

INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA CONTROL INTERNO DE NOVIEMBRE 2016 A FEBRERO 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 2012-2015) "Nos Unimos al Cambio", el cual se encuentra actualizado y publicado en la página Web institucional, este instrumento se encuentra en proyecto de modificación por parte del nuevo gerente el Dr. Oscar Fernando Jiménez López, el cual asumió el cargo mediante Decreto 463 del 7 de julio de 2016, y que tiene como objetivo la sostenibilidad financiera, la búsqueda y el fortalecimiento de nuevos ingresos, restableciendo la solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación de los servicios de salud y el funcionamiento organizacional, dado que el hospital se encuentra desde el año 2014 en riesgo fiscal y financiero medio y por la vigencia 2016 la E.S.E fue categorizada en riesgo alto según la resolución 2184 de 2016 y luego categorizada en riesgo medio por la resolución 3916 de 2016 que modificó a la resolución 2184.

Así las cosas y desde el punto de vista de la disminución de los ingresos (producción de servicios) y el peso porcentual de los gastos de funcionamiento y de personal, sumado al presupuesto deficitario y desbalanceado que en definitivo para el 2016 fue alrededor de \$18.887.0000.000 y el recaudo fue aproximadamente de \$13.911.000.000 para un déficit alrededor de \$4.976.000.000 y realizando el análisis desde el punto de vista de lo facturado que fue alrededor de \$16.325.000.000 con lo recaudado da como resultado una gestión de la

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

cartera del 85% y si se compara el recaudo con lo comprometido que fue alrededor de \$17.650.000.000 se presenta un desequilibrio presupuestal al cierre de la vigencia fiscal de 2016.

De acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta el PSFF que se suscribió con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público-MHCP desde el año 2014, donde el comportamiento desde ese año de los ingresos son menores que los gastos, se concluye gerente actual y junta directiva, realizar el proceso de reestructuración (reorganización administrativa) de personal del hospital, tal como se había planteado por parte de la oficina de control interno en el informe independiente de la vigencia 2015.

En ese orden de ideas, se llevo a cabo el proceso anterior el día 23 de noviembre, bajo el Acuerdo e Junta No. 16 del 22 de noviembre del 2016 y con la nueva planta de cargos (administrativa y asistencial) se podrá dar cumplimiento de manera ajustada a la demanda de los servicio de salud acorde con las necesidades de la producción. Además se da cumplimiento a la disminución de los gastos planteados en el PSFF, de tal forma que para la vigencia 2017 equiparar los ingresos que se factura realmente con los gastos y verse reflejado en el presupuesto definitivo.

SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS

El hospital cuenta con el mapa de riegos institucional y por proceso, del cual hace parte también el mapa de riesgos de corrupción. Éste último se encuentra aprobado en la vigencia 2016 y publicado en la página web institucional www.hospitaldelsur.gov.co

Los riesgos reportados para el primer trimestre en el hospital por el aplicativo fueron ciento cuarenta y seis (146) riesgos de los cuales seis (6) fueron clasificados en riesgos anticorrupción por fallas administrativas, todos los seis (6) fueron gestionadas y corregidos de manera oportuna, sin presentar incidentes mayores. El resto de los riesgos fueron por fallas y eventos adversos del servicio en la atención en salud y que fueron gestionados oportunamente.

Para el segundo trimestre se reportaron por el aplicativo ciento diecisiete (117) riesgos de los cuales se clasificaron dos (2) en riesgos anticorrupción, ambos por fallas administrativas y se gestionaron uno de manera oportuna y el otro se gestiono pero de forma extemporánea, pero que no afecto ni al proceso ni la entidad. El resto de los riesgos son causa de la prestación de los servicios de salud como eventos adversos e incidentes gestionados de manera oportuna.

Para el tercer trimestre se reportaron ciento cinco (105) riesgos, de los cuales se clasificaron en el mapa de riesgos anticorrupción tres (3), gestionados de manera oportuna. Solo queda un solo riesgos del total por gestionar pero que no reviste de gravedad para la atención en salud.

