

## **INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA CONTROL INTERNO DE CONTROL INTERNO NOVIEMBRE 2015 A FEBRERO DE 2016 LEY 1474 DEL 2011**

La ESE Hospital del Sur – GJP, fue constituido mediante el Acuerdo Municipal No.011 de Agosto 03 de 1999, con el objeto social de prestación de servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud. En desarrollo de este objeto podrá contratar con los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, la realización de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud en el primer nivel de complejidad y de acuerdo a su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa. Asimismo, la Prestación de servicios correspondientes al Plan Obligatorio de Salud-POS, de acuerdo con su capacidad. El desempeño como centro de investigación, adiestramiento y formación del personal requerido por el sector salud, para la cual coordinará sus acciones con otras entidades públicas o privadas.

### **FORTALEZAS**

La ESE Hospital del Sur – GJP, como Hospital Acreditado en los servicios de salud, otorgado por el Icontec y el Ministerio de la Protección Social, además ha obtenido los siguientes reconocimientos:

- El certificado Sistema de Gestión de Calidad NTC ISO 9001:2000, en el año 2000
- La Certificación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, incluye el Sistema Único de Acreditación y de Habilitación, desde el año 2003.
- El Certificado de Acreditación en Salud, desde el año 2005 - 2015, otorgado por el ICONTEC.
- La Certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia – IAMI, año 2005
- Los Premios de Calidad en Salud Colombia Categoría Bronce en el año 2006 y 2009.
- El certificado de Responsabilidad Social, desde el año 2009, otorgado por FENALCO – Antioquia.
- Reconocimiento de Microsoft – Por el Uso de las Tecnologías en salud, en el año 2010.
- El galardón Top Bench Primer Lugar en Excelencia en la Gestión, 2011 – 2013.
- El premio de Gestión Transparente Antioquia SANA - 2013, Galardón PLATA, otorgado por la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, el Área Metropolitana y AESA.
- El premio de Gestión Transparente Antioquia SANA - 2014, Galardón ORO, otorgado por la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, el Área Metropolitana y AESA.

- Premio a la Excelencia a la Gestión en Experiencias Exitosa en Urgencias.- Top Bench el 22 de octubre de 2015.
- Experiencia Exitosa en Humanización de la atención en Servicios de Salud en la Red Metropolitana de Salud el 15 de julio de 2015.
- Premio Gestión Transparente, la ESE recibe un Reconocimiento por la Gestión Transparente que ha tenido la Empresa en el año 2015.
- Expositores Club Bench- Departamento de Cundinamarca -Experiencia Exitosa en Seguridad del Paciente del año 2015.

## **1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

El Hospital del Sur, cuenta con un documento Socializado y Evaluado (Plan de Desarrollo 2012- 2015 "Nos Unimos al Cambio", el cual se encuentra actualizado y publicado en la página Web institucional. El Plan de Desarrollo incluye el Plan Estratégico, la estructura organizacional, los principios, valores, el Código de Ética, misión, visión, políticas institucionales, los proyectos, planes de acción, el normograma institucional, el plan de compras, el plan de mantenimiento, el plan Anticorrupción y de Atención a las Personas y el recurso humano presupuestado para cada vigencia, manual de perfiles y competencias, los indicadores de gestión, la rendición de cuentas, los estados financieros, el Directorio de los funcionarios, los procesos judiciales, las manifestaciones que pueden realizar los usuarios vía web, las ofertas de empleo, informes de interés entre otros y solicitar las citas vía web.

Igualmente la entidad cuenta con: Procedimientos de selección y vinculación de personal, inducción, reinducción y entrenamiento, evaluación de desempeño, procedimiento docencia asistencial, Comité de Control Interno disciplinario, plan de formación, actos administrativos por la cual se adopta el MECI, los cuales se están actualizados con la nueva normatividad y estructura de acuerdo al Decreto 943 de mayo 21 del 2014, el plan de trabajo se encuentra con un seguimiento anual promedio 97% es decir, se encuentra evaluado de manera satisfactoria.

El hospital también cuenta con el plan de referencia comparativa, direccionamiento estratégico, Código de Ética y Buen Gobierno, el cual tiene una calificación promedio anual del 97%, es decir, se encuentra evaluado de manera satisfactoria.

Se realizan las rondas de liderazgo, plan de implementación y de socialización de normas, planes de mejoramiento a funcionarios, programas y proyectos, plataforma estratégica, los planes de trabajo de comités tienen un promedio anual evaluado del 89% y los planes corporativos se encuentran evaluados en un 92%, mapa de procesos, caracterización de procesos, entre otros.

