

INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA CONTROL INTERNO DE MARZO A JUNIO DE 2017 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.

FORTALEZAS

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

El Hospital del Sur, cuenta con un documento Socializado y Evaluado (Plan de Desarrollo 2016-2019) "SALUD CON EQUIDAD", en la cual se materializará los objetivos trazados por la gerencia del Dr. Oscar Fernando Jimenez López, y se desarrolla en las tres (3) sedes de atención del hospital distribuidas estratégicamente en el área del municipio de Itagüí (San Pío, Santamaría y Calatrava). Con el fin de hacer operativo el planteamiento estratégico se realizará en planes de acción anuales para cada uno de los siguientes programas, dividido en Misional y Administrativo:

1. La Misional, que es la Atención en la prestación de los servicios de salud de forma humanizada, segura, oportuna, pertinente, accesible, continua con eficiencia, logrando impactar en la comunidad; cuenta según la nueva planta de cargos con 62 personas de planta global (Acuerdo No. 16 de noviembre 22 de 2016), y para el cumplimiento misional se ejecutará en 8 programas (planes de acción):

- ✓ Hospitalización, Consulta Externa y Hospitalización
- ✓ Farmacia
- ✓ Odontología
- ✓ Protección Específica y Detección Temprana
- ✓ Seguridad del Paciente

- ✓ Vigilancia Epidemiológica
- ✓ Imaginología
- ✓ Laboratorio

La Administrativa, como parte fundamental para el desarrollo y apoyo a su misión, con el fin de ser un hospital eficiente se requiere tener definidos claramente sus planes, objetivos, conociendo su realidad, direccionar sus procesos para alcanzar las metas planteadas, es así que la parte de apoyo cuenta con 38 personas según Acuerdo No. 16 de noviembre 22 de 2016. Sin embargo el conductor de naturaleza de Libare nombramiento y remoción se jubiló para el primer trimestre del 2017, quedando una planta administrativa de 37 Servidores Públicos; y para el cumplimiento administrativo se ejecutará en 6 programas (planes de acción):

- ✓ Gestión Financiera
- ✓ Gestión de la Información
- ✓ Gestión de la Tecnología
- ✓ Gestión de la Calidad
- ✓ Gestión del Talento Humano
- ✓ Gestión del Ambiente Físico

COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

Para este componente se debe tener en cuenta que el hospital paso por un proceso de reestructuración administrativa, en al cual busca la optimización del recurso humano y encontrar el punto de equilibrio, es así como el hospital realizó la supresión de 21 cargos administrativos y 43 asistenciales, adicional a lo anterior se suprimieron un cargo administrativo y uno asistencial esperando que se surtiera Resolución de jubilación (Conductor) e incapacidad respectivamente; además de 3 profesionales universitarios.

De la anterior reestructuración, se ha tenido que reintegrar 5 personas asistenciales de las cual una es de carrera y una administrativa que también es de carrera por fallos de tutela por estabilidad laboral reforzada. Las personas que se reintegran de carrera administrativa se les restituyo con retroactividad, las demás (4) se les creo una planta temporal.

Para el mes de febrero se declaró insubsistente un auxiliar administrativo el cual no fue reemplazado y en el mes de mayo renuncio una Odontóloga.

El hospital se encuentra al día al 30 de junio por concepto de prestaciones sociales, seguridad, vacaciones, retroactivos, incremento salarial y prima.

COMPONENTE ESTRATÉGICO

El Hospital del Sur tiene suscrito con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público-MHCP un Plan de Sanearamiento Fiscal y Financiero-PSFF desde el año 2014, donde el comportamiento y seguimiento a las metas definidas por el hospital desde ese entonces, no se han cumplido y continua presentando déficit presupuestal en las vigencias 2014, 2015 y 2016 por valor de (-3.399.667.904), (-3.889.609.874) y (-3.738.692.522) respectivamente, observándolo desde el punto de vista Recaudo vs Compromiso.

En ese orden de ideas, se viene trabajando con un presupuesto para el año 2017 definido desde el punto de vista del recaudo (Artículo 12 del Decreto Nacional 115 de 1996), buscando un equilibrio en la operación - objeto social.