Para el cuarto trimestre del 2016, se reportaron al aplicativo 90 casos de riesgos, de los cuales uno corresponde a riesgos anticorrupción analizado y gestionado de manera oportuna. Del resto de los riesgos reportados solo quedó uno pendiente por analizar de fallas en la atención en salud pero que no es amenaza para la atención en salud.

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 Sanpio, buzones de sugerencias, quejas y reclamos, incluso hay acceso directo para interponer las manifestaciones (PQRS) por parte de los usuarios a través de la pagina WEB institucional: www.hospitaldel.gov.co

Igualmente se tiene la evaluación de proveedores, el seguimiento a los indicadores con cortes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales, para un total de 475 indicadores de los cuales se cerró al corte de la vigencia 2016 con un 93% de su gestión.

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 promedio en el año 2016 del 82%. El cual corresponde a una evaluación aceptable.

ATENCIÓN AL CIUDADANO

La institución también 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 diagnosticas, 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 el hospital, se realizan afiliaciones al régimen subsidiado de Savia Salud a menores de 18 años, trámite de personalización 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 en conjunto con la oficina de control interno se realiza el informe semestral de las manifestaciones (PQRS) de manera oportuna y son publicadas en la página web institucional, de acuerdo al artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

También se cuenta con la matriz de información secundaria, en la cual se determina el responsable de los informes a rendir a los entes externos, de control y 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 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 31 de diciembre de 2015, 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 porque no se evidencian las actas publicadas en el sistema ISOLUCION para la vigencia 2016.

Además el hospital cuenta con el comité de bienestar social, con un seguimiento anual promedio del 64%. Lo que debe determinar la administración actual es el porcentaje o la apropiación que se va a destinar de la nómina para el funcionamiento y la ejecución de las tareas que se van a comprometer a realizar durante el año 2017.

De otra parte, se realiza la autoevaluación de Habilitación y de Acreditación, las cuales se soportan 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 2016 se 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% 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.

En cuanto a los Planes de Acción se dividen en cinco (5) líneas estratégicas:

- I. Más y Mejores Servicios de Salud, que corresponde al área misional de la entidad y está integrada por los siguientes procesos: Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Accesibilidad a los servicios de salud, Aseguramiento, Hospitalización, urgencias, consulta externa, ayudas diagnosticas (Imaginología y laboratorio), odontología, farmacia y seguridad del paciente.
- II. Institución Fortalecida y en Constante Desarrollo, que los integran los procesos de: Gestión Financiera, Comunicaciones y Mercadeo, gestión de la tecnología y gerencia de la información.
- III. Infraestructura Segura Renovada y Accesible, que lo integran Salud ocupacional y cuando estuvo el proyecto de la Renovación de la Infraestructura Física y repotenciación en las normas de sismo resistencia en las sedes de Santamaría y San Pio.
- IV. Talento Humano Competente, Satisfecho y Comprometido.
- V. Calidad, una Cultura Organizacional.

Se presenta a continuación los siguientes resultados con corte a hasta el 31 de diciembre de 2016.

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

No.	ESTRATEGIAS OPERATIVAS 2016	% AVANCE TRIMESTRE I	% AVANCE TRIM II	% AVANCE TRIM III	% AVANCE TRIM IV	% AVANCE ACUMULADO 2016
1	P y P (Intra y Extra)	100%	100%	90%	88%	95%
2	ACCESIBILIDAD	90%	100%	100%	100%	98%
3	ASEGURAMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%
4	HOSPIT, URGENC y CONS EXT.	100%	78%	90%	98%	91%
5	ODONTOLOGIA	91%	92%	91%	73%	87%
6	LABORATORIO	81%	97%	100%	100%	94%
7	IMAGINOLOGÍA	80%	97%	100%	41%	79%
8	FARMACIA	80%	57%	52%	52%	60%
10	SEGURIDAD DEL PACIENTE	100%	100%	100%	100%	100%
PROMEDIO DE EJECUCIÓN DEL PLAN PARA EL TRIMESTRE		91%	91%	91%	84%	89%

