enfoque individual y colectivo con énfasis en las actividades clínicas (USS, CAPS y HUMES) y comunitarias (Espacios de vida cotidiana). Población con formación en autocuidado en los diferentes factores de riesgos modificables que afectan su patología brindado desde la consulta y demandado a plan educativo de comportamientos saludable
Hito 4: Identificar de lesión de órgano blanco	Componente de actividad física y Lúdica: actividades desde la lúdica con enfoque de rehabilitación y planes caseros
Hito 5 Seguimiento y monitoreo	Proceso de remisión oportuna al prestador complementarios para la atención especializada de acuerdo a las afectaciones de órgano blanco identificada. Para el presente convenio se dio inicio al proceso de atención articulada con el área de rehabilitación cardíaca con fisioterapia en cada una de la Subredes Integradas de Servicios de Salud
	La Ruta RCCVM cuenta con un tablero de indicadores que buscan identificar la información trazadora y de impacto en la ruta y medir así la efectividad y eficacia del proceso con un monitoreo continuo y sistemático al desempeño de las intervenciones

Definición de los hitos RCCVM y medición efectuada por el proceso.

El hito 5 contiene el tablero de indicadores trazadores de La Ruta RCCVM: "A través de este tablero se identifica la información trazadora y de impacto en la ruta midiéndose así la efectividad y eficacia del proceso con un monitoreo continuo y sistemático al desempeño de las intervenciones".



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

Línea Maite/ Fénix	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	fuente	Resultado esperado /Descenlace	Resultado esperado /Descenlace	Norma	Meta	IEA BAS	S					
										Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
restación de servicios - acceso a servicios de salud	Proporción de pacientes hipertensos controlados	Pacientes hipertensos controlados Menores de 60 años cifras tensionales menor a 140/90 y mayores e igual a 60 años cifras tensionales menor a 150/90	Total de personas con Dx HTA atendidas asignadas (RCCVM)	Bases de pacientes activos RCCVM - CAC Bases de datos de pacientes crónicos entregadas	Prevalencia de atención de pacientes crónicos atendidos en la RCCVM de acuerdo a las cohortes reportadas por	Prevalencia de atención de pacientes crónicos atendidos en la RCCVM de acuerdo a las cohortes reportadas	Resolución 2626 del 2019 - línea aseguramiento MAITE Prestación de			14674	13887	14277	15966	15447	15300
										28273	28912	29331	29275	27212	27153
										51,9	48,0	48,7	54,5	56,8	56,3

Indicador Línea prestación de servicios- Proporción de pacientes hipertensos controlados

Observaciones de Control Interno: Frente al indicador “Proporción de pacientes hipertensos controlados”, de línea de aseguramiento, se evidencia que hubo un incremento gradual durante el primer semestre en el porcentaje de pacientes hipertensos controlados, en los rangos de edad de menores de 60 años y mayores e iguales a 60 años, con porcentajes que inician sobre el 51%, con avance gradual del 54 hasta llegar al 56%. La población total atendida en el semestre con este diagnóstico fue de **170.150**, lográndose mantener el control de la patología en **89.551** usuarios, equivalente al 52%.

Línea Maite/ Fénix	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	fuente	Resultado esperado /Descenlace	Resultado esperado /Descenlace	Norma	Meta	IEA BAS	S					
										Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Aseguramiento	Proporción de la población con diagnóstico de HTA reportada por Capital Salud, inscrita en la ruta	Aseguramiento - caracterización HTA (puros)	Total de pacientes con HTA (puros) reportados por la EAPB, Capital Salud *100	Bases de pacientes con HTA (puros) activos RCCVM - CAC Bases de datos de pacientes on	Bases de pacientes con HTA (puros) activos RCCVM - CAC Bases de datos de pacientes on HTA (puros)entrega	Prevalencia de atención de pacientes con HTA (puros) atendidos en la RCCVM de acuerdo a las cohortes	Resolución n 2626 del 2019 - línea aseguramiento MAITE Prestación de			20660	21040	21232	21133	20666	20738
										24604	24604	24604	24604	25132	25132
										84,0	85,5	86,3	85,9	82,2	82,5
Aseguramiento	Proporción de la población con diagnóstico de DM (puros) reportada por Capital Salud, inscrita en la ruta	Aseguramiento - caracterización DM (puros)	Total de pacientes con DM (puros) reportados por la EAPB, Capital Salud *100	Bases de pacientes con DM (puros) activos RCCVM - CAC Bases de datos de pacientes	Bases de pacientes con DM (puros) activos RCCVM - CAC Bases de datos de pacientes con DM (puros)entrega	Prevalencia de atención de pacientes con DM (puros) atendidos en la RCCVM de acuerdo a las cohortes	Resolución n 2626 del 2019 - línea aseguramiento MAITE Prestación de			2270	2383	2310	1868	1728	1717
										2657	2657	2657	2657	2678	2678
										85,4	89,7	86,9	70,3	64,5	64,1
Aseguramiento	Proporción de la población con diagnóstico de HTA y DM reportada por Capital Salud, inscrita en la ruta	Aseguramiento - caracterización con Dx HTA+ DM (Dx mixto)	Total de pacientes con con Dx HTA+ DM (Dx mixto) reportados por la EAPB, Capital Salud *100	Bases de pacientes con con Dx HTA+ DM (Dx mixto) activos RCCVM - CAC Bases de datos de	Bases de pacientes con con Dx HTA+ DM (Dx mixto) activos RCCVM - CAC Bases de datos de con con Dx	Prevalencia de atención de pacientes con Dx HTA+ DM (Dx mixto) atendidos en la RCCVM de acuerdo a las cohortes	Resolución n 2626 del 2019 - línea aseguramiento MAITE Prestación de			7613	7872	8099	6473	6546	6415
										8873	8873	8873	8873	8883	8883
										85,8	88,7	91,3	73,0	73,7	72,2