La evaluación del plan de desarrollo se divide en cinco (5) perspectivas, con corte a diciembre 31 de 2015:

La interpretación de la calificación es de la siguiente manera:

- Satisfactoria: calificación igual o superior al 90% y que se resalta con color verde.
- Aceptable: calificación entre 80% y 89% y que se resalta con color amarillo.
- Regular: calificación por debajo del 79% y se destaca con color rojo.

No.	PERSPECTIVAS	% DE AVANCE PROMEDIO A DICIEMBRE DE 2015
1	IMPACTO	83%
2	CLIENTES	97%
3	PROCESOS INTERNOS	89%
4	APRENDIZAJE E INNOVACION	87%
5	FINANCIERA	71%
	<b>AVANCE PROMEDIO DICIEMBRE DE 2015</b>	<b>85%</b>

### **En conclusión:**

Las Perspectivas estrategia calificada de manera satisfactoria con un 97% es la de Clientes, en el cual lo integran la oficina de atención al usuario con la medición de las encuestas de satisfacción de los usuarios y los planes del proceso de Comunicaciones.

Las perspectivas de Impacto, Procesos Internos y Aprendizaje e Innovación obtuvieron una calificación aceptable y la Financiera obtuvo una calificación regular con un 71% a 31 diciembre de 2015.

### **METAS INCUMPLIDAS POR PERSPECTIVA:**

#### **IMPACTO:**

- ✓ Con una calificación aceptable del 83% le faltó por cumplir las metas y objetivos de de Proyección de los Usuarios Afiliados en línea que para el cuatrienio la meta es de (20.000).
- ✓ La Proporción de embarazos en adolescentes, con una meta del 26%, la cual no se logró y siempre estuvo por encima de dicha medición, a diciembre de 31 del 2015 quedó en un 28%.

#### **PROCESOS INTERNOS:**

- ✓ Cumplimiento del Plan de Sistematización del software para el manejo de los Eventos Adversos.
- ✓ Proporción de cumplimiento de la Norma de Calidad para la Certificación de Sistemas de Información.
- ✓ Adquisición de una Compresora de Residuos.
- ✓ Adquisición de Paneles Solares
- ✓ Adquisición del Software para la Marcación Dactilar

- ✓ Puesta en marcha del Proyecto de del Software administrativo y asistencial Panacea
- ✓ Software de Telemetría
- ✓ Cámaras de Seguridad (Calatrava y Santamaria)
- ✓ Software del Call Center
- ✓ Adecuación de gimnasio y
- ✓ Adecuación de auditorio

#### APREDIZAJE:

- ✓ Proporción de Cumplimiento de los Equipos de cómputo del hospital Actualizados con el Software de Licenciamiento.
- ✓ Proporción de Cumplimiento del Proyecto Voz IP.

#### FINANCIERA:

- ✓ Cartera recuperada cobros Pre jurídicos con Abogados Externos.
- ✓ Cartera recuperada cobros jurídicos con Abogados Externos.
- ✓ Cartera recuperada por castigo de deudas

A continuación presento el cuadro con la evaluación del cuatrienio del Plan de Desarrollo y en el cual incide la calificación por las metas propuestas y no realizadas como lo mencionamos anteriormente.

No.	PERSPECTIVAS	% AVANCE SEM II - 2012 - DICIEMBRE DE 2012	% AVANCE SEM III -2013 - JUNIO DE 2013	% AVANCE SEM IV-2013 - DICIEMBRE 2013	% AVANCE SEM V-2014 - JUNIO DE 2014	% AVANCE SEM VI-2014 - DICIEMBRE DE 2014	% AVANCE SEM VII-2015 JUNIO DE 2015	% AVANCE SEM VIII-2015 - DICIEMBRE DE 2015	% PROMEDIO DEL PLAN DE DESARROLLO 2012 - 2015
1	IMPACTO	79%	69%	93%	87%	87%	81%	83%	83%
2	CLIENTES	75%	67%	90%	100%	90%	99%	97%	88%
3	PROCESOS INTERNOS	60%	75%	95%	88%	91%	93%	89%	84%
4	APRENDIZAJE E INNOVACION	100%	56%	91%	91%	92%	96%	87%	88%
5	FINANCIERA	60%	82%	82%	68%	98%	98%	71%	80%
<b>AVANCE PROMEDIO POR SEMESTRE</b>		<b>75%</b>	<b>70%</b>	<b>90%</b>	<b>87%</b>	<b>92%</b>	<b>93%</b>	<b>85%</b>	<b>85%</b>

#### **Análisis General:**

Se puede observar que en el primer año del 2012, es decir semestre I, en el cual es nombrada la gerente en el mes de marzo para el cuatrienio 2012 – 2016, dicho semestre no es evaluado porque se denomina semestre de Planificación, y es donde se conforma el equipo de trabajo quien acompañara a proyectar las metas, los objetivos, los principios, del cuatrienio 2012 – 2016 dividido en ocho (8) semestres y como producto de dicho ejercicio se elabora el Plan de Desarrollo, denominado “Nos Unimos al Cambio”.