Las cuentas por pagar a diciembre 31 del 2016 ascendieron a \$4.479.885.996 pesos, allí se incluye el valor del personal pendiente por liquidaciones que ya fueron radicadas, en dicho valor no estaban incluidas el valor de las personas que fueron retiradas del proceso de reestructuración que asciende alrededor de \$420.000.000 de pesos.

Para le mes de junio del 2017, el hospital cancelo el total de las liquidaciones pendientes que habían sido radicadas el 31 de diciembre de 2016, además se pagó el total de las liquidaciones por concepto de la reestructuración administrativa.

Igualmente, las cuentas por pagar al 30 de marzo de 2017 fue alrededor de \$3.574.000.000 pesos, es decir aproximadamente unos \$905.000.000 pesos menos que a diciembre 31 de 2016, pagados con recursos propios.

A junio de 2017, las cuentas por pagar fueron alrededor de \$3.874.000.000 pesos.

Es de aclarar que dentro de las cuentas por pagar corte de junio del 2017, se incluyen las de vigencias anteriores, que oscila alrededor de \$2.800.000.000 pesos, equivalente al 72.26% del total de las cuentas por pagar y que no tienen respaldo presupuestal. La diferencia pertenece a la operación normal de la vigencia, tienen respaldo presupuestal y se está pagando proveedores aproximadamente a 60 días, que en condiciones del mercado sector salud en la actualidad es excelente.

En cuanto a la Cartera con corte a marzo de 2017 tiene un total de \$ 1.348.000.000, de los cuales aproximadamente \$542.000.000 son de vigencias anteriores.

Para el corte de junio se cuenta con una cartera alrededor de \$1.221.000.000 pesos.

RIESGOS

El hospital cuenta con el mapa de riesgos institucional y por proceso, del cual hace parte también el mapa de riesgos de corrupción. Éste último se encuentra aprobado para la vigencia 2017 y publicado en la página web institucional www.hospitaldelsur.gov.co, para el primer cuatrimestre el Plan tiene una calificación del 81%.

2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La ESE Hospital del Sur tiene soportados, divulgados, publicados y caracterizados los documentos que define la ejecución de los procesos, procedimientos, guías, políticas, manuales y protocolos; todos publicados en el sistema ISOLUCION.

Asimismo se cuenta con el modelo de escucha activa, encuestas de satisfacción, oficina de atención al usuario en la sedes de Santamaría y San pio, buzones de sugerencias, quejas y reclamos, incluso hay acceso directo para interponer las manifestaciones (PQRS) por parte de los usuarios a través de la página WEB institucional: www.hospitaldel.gov.co, la cual ya reposa el informe de las mismas corte a junio de 2017, en el Link de Calidad y Control Interno de la página WEB.

Al mismo tiempo el hospital cuenta con el plan de información Primaria, soportado con el software Workmanager, que sirve de soporte para una adecuada recepción, registro, distribución y seguimiento de los documentos; el plan de información primario tuvo una ejecución corte a junio 2017 del 92%.

ATENCIÓN AL CIUDADANO

La institución cuenta con la oficina de atención al ciudadano en dos de las tres sedes (San Pio y Santamaría), de los cuales se prestan los siguientes servicios: referencia y contrareferencia del servicios ambulatorio, asesoría sobre el sistema de salud, entrega de resultados de ayudas diagnósticas, se verifica los tiempos de atención y calidad para minimizar las barreras de acceso, atención a población priorizada, orientación personalizada a los usuarios y acompañantes en los servicios de salud que se prestan en le hospital, se realizan afiliaciones al régimen subsidiado de Savia Salud a menores de 18 años, tramite de personalizado de las PQRS, realizan acompañamiento a los usuarios y familiares en los servicios de hospitalización y urgencias, educación y orientación grupal en las salas de espera, se evidencia y se gestiona en los casos reportados de vulneración de derechos y deberes, información de inclusión y exclusiones del POS.

Igualmente y en compañía de la oficina de control interno se realiza el informe semestral de las manifestaciones (PQRS) de manera oportuna y son publicadas en el Link de Calidad y Control Interno de la página web institucional, de acuerdo al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

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 de los documentos. 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 de la normatividad del proceso de TRD y TVD, pero a la fecha junio 30 de 2017, éstas no fueron aprobadas por el Archivo Departamental. La institución cuenta con un comité de archivo, pero este no ha cumplido con la realización de los comités, dado que no se evidencian las actas publicadas en el sistema ISOLUCION de Calidad a corte de este informe.