Indicadores Línea Aseguramiento Res 2626 de 2019

Observaciones de Control Interno: Frente a los indicadores de Línea Aseguramiento “Proporción de la población con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus y diagnostico mixto (HTA/MDM) reportada por capital salud, inscrita en la ruta”, se evidencia porcentajes del 84.4% para hipertensión, 76.8 para diabetes y 81% para diagnostico mixto, estos porcentajes alcanzados permiten establecer que del total de usuarios reportados por capital salud, con los diagnósticos antes señalados, el 81% logra ser inscrito y atendido en RCCVM.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

Línea Maite/ Fénix	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	fuentes	Resultado esperado /Descenlance	Resultado esperado /Descenlance	Norma	Meta	EA	BAC	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
GESTION	Porcentaje personas con Riesgo cardiovascular Bajo	Total de personas con Clasificación de Riesgo Cardiovascular Bajo	Total de personas con DX HTA- DM atendidas asignadas (RCCVM)	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo	contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo	Resolución n 4003 de 2008 Resolución n 3202 de 2016 Indicador es Ministerio	20.0	17.6		5022	5483	5472	5486	5130	5188
											30543	31295	31641	29275	28940	28870
											16,4	17,5	17,3	18,7	17,7	18,0
GESTION	Porcentaje personas con Riesgo cardiovascular Moderado	Total de personas con Clasificación de Riesgo Cardiovascular Moderado	Total de personas con DX HTA- DM atendidas asignadas (RCCVM)	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo	contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo	Resolución n 4003 de 2008 Resolución n 3202 de 2016 Indicador es Ministerio	60.0	46.6		10939	12368	12170	12178	10844	10830
											30543	31295	31641	29275	28940	28870
											34,5	39,5	38,5	41,6	37,5	37,5
GESTION	Porcentaje personas con Riesgo cardiovascular Alto	Total de personas con Clasificación de Riesgo Cardiovascular Alto	Total de personas con DX HTA- DM atendidas asignadas (RCCVM)	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo	contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo	Resolución n 4003 de 2008 Resolución n 3202 de 2016 Indicador es Ministerio	20.7	18.2		8152	8009	7823	5831	7889	7876
											30543	31295	31641	29275	28940	28870
											16,7	15,6	14,7	19,9	17,3	17,3
GESTION	Porcentaje personas con Riesgo cardiovascular Muy Alto	Total de personas con Clasificación de Riesgo Cardiovascular Muy alto	Total de personas con DX HTA- DM atendidas asignadas (RCCVM)	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo	contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo	Resolución n 4003 de 2008 Resolución n 3202 de 2016 Indicador es Ministerio	6.2	5.9		805	921	904	627	467	465
											30543	31295	31641	29275	28940	28870
											2,6	2,9	2,9	2,1	1,6	1,6

Indicadores – clasificación del riesgo cardiovascular – Res 4003 de 2008

Observaciones de Control Interno: De acuerdo a la información reflejada en el cuadro anterior, se puede evidenciar que la entidad ha realizado la estratificación del riesgo, según presión arterial y factores de riesgo, acorde a las exigencias planteadas en la Res. 4003 de 2008. Actividad que se ha venido desarrollando mes a mes sobre la población asignada/atendida, por tanto y en consonancia con la anterior información se puede establecer que la clasificación del riesgo y el resultado esperado “*Contar con un perfil de riesgos cardiovascular a nivel de individual y colectivo*”, continúa con proyección ascendente.