Para el II semestre del 2012 con una valoración de forma regular del 75% se da comienzo a la ejecución de los planes trazados por la administración del hospital y se puede denominar la etapa del conocimiento de cada líder de área de trabajo y su personal a cargo o equipo de trabajo, los cuales son responsables de la ejecución de los planes y el cumplimiento del Plan de desarrollo.

Para los años 2013, 2014 y primer semestre del año 2015, que es la etapa de la consolidación, se evaluó con calificaciones en promedio satisfactorio. El segundo semestre del 2015 fue anteriormente objeto de análisis en la parte superior.

En promedio el seguimiento del Plan de Desarrollo “Nos Unimos al Cambio” en el cuatrienio 2012-2016 se evaluó en forma aceptable con un 85% de calificación. Afectado por el análisis que se realizó anteriormente y por Perspectivas.

## **2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

Adicionalmente la ESE, tiene soportados, divulgados, publicados y caracterizados los documentos que define la ejecución de los procesos, procedimientos, las guías, políticas, manuales, protocolos, modelo de escucha activa, encuestas de satisfacción, oficina de atención al usuario, buzones de sugerencias, quejas y reclamos, incluso hay acceso directo para interponerlas por parte de los usuarios a través de la página WEB, en el cual se puso al servicio de la comunidad en el año 2015; la evaluación de proveedores, indicadores, formatos, todos están debidamente actualizados, permitiendo una adecuada ejecución de las estrategias, actividades, proyectos y tareas. Además la entidad cuenta con el plan de información Primaria, con un software llamado Workmanager, que sirve para una adecuada recepción, registro, distribución y seguimiento de los documentos; el plan de información primario tuvo una ejecución promedio en el año del 82%. El cual corresponde a una evaluación aceptable.

La oficina de atención al ciudadano realiza el informe semestral de manera oportuna y publicada en la página web institucional. El informe sobre las peticiones, quejas y reclamos, de acuerdo al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011 y se elabora bajo la supervisión y seguimiento del Jefe de Control de Interno.

Asimismo, se cuenta con la matriz de información secundaria, en la cual se determina el responsable de los informes a rendir a los entes de control o de vigilancia, asimismo como la periodicidad, medio de transmisión del informe. Dicho plan tuvo una ejecución promedio en el año del 94%. El cual corresponde a una evaluación satisfactoria.

Las Tablas de Retención Documental-TRD y las Tablas de Valoración Documental-TVD permiten tener los procedimientos del archivo actualizados, de acuerdo a la Ley 594 de 2000, así como el registro de las transferencias del archivo de gestión al archivo central e histórico y la disposición final. Es de relevancia importante mencionar que el hospital realizó la contratación con los señores Mauricio Valencia Vergara y Liceth Márquez, para las vigencias 2014 y 2015 para dar cumplimiento con el proceso de TRD y TVD, pero a 31 de diciembre de 2015 no fue aprobado el Archivo Departamental. La evaluación del plan de trabajo del comité de archivo acumulado para la vigencia 2015 fue del 70%, el cual es regular dado que dio por debajo del 80% del límite inferior de los Planes de trabajo de los Comités.

Además el hospital cuenta con las reuniones de personal con una evaluación promedio anual al 2015 del 90%, asimismo, se cuenta con comité de bienestar social, con un seguimiento promedio del 79% el cual

corresponde a una evaluación regular. Todas las actas se encuentran publicadas en el software de Calidad Isolucion.

La Autoevaluación del control y de gestión de Habilitación y de Acreditación se evalúa anualmente y se dan recomendaciones pertinentes, los cuales sirven para realizar acciones correctivas o incluso en el levantamiento de Planes de mejoramiento.

El hospital cuenta con un comité del más alto nivel jerárquico, denominado Comité de Calidad y de Control Interno y el cual se reúne de manera trimestral y tiene como objetivo la presentación de informes gerenciales de cada proceso, pero éste comité en la vigencia 2015 solo se reunió de forma presencial para el primer trimestre, los demás no se realizaron, se entregan las presentaciones a la secretaria de dicho comité para que las suba al software de calidad; el seguimiento del último trimestre se realiza en conjunto con la jornada de planeación del año siguiente, el cual tuvo lugar los días 8 y 9 de febrero del 2016.

Asimismo se realizan los análisis de los indicadores de cada proceso de tal manera que sirva para la toma de decisiones y las acciones pertinentes de mejora, se realiza seguimiento a los planes de mejora, plan de trabajo de los comités, informes ejecutivos a los diferentes entes de control, planes de mejora individual, informes de gestión.