Además el hospital cuenta con el comité de bienestar social, con un seguimiento anual promedio al corte de junio 30 de 2017 del 74%. Lo que determino la gerencia es que no hay presupuesto para el funcionamiento de dicho comité, el cual se alimenta de un porcentaje de cada nómina, por lo que se concluyó que las actividades a desarrollar se realizará con los funcionarios que le deben a dicho comité por concepto de créditos (Libre Inversión o de Vivienda), que son descontados de la nómina de cada deudor.

De otra parte, se realiza la autoevaluación de Acreditación anualmente durante el primer trimestre con un resultado del 3.2 sobre 5, soportado con la evaluación de los estándares de la Resolución 123 del 2012, se evalúa anualmente y se dejan las recomendaciones pertinentes, los cuales sirven para realizar acciones correctivas o incluso pueden llegar al levantamiento de Planes de mejoramiento.

El hospital cuenta con un comité del más alto nivel jerárquico, denominado Comité de Calidad y de Control Interno, el cual se reúne de manera trimestral y tiene como objetivo la presentación de informes gerenciales de cada proceso. Para la vigencia 2017 se realizó con corte al mes de marzo.

y se programando la del mes de junio llevaron a cabo 3 de las 4 reuniones programadas (mayo, agosto y noviembre), las actas se encuentran publicadas con todos los anexos y presentaciones en el sistema de calidad ISOLUCION. La evaluación del último trimestre del 2016 se realiza conjuntamente con la jornada de planeación del año siguiente.

Asimismo, se realizan los análisis de los indicadores de cada proceso de tal manera que sirva para la toma de decisiones, observar las desviaciones y según sea el caso llegar a levantar las acciones de mejora pertinentes.

SEGUIMIENTO

En la E.S.E se realiza seguimiento a los planes de acción, planes de trabajo de los comités, planes de mejora producto de auditorías internas o externas, rendición de informes ejecutivos a los diferentes entes de control, planes de mejora individual e informes de gestión.

La interpretación de la calificación de los planes es de la siguiente manera:

- Satisfactoria: calificación igual o superior al 90%
- Aceptable: calificación entre 80% y 89%
- Regular: calificación por debajo del 79%.

El seguimiento a los planes es de la siguiente manera corte a junio del 2017:

ASISTENCIAL:

No.	ESTRATEGIAS OPERATIVAS 2017	% AVANCE TRIMESTRE	% AVANCE TRIMESTRE	% AVANCE ACUMULADO 2017
1	PROTECC ESPECIF Y DETECC TEMP	72%	72%	72%
2	HOSPIT, URGENC y CONS EXT.	68%	84%	76%
3	ODONTOLOGIA	98%	92%	95%
4	LABORATORIO	84%	85%	85%
5	IMAGINOLOGÍA	88%	NPS	88%
6	FARMACIA	78%	78%	78%
7	SEGURIDAD DEL PACIENTE	93%	93%	93%
PROMEDIO DE EJECUCION DEL PLAN PARA EL TRIMESTRE		83%	84%	84%



ESE
HOSPITAL DEL SUR
ITAGÜÍ

En el cuadro anterior se puede analizar que los servicios que presentan calificaciones más bajas son el proceso de Protección Específica y Detección Temprana, Hospitalización, Urgencias y Consulta Externa y Farmacia. El servicio de Imaginología no se presentó a realizar el seguimiento a la oficina de Control Interno, teniendo en cuenta que contaba con cita previa para la evaluación.

Para el proceso de Protección Específica y Detección Temprana, se realizó la tarea en un cincuenta por ciento (50%) las evaluación del impacto a los programas de vacunación, crecimiento y desarrollo, joven sano, maternidad segura y riesgo cardiovascular.

En el servicio de Farmacia quedaron pendiente algunas tareas, tales como: Diseño de instructivos de manejo seguro de y recomendaciones de almacenamiento de insulinas, HTA, anticoagulantes; Capacitación: interacciones medicamentosas y alimentarias y Capacitación de reporte con problemas relacionado con dispositivos médicos.