Línea Maite/ Fénix	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	fuentes	Resultado esperado /Descenlance	Resultado esperado /Descenlance	Norma	Meta	EA	BAC	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
FENIX	Captación de hipertensión arterial (HTA) en personas de 18 a 69 años	Número de personas entre 18-69 años con diagnóstico de hipertensión arterial. Población asignada por la EAPB en el periodo evaluado.	Total de población esperada (22.8% población asignada) de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	Captación oportuna de la población HTA DM	Captación oportuna de la población HTA-DM	Resolución n 256 del 2015 Indicador fénix (res 5917 del 2017 Super intendend	39.1	36.6		16251	16666	16972	15833	15724	15561
											34480	34063	33840	34173	33839	33597
											47,1	48,3	50,2	46,3	46,5	46,3
FENIX	Captación Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años	Número de pacientes entre 18 y 69 años con diagnóstico de diabetes mellitus	Número total esperado de pacientes entre 18 y 69 años (Prevalencia 6%) * 100	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	Captación oportuna de la población HTA DM	Captación oportuna de la población HTA-DM	Resolución n 256 del 2015 Indicador fénix (res 5917 del 2017 Super intendend	82.6	81.1		6088	6298	6357	5008	5033	4912
											8994	8963	8905	8915	8905	8841
											47,7	70,3	71,4	56,2	56,9	55,8
FENIX	Proporción de pacientes <60 años con Dx HTA controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial con cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHg en el último semestre (< menores 60 años)	Total de personas < 60 años con DX HTA atendidas asignadas (RCCVM)	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	Resolución n 3202 de 2016 Indicador es Ministerio	>60	45		3315	3094	3194	3291	3384	3286
											7489	7744	6552	7371	7300	7200
											44,2	40,0	48,7	44,6	46,4	45,6
FENIX	Proporción de pacientes ≥60 años hipertensos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial con cifras tensionales por debajo de 150/90 mmHg en el último semestre	Total de personas ≥ 60 años con DX HTA atendidas asignadas (RCCVM)	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	Resolución n 3202 de 2016 Indicador es Ministerio	>60	45		11360	11598	11083	11520	12063	12014
											20744	21157	19454	20094	19912	19953
											54,8	54,8	57,0	57,5	60,6	60,2

Indicadores de la línea Fénix – Resolución 256 del 2015 – Indicador fénix (res 5917 del 2017 Súper intendencia).

Observaciones de Control Interno: El consolidado anterior, muestra que el comportamiento presentado por el indicador, se ajusta a la línea base establecida, manteniéndose el promedio requerido durante todo el semestre, por lo que se puede determinar que la gestión que se viene adelantando, le permite a la entidad estar más cerca del resultado esperado “*Captación oportuna de la población HTA-DM*” y *evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad*”.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

Línea Maite/ Fénix	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	fuente	Resultado esperado /Descenlace	Resultado esperado /Descenlace	Norma	Meta	IEA BAS	S					
										Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
FENIX	Proporción de pacientes diabéticos controlados	Número de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus con hemoglobina glicosilada menor a 7% en los últimos seis meses	Número total de pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus reportados	Bases de datos Ruta Base Asignación PGP	evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	evitar y/o retardar la progresión de la enfermedad	Resolución 3202 de 2016 Indicadores Ministerio	>50	30	1522	1890	2176	2055	2320	2316
										9883	10255	9507	8142	8274	8132
										15,4	18,4	22,9	25,2	28,0	28,5

Indicadores de la línea Fénix – Resolución 256 del 2015 - Indicador fénix. (Res 5917 del 2017 Superintendencia).

Observaciones de Control Interno: Para el indicador “Proporción de pacientes diabéticos controlados”, se evidenció variaciones en el comportamiento del porcentaje alcanzado frente a línea base, evidenciándose promedios en los meses de enero a junio de 15.4, 18.4, 22.9, 25.2, 28.0 y 28.5%, por lo que se recomienda el proceso mantener el monitoreo constante del indicador e impulsar las estrategias adecuadas para garantizar el cumplimiento en el autocuidado por parte del este grupo de pacientes y el compromiso por parte de los profesionales frente a las actividades clínicas y educativas correspondientes.

OBSERVACIONES DE CONTROL INTERNO FRENTE AL CUMPLIMIENTO DE INDICADORES DE LA RUTA PARA LA PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, EN RELACIÓN AL PORCENTAJE DE COBERTURA ALCANZADO PARA EL SEMESTRE:

En general la Ruta Cardio Cerebro Vascular y Metabólica cuenta con un total de 17 indicadores, el comportamiento de 13 de ellos se observó en la página inmediatamente anterior y los 4 restantes hacen parte de los papeles de trabajo del presente informe, a nivel general, los 17 indicadores presentan un comportamiento lineal frente a la línea base establecida, con algunas variaciones por debajo del promedio esperado en tres de ellos en los meses de enero, febrero y marzo, estos indicadores fueron: “Proporción de pacientes diabéticos controlados”, “Talento humano capacitado por el equipo de la Ruta Cardiocerebro vascular y metabólica” y “Jornadas desarrolladas con otros sectores para lograr el posicionamiento de la RIAS CCVM”, pero así mismo se pueden evidenciar como estos tres indicadores fueron gradualmente incrementando su promedio, hasta lograr estar más alineado a su promedio establecido para la consecución del resultado esperado.