Los Planes de Acción se dividen en cinco (5) líneas estratégicas y tienen los siguientes resultados con corte a hasta el 31 de diciembre de 2015 y comparativo de igual forma del cuatrienio, como se expone en los siguientes cuadros.

La interpretación de la calificación es de la siguiente manera:

- Satisfactoria: calificación igual o superior al 90% y que se resalta con color verde.
- Aceptable: calificación entre 80% y 89% y que se resalta con color amarillo.
- Regular: calificación por debajo del 79% y se destaca con color rojo.

No.	PLANES DE ACCIÓN	% AVANCE TRIMESTRE I DE 2015	% AVANCE TRIMESTRE II DE 2015	% AVANCE TRIMESTRE III DE 2015	% AVANCE TRIMESTRE IV DE 2015	PORCENTAJE DE AVANCE ACUMULADO 2015
1	LINEA ESTRATEGICA No. 1: MÁS Y MEJORES SERVICIOS DE SALUD	90%	96%	95%	94%	94%
2	LINEA ESTRATÉGICA No. 2. INSTITUCIÓN FORTALECIDA Y EN CONSTANTE DESARROLLO	66%	92%	86%	82%	82%
3	LINEA ESTRATEGICA No. 3: INFRAESTRUCTURA SEGURA, RENOVADA Y ACCESIBLE	100%	100%	95%	100%	99%
4	LINEA ESTRATEGICA No. 4: TALENTO HUMANO FORTALECIDO	89%	95%	91%	86%	90%
5	LINEA ESTRATEGICA No. 5: LA CALIDAD UNA CULTURA ORGANIZACIONAL	82%	89%	93%	86%	88%
<b>PROMEDIO ACUMULADO PLANES DE ACCIÓN</b>		85%	94%	92%	90%	90%

En el cuadro anterior se puede analizar que las estrategias de Institución fortalecida y en constante desarrollo con un 82% y la estrategia de Calidad Una Cultura Organizacional con un 80% tiene un seguimiento aceptable. Más adelante, cada línea estratégica la desagregaremos por procesos.

Los demás procesos como: Más y Mejores Servicios de Salud, Infraestructura, Segura, Renovada y Accesible y la de Talento Humano Fortalecido, obtuvieron una calificación acumulada de manera satisfactoria.

A continuación, desagregaremos las Líneas Estratégicas por procesos, para una mejor comprensión e interpretación, el cuadro comprende la calificación final por año, durante el cuatrienio de la administración actual 2012-2015, y se analizarán las calificaciones que se encuentran por debajo del 80% al 2015 y en el Cuatrienio, es decir con evaluación Regular y que no cumplieron con el objetivo del Plan de Acción:

**LINEA ESTRATEGICA No. 1: MÁS Y MEJORES SERVICIOS DE SALUD**

1. ESTRATEGIA DE MÁS Y MEJORES SERVICIOS DE SALUD					
AÑO	2012	2013	2014	2015	PROMEDIO
PROCESOS	% EJECUTADO	% EJECUTADO	% EJECUTADO	% EJECUTADO	POR PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	81%	84%	90%	94%	87%
ACCESIBILIDAD		92%	61%	75%	76%
ASEGURAMIENTO		91%	100%	100%	97%
ASISTENCIAL (HOS, URG, C.E)	85%	92%	88%	100%	91%
ODONTOLOGIA	56%	83%	94%	89%	81%
LABORATORIO	86%	73%	60%	98%	79%
IMAGINOLOGIA	93%	73%	78%	83%	82%
FARMACIA	77%	89%	71%	96%	83%
REDES		100%	100%	100%	100%
SEGURIDAD		86%	93%	98%	92%
<b>PROMEDIO ANUAL</b>	<b>80%</b>	<b>86%</b>	<b>84%</b>	<b>93%</b>	<b>87%</b>

**Nota:** los espacios en blanco no tenían plan de acción a dicha vigencia. Solo se comenzó a evaluar a partir del 1 de enero del 2013.

- **Accesibilidad:** con una calificación final a diciembre 31 de 2015 del 75% y promedio en el cuatrienio del 76% debido a que las tareas de: Asignación de citas ambulatorias vía web, diseño, capacitación, lanzamiento, inicio, seguimiento y evaluación, era para cumplirse en la vigencia 2014 y se cumplió para el año 2015.

Y la tarea del Fortalecimiento de herramientas informáticas para la gestión de citas en call center, para el año 2014 que no se cumplió y para la vigencia 2015 se avanzó en un 50% esta tarea por la adquisición de la planta de IP y la licencia de la Planta IP.