El proceso de Hospitalización, Urgencias y Consulta Externa, mejoro del primer trimestre con respecto al segunda, pasando del 68% al 84%.

ADMINISTRATIVO:

No.	ESTRATEGIAS OPERATIVAS 2017	% AVANCE TRIM I	% AVANCE TRIM II	PORCENTAJE AVANCE ACUMULADO 2017
1	ESTRATEGIA No. 1: GESTIÓN FINANCIERA	94%	95%	95%
2	ESTRATEGIA No. 2: TALENTO HUMANO	100%	96%	98%
3	ESTRATEGIA No. 3: GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	78%	81%	80%
4	ESTRATEGIA No. 4: GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	86%	88%	87%
5	ESTRATEGIA No. 5: GESTIÓN DEL AMBIENTE FÍSICO	100%	95%	98%
6	ESTRATEGIA No. 6: GESTIÓN DE LA CALIDAD	89%	89%	89%
PROMEDIO EJECUCION DEL PLAN POR TRIMESTRE		91%	91%	91%

Para los procesos administrativos, hay una estabilidad en los programas, tanto que el resultado acumulado de cada uno de los dos trimestres evaluados dan un 91% de calificación de manera satisfactoria.

AUDITORIAS INTERNAS

El Hospital cuenta con un cronograma anual de auditorías internas, para lo cual se habían programado para el primer trimestre 13 auditorías de las cuales se realizaron 8 para un 62% de cumplimiento. Para el segundo trimestre se reprogramaron el plan de auditorías de las cuales se habían 11 auditorías y se ajustó a 6, de las ocho se realizaron 5 auditorías y quedo pendiente la del proceso de Paciente Trazador Hospitalario para el mes de julio.

Asimismo, el plan de trabajo del comité de auditorías quedo con una calificación promedio a junio del 88%:

AUDITORIAS EXTERNAS

CONTRALORIA MUNICIPAL DE ITAGUI

La Contraloría Municipal de Itagüí, realizó las siguientes auditorías al Hospital del Sur a junio del 2017:

1. Auditoria Exprés No. 1 del 2017, sobre el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, y los resultados de su gestión en la promoción de estándares de transparencia y lucha contra la corrupción, de las vigencias 2016 y 2017.
2. Auditoria Especial 016 del 2017, Sobre las Finanzas Publicas del Hospital.
3. Auditoria Regular 015 de 2017, Control de Gestión y Resultados
 - ❖ Control Financiero (Estados Financieros y Control Interno Contable)
 - ❖ Control de Gestión (Gestión Contractual, Legalidad y Rendición de Cuenta)
 - ❖ Control de Resultados (Plan de Desarrollo o Plan Estratégico).

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

- Oportunidad en la Consulta Médica, Febrero 13 de 2017.
- Servicio de Urgencias, febrero 23 de 2017

- Oportunidad en el Triage, abril 26 de 2017
- Programa Medico en Casa, mayo 19 de 2017
- Seguridad del Paciente, junio 15 del 2017
- Asesoría Asistencial Técnica al Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, Programas de vacunación y prenatal.

RENDICIÓN DE CUENTAS

La ESE Hospital del Sur realizó la rendición de cuentas a la ciudadanía, en el mes de mayo en conjunto con la Secretaría de Salud Municipal, en el auditorio de la biblioteca Diego Echavarría Misas, en la cual hubo una masiva asistencia por parte de las veedurías, líderes sociales, Juntas de Acciones Comunales, asociación de usuarios, Asocumanales, Juntas Administradoras Locales-JAL, y de las IPS, Comfama, Promedal, Clínica Antioquia, humanitas, Virrey Solís, Cobersalud, Red de Mujeres de Itagüí, Funcionarios de la Secretaria de Salud, y del Hospital.

Además se realizó la rendición de cuentas ante la Corporación Concejo Municipal de Itagüí, el día 14 de junio del 2017.

3. EJE TRANSVERSAL - COMUNICACIONES

El Hospital cuenta con unos excelentes canales de comunicación tales como: Pagina web, la cual se encuentra en proceso de mejoramiento y modernización para poder dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la Ley 1712 de 2014, sobre Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública y el Manual 3.1 de Gobierno en Línea.