RUTA DE SALUD MENTAL

La Ruta de Salud mental, cuenta con 5 hitos, los cuales se describen de la siguiente forma:

HITO	ACTIVIDADES	DESCRIPCIÓN	INDICADOR	PERIODO DE SEGUIMIENTO	FUENTE DEL DATO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	ANÁLISIS
1	Acciones promocionales y preventivas de salud mental por curso de vida	Número de acciones promocionales y educativas implementadas en los territorios por curso de vida	No. De gestantes con acciones educativas en salud mental	mensual	Bases de datos remitidas	21	3	3	3	12	6	Para el mes de junio desde los diferentes entornos de vida cotidiana se han realizado 1258 actividades relacionadas con acciones educativas y formativas en promoción de salud mental, prevención de consumo de S y prevención de violencias.
			No. De niños y niñas curso de vida infancia con acciones promocionales de salud mental	mensual		25	400	250	39	25	39	
			No. adolescentes con acciones preventivas consumo psicoactivos	mensual		70	332	225	219	219	210	
			No. adolescentes con acciones promocionales de salud mental	mensual		70	372	225	219	219	219	
			No. Jóvenes con prevención consumo SPA	mensual		29	94	212	180	135	202	
			No. Jóvenes con promoción de salud mental	mensual		29	29	84	126	135	202	
			No. De adultos con promoción de salud mental	mensual		28	29	112	126	135	130	
			No. de adultos mayores con promoción de salud mental	mensual		28	73	50	30	60	50	
			No. De acciones con gestión intersectorial	mensual		13	8	22	2	37	10	A nivel intersectorial se han remitido 10 casos de los cuales 2 fueron remitidos para la casa de igualdad de oportunidades y 3 al IDRD, 3 Desarrollo económico y 3 Secretaria de Integración social local.

Indicadores Hito 1 “Acciones promocionales y preventivas de salud mental por curso de vida”



OBSERVACIONES DE CONTROL INTERNO FRENTE AL HITO 1 “ACCIONES PROMOCIONALES Y PREVENTIVAS DE SALUD MENTAL POR CURSO DE VIDA”.

CONDICIÓN: Se evidencia que el proceso realizó actividades promocionales y preventivas por curso de vida, durante los meses de enero a junio, sin embargo el tablero de indicadores aportado por el proceso carece de la información del universo, población asignada por curso de vida o población captada y a qué número o porcentaje de ellas se le realizó actividad promocional y educativa, datos que son indispensables para la evaluación del comportamiento de los indicadores, además de ello, el proceso presenta una descripción de las acciones educativas realizadas desde los diferentes entornos en la que refiere lo siguiente: *“Para el mes de junio desde los diferentes entornos de vida cotidiana se han realizado 1058 actividades relacionadas con acciones educativas y formativas en promoción de la salud mental, prevención de consumo de SPA y prevención de violencias”*, sin análisis de lo cumplido frente a lo esperado, así como tampoco se encuentra análisis del comportamiento del indicador frente a los meses anteriores o un consolidado con la información semestral.

CRITERIO: Resolución 3202 de 2019 - Manual Metodológico para la Elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, Paso 6 – Identificación y Caracterización de los Hitos: *“Una vez formulados los hitos de una atención en salud descrita en la RIAS, se debe realizar la identificación de los indicadores que permitan su medición y seguimiento - Para cada uno de los indicadores se debe identificar la fuente de información a través de la cual se obtendrá los datos para su medición”*. Pág. 40.

The screenshot shows a flowchart on the left and a table on the right. The flowchart asks if an intervention is measurable and if information is available for tracking. The table is titled 'Formato 9 Operacionalización de los indicadores' and has columns for 'N°', 'ACCIÓN/INTERVENCIÓN', 'HITO', 'DESENLACE ESPERADO', 'TIPO DE INDICADOR', 'FÓRMULA DE CÁLCULO', and 'FUENTE DE INFORMACIÓN' (with sub-columns for 'NUMERADOR' and 'DENOMINADOR').

Resolución 3202 de 2019 – Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS - Identificación y caracterización de los hitos

CAUSA: El tablero de indicadores aportado por el proceso, requiere de ajustes en su estructura, con lo que se les dé alcance a los lineamientos dispuestos en la resolución 3202 de 2016 y Manual Metodológico.