- **Laboratorio:** Con una calificación promedio del cuatrienio del 79%, debido a que no se realizaron las evaluaciones y el fortalecimiento de las competencias del personal en Acreditación: capacitar, evaluar, retroalimentar para el año 2014; Capacitar el personal del servicio en el Manual de Control de calidad de laboratorio clínico, realizar la capacitación, la auditoría, evaluar y retroalimentar para los años 2013 y 2014 e implementar la estrategia de toma de muestras domiciliaria en la sede de Calatrava para la vigencia 2014.

Los demás procesos como: Promoción y Prevención, Odontología, Imaginología y Farmacia, quedaron con un cumplimiento aceptable en el cuatrienio y los procesos calificados de manera satisfactoria son: Aseguramiento, Asistencial (Hospitalización, Consulta externa y Urgencias), el Proyecto de Redes y Seguridad del Paciente.



**En conclusión:**

La estrategia Más y mejores Servicios de Salud, quedó con una calificación promedio en el cuatrienio del 87%, es decir, la estrategia se cumplió de forma aceptable en los objetivos trazados.

**LINEA ESTRATEGICA No. 2: INSTITUCIÓN FORTALECIDA Y EN CONSTANTE DESARROLLO**

2. INSTITUCIÓN FORTALECIDA Y EN CONSTANTE DESARROLLO					
AÑO	2012	2013	2014	2015	PROMEDIO
PROCESOS	% EJECUTADO	% EJECUTADO	% EJECUTADO	% EJECUTADO	POR PROCESO
FINANCIERO, DIRECCIÓN Y GERENCIA	83%	67%	83%	89%	81%
COMUNICACIÓN		94%	90%	97%	94%
GEST. TECNOLOGIA	97%	100%	80%	75%	88%
GEST. INFORMACIÓN	96%	79%	49%	64%	72%
<b>PROMEDIO ANUAL</b>	<b>92%</b>	<b>85%</b>	<b>76%</b>	<b>81%</b>	<b>84%</b>

- **Gestión de la Tecnología:** con una calificación del 75% para la vigencia 2015, no se realizaron las siguientes tareas: Adquisición, puesta en marcha y evaluación del impacto de los equipos de telemetría, la ampliación de los puntos de censado de telemetría y la implementación del software integral de mantenimiento.
- **Gestión de la Información:** con una evaluación del 64% el año 2015 y un promedio evaluado durante del cuatrienio del 72%, faltaron por realizar las siguientes tareas:
  - ✓ Conservación de la dinámica de fortalecimiento y mejoramiento del software asistencia y administrativo informático de CNT a PANACEA que se encuentra en proceso de cambio por tres vigencias, 2013, 2014 y 2015.
  - ✓ Aplicación de pruebas y puesta en marcha de módulos Panacea.
  - ✓ Estabilización y ajustes a módulos asistenciales.
  - ✓ Capacitación y parametrización de módulos administrativos.
  - ✓ Aplicación de pruebas y puesta en marcha de módulos
  - ✓ Estabilización y ajustes a módulos administrativos.
  - ✓ Implementación del software para la marcación dactilar: Cotización, desarrollo, implementación y capacitación.
  - ✓ Presentación del proyecto de la plataforma Gestión Talento Humano para el año 2013.
  - ✓ Implementación Software Gestión Call center para las vigencias 2013, 2014 y 2015.
  - ✓ Implementación Software para mantenimiento biomédico y calibración 2013.

- ✓ Actualización y Legalización de Licencias de Software para los equipos de cómputo, para los años 2013, 2014 y 2015.
- ✓ Actualización y Cambio de Cableado Estructurado para los años 2013 y 2014.
- ✓ Fortalecimiento del sistema de seguridad mediante cámaras para los años 2013, 2014 y 2015.
- ✓ Fortalecimiento Software Telemetría en las vigencias 2014 y 2015
- ✓ Fortalecimiento del sistema para el llamado de turnos en los años 2014 y 2015

**En conclusión:**

La estrategia Institución Fortalecida y en Constante Desarrollo, quedó con una calificación promedio en el cuatrienio del 84%, es decir, la estrategia se cumplió de forma aceptable.

**LINEA ESTRATEGICA No. 3: INFRAESTRUCTURA SEGURA RENOVADA Y ACCESIBLE**

<b>3. INFRAESTRUCTURA SEGURA, RENOVADA Y ACCESIBLE</b>					
<b>AÑO</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>PROMEDIO</b>
<b>PROCESOS</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>POR PROCESO</b>
INFRAESTRUCTURA SEGURA, RENOVADA Y ACCESIBLE		92%	50%	98%	80%
AMBIENTE FÍSICO	82%	63%	98%	100%	86%
<b>PROMEDIO ANUAL</b>	<b>82%</b>	<b>78%</b>	<b>74%</b>	<b>99%</b>	<b>83%</b>

**En conclusión:**

La estrategia de Infraestructura Segura, Renovada y Accesible, quedó con una calificación promedio en el cuatrienio del 83%, es decir, la estrategia se cumplió de forma aceptable los objetivos que se trazaron. Aunque cabe destacar que al comparar la vigencia 2015 con los años anteriores tuvo una mejoría muy significativa y dicha vigencia (2015) quedó evaluada en un nivel Satisfactorio del 95%.