Además se cuenta con la intranet, carteleras, procedimientos de comunicación tanto organizacional como informativa, boletines institucionales, campañas institucionales, manual de imagen corporativa (última actualización junio 12 de 2014), consentimientos informados, oficina de atención al usuario en las sedes de San Pio y Santamaría.

Se publicó en la página Web del Hospital el Estatuto Anticorrupción y de Atención al ciudadano, cumpliendo con la normativa de la Ley 1712 de 2014 sobre la 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, Ley 1474 de 2011, de tal manera que podamos mejorar y culturizar a los funcionarios sobre los temas Anticorrupción, Antitrámites, Transparencia, Rendición de cuentas y el mejoramiento para la atención al ciudadano.

DIFICULTADES

- ✓ La parametrización y puesta en marcha del software empresarial (Administrativo y Asistencial), que se encuentra atrasada para su puesta en marcha hace tres (3) periodos 2014, 2015, 2016 y lo transcurrido del año 2017. El gerente Dr. Jimenez, contrato los servicios de la Ingeniera en sistemas Sandra Marcela Pineda Perilla, experta en la parametrización entre los sistemas CNT y PANACEA, la cual tiene como objetivo el funcionamiento y la puesta en marcha del sistema, realizando las pruebas de integración de los módulos del sistema para el mes noviembre y puesta en marcha en el mes de diciembre del 2017 y salir a producción en la transición de cambio de año 2017 y 2018, en compañía con los responsables de cada proceso.
- ✓ El pago de las cuentas por pagar de vigencias anteriores las cuales no cuenta con soporte presupuestal y que asciende alrededor de \$2.800.000.000 de pesos.
- ✓ En cuanto a la ejecución presupuestal se tiene al corte de junio 30 del 2017 unos ingresos recaudado por valor de \$7.833.606.169 millones de pesos y se tienen unos compromisos (gastos) \$10.474.068.412, por lo cual se puede diferir que se cuenta con un déficit de \$2.640.462.243 pesos. Teniendo en cuenta que los contratos de los dos asesores financieros, contador, asesor jurídico y los contratos de mantenimiento, se encuentran proyectados hasta diciembre 31 de 2017.
- ✓ El valor de las pretensiones de las demandas jurídicas en contra del hospital asciende alrededor de \$5.377.224.000 pesos de acuerdo al informe de los asesores jurídicos de la ESE y soportado en la consultan que realizan en la Rama Judicial.
- ✓ El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero-PSFF de la E.S.E. aprobado y adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 005 del 11 de agosto de 2014, debe ser modificado, dado que no se cumplió con los objetivos propuestos en dicho plan, aunque se pusieron en marcha algunas de las estrategias propuestas para disminuir el gasto, las medidas no fueron eficaces; en la actualidad las perspectivas financieras y administrativas de la E.S.E han cambiado y las metas allí viabilizas no esgrimen para enfrentar la crisis financiera del hospital.

Ahora bien, la administración actual viene trabajando en la en el proceso de modificación al Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero, tanto que el gerente argumentó al MHCP, Dirección Seccional de Salud y Protección de Antioquia, a la dirección Local de Salud y a

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

la Junta Directiva, la modificación al PSFF aprobado en el año 2014, dado que la calificación y seguimiento con corte a diciembre 31 del 2016 dio como calificación un 70% de cumplimiento.

Es por eso que las directivas y asesores externos del hospital encabezado por el gerente se reunieron en el mes julio con el Dr. Raúl Alberto Brut Evaluador General y Coordinador de los Programas de Riesgos de Saneamiento Fiscal y Financiero a nivel Nacional, recomendó realizar un nuevo diagnostico con las realidades actuales de la ESE y con los formularios que le aplican a las entidades del Modifica, con argumentos, características y medidas a cumplir, de tal manera que se presente ante el departamento de Antioquia para su revisión y modificaciones y luego presentarlo ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público-MHCP hasta el 30 de septiembre del presente año para su aprobación.

Cordialmente,



JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARÍA
Jefe de Oficina de Control Interno
ESE Hospital del Sur – GJP