EFFECTO: Al contarse solo con la información de la población a la que se le realizó actividad promocional y educativa, sin el total o universo, no es posible establecer el porcentaje de cumplimiento del indicador, no se estaría dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en resolución – indicaciones formato 9 – operacionalización de los indicadores.



HITO	ACTIVIDADES	DESCRIPCION	INDICADOR	PERIODO DE SEGUIMIENTO	FUENTE DEL DATO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	ANALISIS
2	Los actores sociales, comunitarios e institucionales cuentan con competencias, habilidades y herramientas, incluidas las de tamización, para la identificación del riesgo, realizar intervenciones breves y canalizar a los usuarios con potenciales problemas en salud mental o epilepsia a los servicios de salud a través de su respectivo asegurador Identificación de casos probables de personas con problemas en salud mental o epilepsia, Ruta de violencia y ruta de consumo de sustancias psicoactivas	1.1. Canalización desde los entornos de sujetos con factores de riesgo para problemas o trastornos mentales y epilepsia	No. Casos canalizados ruta salud mental trastorno y epilepsias	mensual	Canalizaciones remitidas	120	111	109	63	143	127	Fueron canalizados 311 casos a la RIAs de los cuales el 41% (127) son de salud mental, 43% (133) son de violencias relacionadas con negligencia y maltrato físico y el 16% (51), con consumo de sustancias psicoactivas.
		Canalización desde los entornos a ruta violencias	No. Casos canalizados ruta violencias	mensual		103	176	187	36	194	133	
		Canalización desde los entornos a ruta consumo sustancias psicoactivas	No. Casos canalizados por consumos de SPA	mensual		42	54	59	19	45	51	

Indicadores hitos 2

OBSERVACIONES DE CONTROL INTERNO FRENTE AL HITO 2 Y 3.

CONDICION: Podemos observar que los indicadores del hito 2 específicamente a los establecidos para la actividad de: “Los actores sociales, comunitarios e institucionales cuentan con competencias, habilidades y herramientas, incluidas las de tamización, para la identificación del riesgo, realizar intervenciones breves y canalizar a los usuarios con potenciales problemas en salud mental o epilepsia a los servicios de salud a través de su respectivo asegurador Identificación de casos probables de personas con problemas en salud mental o epilepsia, Ruta de violencia y ruta de consumo de sustancias psicoactivas”, en la fuente del dato, tenemos que este se alimenta por medio del número de **canalizaciones remitidas**. Sin embargo llama la atención que para el hito 3, frente a los indicadores de la actividad: “Los diferentes aseguradores disponen de una red para la atención de salud mental o Epilepsia y derivan a esta oportunamente a las personas identificadas en riesgo de problemas en salud mental o epilepsia”, en la fuente del dato tenemos que se alimenta por medio del número de **canalizaciones atendidas**, por lo que se puede concluir que hito canalizaciones remitidas, aporta la información para la fuente del dato de canalizaciones atendidas.

CRITERIO: Aplica el criterio formulado para las observaciones planteadas frente al hito, Resolución 3202 de 2019 - Manual Metodológico para la Elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAs, Paso 6 – Identificación y Caracterización de los Hitos: “Una vez formulados los hitos de una atención en salud descrita en la RIAs, se debe realizar la identificación de los indicadores que permitan su medición y seguimiento”.

CAUSA: En el análisis de los indicadores de los hitos 2 y 3, llamó la atención los siguientes puntos:

- El número de canalizaciones atendidas en la ruta de salud mental trastornos y epilepsias está muy por encima de las canalizaciones remitidas.
- El número de canalizaciones atendidas ruta violencias, está muy por debajo del número de canalizaciones remitidas.
- Frente al análisis que efectúa el proceso, para el comportamiento de los indicadores del hito 2, encontramos descripción solo para el mes de junio, sobre el total de las canalizaciones efectuadas en el mes y en qué porcentaje fueron direccionadas a las diferentes rutas, acorde a las características y necesidades del usuario.
- Frente análisis para el comportamiento del hito 3, también se encuentra descripción solo para el mes de junio, de la siguiente manera: “Se identificaron desde la atención de medicina general de las diferentes unidades de atención 1522 casos relacionados con Dx salud mental y epilepsias”, y así mismo para los casos efectivos en atención ruta violencias y ruta de SPA, sin análisis del comportamiento de los indicadores para los meses anteriores o consolidado trimestral o semestral.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

- Al igual que se planteó en los indicadores del hito 1, no se cuenta con el dato total del universo, solo se cuenta con los datos de población atendida, no lo que permite tener claridad sobre el grado de cumplimiento del indicador.