**LINEA ESTRATEGICA No. 4: TALENTO HUMANO COMPETENTE, SATISFECHO Y COMPROMETIDO**

<b>ORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO COMPETENTE, SATISFECHO Y COMPROMETIDO</b>					
<b>AÑO</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>PROMEDIO</b>
<b>PROCESOS</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>POR PROCESO</b>
FORTALECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO	100%	67%	94%	85%	87%
<b>PROMEDIO ANUAL</b>	<b>100%</b>	<b>67%</b>	<b>94%</b>	<b>85%</b>	<b>87%</b>

**En conclusión:**

La estrategia de Talento Humano, quedó con una calificación promedio en el cuatrienio del 87%, es decir, la estrategia se cumplió de forma aceptable. Aunque cabe mencionar que la vigencia 2015 tuvo una reducción con respecto al año anterior y esto se debe a las tareas pendientes de realizar una Resolución de adopción del modelo de evaluación por competencia; proyectar y aprobar la Resolución para el proceso de Evaluación de Desempeño de acuerdo a los criterios de desempeño definidos dentro del Manual de Perfiles y Competencias Laborales; incluso dentro del Plan de Acción de Talento Humano, se incluyó la adecuación de los espacios para el acondicionamiento físico y el auditorio.

**LINEA ESTRATEGICA No. 5: CALIDAD, UNA CULTURA ORGANIZACIONAL**

<b>5. CALIDAD UNA CULTURA ORGANIZACIONAL</b>					
<b>AÑO</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>PROMEDIO</b>
<b>PROCESOS</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>% EJECUTADO</b>	<b>POR PROCESO</b>
SISTEMA GARANTIA DE LA CALIDAD		79%	75%	85%	<b>80%</b>
ATENCIÓN AL USUARIO	91%	57%	97%	89%	<b>84%</b>
GESTIÓN DOCUMENTAL		74%	87%	83%	<b>81%</b>
<b>PROMEDIO ANUAL</b>	<b>91%</b>	<b>70%</b>	<b>86%</b>	<b>86%</b>	<b>82%</b>

**En conclusión:**

La estrategia de Calidad, quedó con una calificación promedio en el cuatrienio del 82%, es decir, la estrategia se cumplió de forma aceptable y fue una calificación para el cuatrienio de manera constante.

De otra parte, el Hospital cuenta con un cronograma anual de auditorías internas, y arrojó una calificación aceptable del 88%.

Se cuenta con el seguimiento semestral del cumplimiento de las políticas institucionales el cual tiene un promedio en la vigencia del 2015 del 93% y promedio del cuatrienio del 91%, es decir una evaluación satisfactoria.

Asimismo, se realiza seguimiento a las adherencias a guías, protocolos, manuales en todos los procesos. El resultado de las auditorías realizadas a los diferentes procesos sirve de insumo para aplicar el modelo de mejoramiento y tomar las acciones correctivas necesarias para el mejoramiento continuo de la ESE, de lo anterior se realizaron los informes finales de las mismas y los planes de mejoramiento respectivo,

ESE HOSPITAL DEL SUR "GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA"

Sede San Pío: Calle 33 No. 50A-25 – Administración piso 3 – Sede Calatrava: Calle 63 No. 58FF-11

Sede Santamaría: Calle 73 A No. 52B-25 – PBX: 444 57 55

[www.hospitaldelsur.gov.co](http://www.hospitaldelsur.gov.co)

los cuales se encuentran publicados en el Software de Calidad Isolucion. El seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoras quedo así: Procesos asistenciales con un promedio del 87%; procesos Administrativos con un 86%.

Se realizó la rendición de cuentas, la cual se realizó la convocatoria en la página web institucional, en carteleras de las salas de espera del hospital, en el sistema de altavoz de la ESE, por Twiter, Facebook, entre otras, la cual se realizo en el mes de marzo en la cámara de comercio del aburra sur y en diciembre en el auditorio del hospital de la sede de Santamaria, en la cual se incluyó la encuesta de satisfacción a los asistentes; se contó con la presencia de: proveedores, liga de usuarios, líderes comunales, damas voluntarias, madres fami, entes de control, comunidad de la tercera edad, veedurías, concejales y comunidad en general; tal como lo establece la Ley 489 de 1998 y las demás normas que la regulan.