ACTIVIDADES	DESCRIPCION	INDICADOR	PERIODO DE SEGUIMIENTO	FUENTE DEL DATO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	ANALISIS
Los diferentes aseguradores disponen de una red para la atención de salud mental o epilepsia y derivan a esta oportunamente a las personas identificadas en riesgo de problemas en salud mental o epilepsia	Los diferentes aseguradores disponen de una red para la atención de salud mental o epilepsia y derivan a esta oportunamente a las personas identificadas en riesgo de problemas en salud mental o epilepsia	No. Casos efectivos en atención en la ruta salud mental trastornos y epilepsias	mensual	Canalizaciones atendidas	190	1458	1401	1477	1249	1522	Para el mes de junio se identificaron desde la atención de medicina general de las diferentes unidades de atención 1522 casos relacionados con Dx salud mental y epilepsias.
		No. Casos efectivos en atención ruta violencias	mensual		1	5	0	0	135	169	Para el mes de junio se identificaron en consulta de medicina general 169 casos de violencia sexual en las diferentes unidades de atención.
		No. Casos efectivos en atención ruta de consumo de sustancias psicoactivas	mensual		40	47	57	52	59	18	En atención de medicina general 18 casos se diagnosticaron con riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.

Indicadores hitos 3

EFFECTO: Al contarse solo con el dato de la población sobre la cual se realizó intervención, sin el total o universo, no es posible establecer el porcentaje de cumplimiento del indicador, no se estaría dando cumplimiento a los lineamientos establecidos en resolución – indicaciones formato 9 – operacionalización de los indicadores.

RECOMENDACIONES GENERALES TABLERO DE INDICADORES RUTA DE SALUD MENTAL:

La oficina de control interno recomienda al proceso hacer la revisión general de los hitos planteados y los indicadores formulados para cada uno de ellos, ya que para dar evidencia de las posibles debilidades evidenciadas en la presente auditoría se relacionaron en el informe los hitos 1, 2 y 3, sin embargo, los hitos 4 y 5 también deben ser verificados que la estructura formulada en el tablero se ajuste a los requerimientos planteados en la Resolución y en el Manual. Además, se debe hacer el análisis de la actividad "Casos direccionados a ruta de promoción y mantenimiento", ya que teniendo en cuenta la información encontrada en el tablero se concluye que no se le ha dado implementación.

RESPUESTA DEL PROCESO AUDITADO FRENTE A LAS OBSERVACIONES PLANTEADAS

El proceso plantea estrategias generales con las que busca dar cumplimiento a cobertura de metas contractuales establecidas para las RIAS y fortalecer las acciones de implementación de las mismas RIAS en la Subred:

- Celebrar contratos con EPS por modalidad de paquetes que permitan la integralidad en la prestación de servicios acorde con lo establecido en la normatividad vigente para las Rutas Integrales de Atención de promoción y Mantenimiento de la Salud y las específicas para grupos de riesgo.
- Realizar mesas de trabajo con EAPB para socialización de acciones e intervenciones de cada Ruta de Atención integral en Salud de cara al cumplimiento de lo establecido en el Modelo Integral de Prestación de Servicios Subred Sur.
- Celebrar con SDS convenios interadministrativos orientados a fortalecer el proceso de implementación de RIAS teniendo en cuenta el recurso humano capacitado con experticia en la gestión administrativa de las mismas.
- Fortalecer técnicamente el recurso humano existente para el manejo integral del riesgo del paciente y la derivación a la respectiva RIA de cara a la gestión del mismo.



- Desarrollar mesas de trabajo interinstitucional para fortalecer el abordaje integral del riesgo del usuario.
- Desarrollar mesas de trabajo institucionales de articulación entre direcciones para fortalecer la identificación del riesgo mediante la atención efectiva Ruta de Promoción y Mantenimiento y el abordaje integral del riesgo del usuario en las Rutas Específicas de Riesgo.
- Documentar los procedimientos de manejo específicos para los factores de riesgo que se identifiquen en la aplicación de las escalas de riesgo por momento de vida.
- Realizar el seguimiento a la continuidad de usuarios asignados a la Subred por base de datos teniendo en cuenta el impacto que se genera cuando las intervenciones de promoción y mantenimiento son realizadas en su completitud.
- Fortalecer la contratación de las RIAS con EPS como respuesta a los perfiles epidemiológicos de la población asignada

Conclusiones y Compromisos: El seguimiento a las acciones correctivas y estrategias planteadas para el avance en la implementación de las RIAS, se hará a través del Aplicativo Almera, con el seguimiento a las acciones correctivas planteadas en el plan de mejora, así como el seguimiento al cumplimiento de indicadores propios de la RIAS, <https://sgi.almeraim.com/sgi/seguimiento/?nosgim#>. También mediante solicitud al proceso de soportes que den cuenta del avance de las estrategias formuladas, así como las fichas de indicadores y su análisis, situación que aplicará solo para aquellos indicadores que no se vean reflejados en el sistema Almera. En cuanto a la periodicidad de estos seguimientos, se aplicará la propuesta por el proceso en el plan de mejora.

151GRS	Cumplimiento de la Meta Terapéutica del Programa de Diabetes Mellitus
152GRS	Cumplimiento de la Meta Terapéutica en el Programa de Hipertensión Arterial (HTA).
210GR	Incidencia de sífilis congénita en partos atendidos en la ESE
216GR	Tasa de mortalidad en menores de 5 años Subred Sur, 2015-2021p
217GR	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años Subred Sur
221GR	Tasa de Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años
270GRS	Porcentaje de Avance en la Implementación de las Rutas Priorizadas en la Subred Sur.
271GRS	Porcentaje de Coberturas de Vacunación BCG
272GRS	Porcentaje de Coberturas de vacunación Pentavalente
273GRS	Porcentaje de Coberturas de Vacunación Triple Viral 1
274GRS	Porcentaje de Coberturas de Vacunación Triple viral 2
275GRS	Porcentaje de Cumplimiento Plan de Trabajo Respuesta Ante la Emergencia COVID-19
276GRS	Porcentaje de Implementación de las Actividades que Correspondan Para la Actualización y Despliegue del Modelo de Atención Primaria en Salud Según Lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud.
277GRS	Porcentaje de Implementación del Modelo de Atención en Salud Rural en la Subred Sur
279GRS	Porcentaje de cumplimiento y soporte de las acciones de los planes de mejoramiento formulados por los procesos de la subred Sur E.S.E.
280GRS	Análisis de mortalidad intrahospitalaria. (PGG)
281GRS	Análisis de mortalidad intrahospitalaria.
282GRS	Proporción de Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación
283GRS	Razón de mortalidad materna Subred Sur,
284GRS	Tasa de mortalidad perinatal Subred Sur

Indicadores del proceso Sistema Almera



Indicadores

Mostrar 20 registros Buscar:

Código	Nombre
285GRS	Tasa de mortalidad infantil Subred Sur
286GRS	Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años Subred Sur
287GRS	Incidencia de sífilis congénita Subred Sur
288GRS	Tasa de Mortalidad por Desnutrición en niños menores de 5 años
289GRS	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía Crecimiento y Desarrollo
290GRS	Proporción de Gestantes Captadas Antes de la Semana 12 de Gestación
291GRS	Tasa específica de fecundidad de 10 a 14 años Subred Sur
292GRS	Tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años Subred Sur
303GRS	Cobertura de vacunación con BCG en el Recién Nacido - EPS Ecoopsos
305GRS	Cobertura de suministro de métodos de planificación familiar en población post evento obstétrico - EPS Ecoopsos

Mostrando registros del 21 al 30 de un total de 30 registros Anterior 1 2 Siguiente

Indicadores del proceso Sistema Almera

CONCLUSIÓN GENERAL AVANCE EN LA IMPLEMETACIÓN DE LA RIAS

Mediante el presente informe, la Oficina de Control Interno puede concluir que las rutas priorizadas por la entidad, cuentan con construcción e implementación, acorde a las directrices dispuestas en la normatividad que las rige: Resolución 302 de 2016, Resolución 3280 de 2018, Política de Atención Integral en Salud (PAIS), entre otras, que para cada una de estas rutas se hizo la identificación de los hitos y elaboración de los indicadores a través de los cuales mide el cumplimiento de la actividades contenidas en cada uno de los hitos.

Frente a la evaluación que realizó el proceso en el primer trimestre para el indicador establecido en POA de proceso vigencia 2022, donde califica el cumplimiento en la implementación de los hitos sobre el 100%, discriminados de la siguiente manera:

Para el I trimestre de 2022, se encuentran implementados el 100% de los mismo (19hitos).

Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud: 4 hitos/4 hitos: 100%

Ruta Materna perinatal: 5 hitos/5 hitos: 100%

Ruta de Riesgo Cardiovascular y metabólica: 5/5 hitos: 100%.

Ruta de Salud mental: 5 hitos/ 5 hitos: 100%.

Frente a este resultado la oficina de control interno manifiesta estar de acuerdo, ya que se pudo evidenciar a través de los soportes entregados, que efectivamente la totalidad de los hitos para cada una de las rutas se encuentran implementados, sin embargo mediante la presente auditoría se pudo evidenciar que dentro de los hitos se encuentran indicadores que deben ser analizados, debido a su bajo porcentaje de cumplimiento, debilidades en su construcción, completitud de la información y demás observaciones planteadas en este informe frente a cada uno de los indicadores a los que se les evidenció debilidades, esto con el fin de hacer más exitosa la implementación de las RIAS y mejorar la condiciones de salud de la población.