La Evaluación Anual al Sistema de control Interno, a través del aplicativo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, el cual se presenta de manera oportuna y con un nivel de madurez avanzado a diciembre de 2014 con un puntaje del 95.14%. Adicionalmente ya se realizó la presentación de la misma para la vigencia 2015, pero el resultado de la evaluación lo presentan para el mes de marzo por parte de la DAFP.

Se realizan y se publican los informes cuatrimestrales Pormenorizados de Control Interno, da cuerdo a la Ley 1474 del 2011 y se encuentran publicados en la página web institucional.

Asimismo y con la expedición del Decreto 943 del 2014, de la DAFP, por medio de la cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno - MECI, fue implementación en la ESE sin, pues se pudo completar todas las fases y la evaluación inicial del diagnostico la cual arrojo un puntaje del sistema del 4.85, sobre 5. Una vez realizado el Plan de trabajo y la ejecución y seguimiento, esta calificación se debe a una actualización al componente de la administración del Riesgo, en la cual se realizó el respectivo Plan de trabajo y se realiza el cierre del mismo, en la actualidad se tiene el mapa de riesgos actualizado, incluso se adicionó los riesgos anticorrupción y los riegos por cada proceso habilitado.

Por lo anterior, se realizó la implementación de la actualización del MECI desde la fase 1: Del conocimiento hasta la fase 5: Del cierre del Plan de Trabajo, lo anterior consta en las actas del Grupo operativo MECI que se publicaron en el software institucional Isolucion.

### **3. EJE TRANSVERSAL - COMUNICACIONES**

El Hospital cuenta con unos excelentes canales de comunicación tales como: Pagina web, intranet, carteleras, procedimientos de comunicación tanto organizacional como informativa, revistas, boletines institucionales, campañas institucionales, manual de imagen corporativa, alto parlantes, consentimientos informados, oficina de atención al usuario, rendición de cuenta, todo esto da cuenta de una gestión transparente y pública. Lo anterior se encuentra publicado en la página WEB Institucional.

El plan de acción a 31 de diciembre del 2015 fue del 97% y los planes corporativos de Información Organizacional del 99% e informativo del 100%, el plan de medios de comunicación 94% y de información publicada en carteleras del 100%.

Se publicó en la página Web del Hospital el Estatuto Anticorrupción y de Atención al ciudadano, cumpliendo con la normativa de la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública. Además, se realizó el plan de trabajo para cumplir con los requisitos que la misma norma exige, de tal manera que podamos mejorar y culturizar a los funcionarios sobre los temas Anticorrupción, Antitrámites y de Transparencia, con un seguimiento a 31 de diciembre de 2015 del 97%.

## **DIFICULTADES**

- ✓ Una de las debilidades más importantes es la crisis económica por la que pasan todos los hospitales en el país, la falta de disminución de los recursos del gobierno nacional a las entidades territoriales, la falta de pago de las EPS a los hospitales e IPS, de igual forma el no pago de las personas naturales, el traslado de los usuarios vinculados al sisben y éstos a las EPS, el poco margen de utilidad en la contratación y la reducción de la contratación año tras año, en nuestro caso con SAVIA Salud y la falta de aceptación de la remisión de manera oportuna, todo esto incrementa la crisis del sector.
- ✓ La parametrización y puesta en marcha del software empresarial (Administrativo y Asistencial), que se encuentra retrasada para su puesta en marcha dos (2) vigencias, 2014 y 2015 y de la cual según el Ingeniero de sistemas en la jornada de comité directivo de Calidad y Control Interno que se realizó en el mes de febrero del 2016, indicó que no se ha tomado una decisión al respecto; Sí, se continua con el proyecto o se suspende, teniendo en cuenta que se lleva trabajando con dicho proceso alrededor de tres periodos y se ha invertido mucho recurso humano y financiero.
- ✓ Con respecto a la cartera, en la parte superior se menciona la escasa gestión para realizar el proceso jurídico, además que el hospital no ha tenido una persona idónea con experiencia y de forma continua para identificar la cartera real del hospital, dado que se ha realizado circularizaciones e incluso derechos de petición por parte del médico auditor para la vigencia 2015, de las cuales algunas entidades respondían que no tienen cartera pendiente con el hospital, incluso que ya habían pagado y envían los soportes respectivos. Por lo anterior, sugiero que es un tema relevante para trabajar en el año 2016 para la próxima administración.
- ✓ Se contrato con varios abogados externos exclusivamente para la caracterización y recuperación de la cartera para las vigencias 2012, 2013, 2014 y 2015; pero de acuerdo a la auditoría interna y a la escasa identificación desde contabilidad de los recursos recuperados no se evidencia gestión alguna o iniciación de cobro jurídicos.