FORTALEZAS

- ❖ La implementación de RIAS en la entidad, está a cargo de profesionales idóneos, con los conocimientos y la experiencia suficiente, para lograr el grado de avance en la implementación de RIAS, acorde a lo propuesto por la Subred.
- ❖ El proceso ha logrado avanzar en la implementación de las RIAS, sobre el porcentaje establecido para cada vigencia, pasando de un 30% para la vigencia 2021 a un 50% para la vigencia 2022.



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

- ❖ La entidad cuenta con profesionales capacitados dentro de las unidades en reconocimiento de las actividades de P Y D y los momentos o cursos de vida.
- ❖ Desde los entornos (salud pública), se cuenta con la permanente gestión de líderes y colaboradores en terrenos, promoviendo y haciendo canalización de usuarios hacia los servicios de salud.
- ❖ La entidad cuenta dentro de las localidades. con líderes comunitarios que impulsan y promueven el uso adecuado de los servicios de salud.

OBSERVACIONES

- ❖ Fortalecer el proceso de demanda inducida en cada una de las unidades, a fin de lograr un incremento gradual en los programas de P Y D, que presentan bajo cumplimiento en sus metas.
- ❖ Fortalecer las capacitaciones en los profesionales de enfermería, medicina y odontología lo relacionado a las actividades que comprende los programas de P Y D por momento o ciclo de vida.
- ❖ Fortalecer la comunicación entre los profesionales a fin de fomentar la rotación de pacientes, cuando se detecte que este cumple con las características para la aplicación de actividades de P Y D.
- ❖ Determinar con las auxiliares de enfermería de cada una de las unidades, estrategias para la efectiva y oportuna entrega de resultados de citologías negativos.
- ❖ Crear estrategias para la captación de población en edad fértil en colegios y lograr su adherencia al programa de planificación familiar de cada una de las unidades.

RECOMENDACIONES

- La Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de salud Sur ESE, respecto de la evidencia facilitada para la evaluación efectuada, aclara que la información suministrada para la realización de la Auditoría Implementación de las RIAS Priorizadas, se obtuvo a través de solicitudes y consultas y visitas de campo realizadas por la Oficina de Control Interno. Por lo anterior nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
- Dado que la labor de auditoría interna ejecutada desde la Oficina de Control Interno, está sujeta al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2022, la misma se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, motivo por el cual procedimientos más detallados podrían revelar contenidos no abordados en la ejecución de esta actividad.
- La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en este informe de Auditoría Implementación de las RIAS Priorizadas, incentiva la consideración de las "Recomendaciones" para los planes de mejoramiento a que haya lugar, acorde con el formato establecido, por lo anterior una vez el presente informe quede en firme, el plazo establecido para la entrega del PM será de quince (15) días hábiles a partir del recibo del informe definitivo.

ACLARACIONES GENERALES



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
D. María Marcela Méndez Chaparro
de Sur del Sur E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S. E

INFORME DE AUDITORÍA CONTROL INTERNO

GP-GPA-FT-01 V2

1. La Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de salud Sur ESE, respecto de la evidencia facilitada para la evaluación efectuada, aclara que la información suministrada por Gestión de Riesgo en Salud. - Implementación de RIAS, se obtuvo a través de solicitudes y consultas y visitas de campo realizadas por la Oficina de Control Interno. Por lo anterior nuestro alcance no pretende corroborar la precisión de la información y su origen.
2. Dado que la labor de auditoría interna ejecutada desde la Oficina de Control Interno, está sujeta al cumplimiento del Plan Anual de Auditoría Vigencia 2022, la misma se encuentra limitada por restricciones de tiempo y alcance, motivo por el cual procedimientos más detallados podrían revelar contenidos no abordados en la ejecución de esta actividad.
3. Para la realización de la presente auditoría se aplicaron Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, las pruebas fueron efectuadas mediante muestreo, por consiguiente, pueden no haber cubierto la verificación de la efectividad de todas las medidas de control identificadas por el proceso.
4. La respuesta ante las situaciones observadas por la Oficina de Control Interno de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en este informe para el proceso de Gestión de Riesgo en Salud. - Implementación de RIAS, incentiva la consideración de las "Recomendaciones" para los planes de mejoramiento a que haya lugar, acorde con el formato establecido, por lo anterior una vez el presente informe quede en firme, el plazo establecido para la entrega del PM será de quince (15) días hábiles a partir del recibo del informe definitivo.

Firma:

María de la Cruz Terán Álvarez

AUDITOR LÍDER

Nombre: María de la Cruz Terán Álvarez

Firma:

Astrid Marcela Méndez Chaparro

JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Nombre: Astrid Marcela Méndez Chaparro