- ✓ Se cuenta a diciembre 31 de 2015, con cuatro abogados, de los cuales tres (3) son externos, encargados de manejar la contratación y las demandas en contra del hospital, evidenciándose falta de gestión del comité de contratación, ausencia de plan de trabajo y de actas subidas al sistema. Solución de dicho comité, Además la asesoría de éstos brinda es la de racionalizar el gasto o la pertinencia o necesidad del servicio a contratar pero que la cuenta 5-Gastos de la contabilidad aumento considerablemente del año 2015 con respecto al año 2014. La cuarta abogada es la Asesora jurídica interna, la cual maneja los temas de Derechos de petición, tutelas, socialización e implementación de normas, acompañamiento y apoyo jurídico para que la ESE ingrese como acreedor de las diferentes entidades que se liquidan, brinda soporte jurídico a los procesos del hospital, integrante del grupo formal de trabajo de control interno disciplinario, a la cual se le asignó la función de otorgar las resoluciones y custodiarlas.
- ✓ En el área financiera no se cuenta con un líder que se encargue de la toma de decisiones o de asumir la responsabilidad en cuanto apropiarse o apersonarse del proceso financiero, dado que los funcionarios de presupuesto realiza sus actividades, contabilidad, activos fijos, cartera, cuentas por pagar y tesorería, cada uno de igual manera, cada uno realiza sus funciones pero no hay quien los dirija o articule de tal manera que el proceso financiero tenga un responsable en quienes ellos se sientan apoyados o respaldados para la toma de decisiones, tal como lo expresan el personal en las diferentes auditorías internas; incluso no hay quien se haga responsable de realizar los planes de mejora de las mismas.
- ✓ Igualmente el hospital, se encuentra en la actualidad con un Programa de Sanearamiento Fiscal y Financiero-PSFF, suscrito con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público-MHCP, desde la vigencia 2014, mediante la Resolución 2090 de mayo de 2014, el cual paso de categoría de riesgo para las Empresas Sociales del Estado del Nivel Territorial, de riesgo bajo a medio y el cual se adoptó el PSFF mediante Acuerdo de Junta Directiva 005 de agosto de 2014 y el cual el MHCP devuelve el PSFF para realizar unos ajustes de acuerdo a las observaciones planteadas por el área de apoyo fiscal del MHCP, la realización y acompañamiento a la formulación e implementación fue y es acompañada por dos asesores financieros externos y que en la actualidad, es decir 2016 siguen con contrato vigente.

Para el año 2015 el hospital adopta el PSFF mediante Acuerdo de Junta 002 de febrero de 2015, en el cual se autoriza a la gerente de la ESE a racionalizar el gasto y a fortalecer los ingresos y reestructuración de los pasivos, sin afectar la continuidad, la oportunidad, la pertinencia y la calidad en la prestación de los servicios de salud a los usuarios. Asimismo el MHCP expide la Resolución 1893 de mayo de 2015, en el cual se categoriza el hospital en Riesgo Alto; el cual el PSFF debe contener medidas estructurales y coyunturales que conduzcan a la formulación de decisiones efectivas y por tanto programas eficaces, que garanticen la permanencia de los hospitales y su sostenibilidad a mediano y largo plazo.

En ese orden de ideas y analizada la información reportada y al SIHO, Contaduría General de la Nación y soportada en la contabilidad del hospital con corte a 31 de diciembre de 2015 se puede

diferir que: Para la vigencia 2015, hubo un incremento sustancial en el activo producto de la valorización de los bienes inmuebles de las sede Calatrava y la sede de San Pio. Sin embargo, hubo una reducción sustancial de los ingresos y un incremento de Los gastos Administrativos, Cuentas por pagar y pasivos. Asimismo, resaltar que los costos de los servicios de salud son superiores a la venta de servicios de salud.

En ese orden de ideas y a la suma de la crisis del área de la salud que atraviesa el país, se puede concluir que no se cumplió con lo ordenado en el PSFF que se suscribió con el MHCP, en el cual no hubo fortalecimiento de los ingresos, disminución de los gastos, ni tampoco se realizó una reestructuración de los pasivos; por tanto el Hospital del Sur para la vigencia 2016, financieramente seguirá en riesgo financiero y fiscal alto, el cual conllevaría a un hospital más vulnerable financieramente y presupuestalmente y la Junta Directiva en cabeza de su Presidente deberán tomar decisiones urgentes para que el hospital comience con una reestructuración inmediata o a una intervención económica.

Cordialmente,

**JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARÍA**

Jefe de Control Interno  
ESE Hospital del Sur – GJP