En el cuadro anterior se puede analizar que los servicios que presentan calificaciones mas bajas son el proceso de Imaginología y Farmacia. El primero se debe al poco compromiso que hubo por parte de dicha área para llevar a cabo las taras que se habían planteado para el último trimestre de la vigencia 2016, teniendo en cuenta que para los trimestres 1,2 y 3 el proceso venían con un seguimiento satisfactorio. Las tareas pendientes son:

- Realizar los informes de las de los patrullajes al servicio de ayudas diagnósticas, divulgarlo en la reunión de servicio y presentar el plan de mejora respectivo.
- Capacitar al personal Médico en solicitud e interpretación de Ayudas diagnósticas.
- Se realizan seguimientos a las PQRS que les reportan al servicio y se divulgan en las reuniones de servicio. Sin embargo no realizan las acciones o planes de mejora si es del caso.
- Implementar campañas de sensibilización a los usuarios de servicios de ayudas diagnósticas sobre los programas de P y P.
- Implementar estrategias para humanizar la atención desde los servicios de ayudas diagnósticas y hacer seguimiento al impacto, mediante las encuestas de satisfacción.

Para el servicio de Farmacéutico venia durante el primer trimestre venia con seguimiento del 94% de manera satisfactoria. Sin embargo para los trimestres 2, 3 y 4 el seguimiento era una constante con calificaciones regulares por debajo de las metas trazadas que oscilan alrededor del 54%. Las tareas pendientes son:

- Realizar el enfoque (documento) para la vigilancia de Productos Biológicos.
- Diseño de guías RAM de los grupos farmacoterapéuticos: Antibióticos, Antidiabéticos y de alto riesgo (Warfarina).
- Participación en dos jornadas extramurales donde se brinde educación farmacéutica y manejo seguro de medicamentos a la población.
- Atención farmacéutica 100% de los pacientes del programa de tuberculosis y VIH.
- Fortalecimiento del consultorio farmacológico para pacientes de programas especiales.
- Fortalecimiento de la Línea de Atención Farmacéutica 281 11 33.

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

No.	ESTRATEGIAS OPERATIVAS	% AVANCE TRIM I	% AVANCE TRIM II	% AVANCE TRIM III	% AVANCE TRIM IV	PORCENTAJE AVANCE ACUMULADO 2016
1	ESTRATEGIA No. 1. GESTIÓN FINANCIERA	81%	82%	84%	83%	82%
2	ESTRATEGIA No. 2. COMUNICACIÓN Y MERCADEO	92%	83%	99%	71%	86%
3	ESTRATEGIA No. 3. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	100%	92%	95%	95%	95%
4	ESTRATEGIA No. 4. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	100%	100%	75%	88%	91%
	PROMEDIO EJECUCION DEL PLAN POR TRIMESTRE	93%	89%	88%	84%	89%

Para la estrategia de Institución fortalecida y en constante desarrollo, está compuesto por los procesos de Gestión de la comunicación, Gerencia de la Información, Gestión de la Tecnología y Gestión financiera, con un promedio de calificación aceptable anual del 89%. El proyecto de Gestión financiera, es la que tiene una calificación constante y promedio anual del 82%, independientemente de la situación financiera y el déficit presupuestal que posee el hospital del sur y que no es ajena a la realidad y crisis del sector salud del país, las tareas y los objetivos que se trazaron en el plan de acción algunas quedaron pendientes tales como:

- Los informes bimestrales que deben rendir el subdirector administrativo y la contadora del proceso.
- El informe del estado de los procesos jurídicos, incluyendo valor de las provisiones mensuales y el estimativo de la fecha de fallo.
- Revisión y Actualización de Costos, incluyendo los costos de no calidad en el sistema Panacea.
- Ingresar a producción bajo las normas NIFF con el sistema PANACEA en el 2017.

Para el plan de acción de comunicaciones, paso de una calificación promedio del 92% al 71% para el último trimestre, esto se debe que la responsable del área de comunicaciones salió del hospital en el mes de abril por modificaciones en la planta de cargos y se evidencia con la calificación en el segundo trimestre con un 83% y se reintegro al hospital en el mes de mayo. Luego nuevamente salió del hospital en el mes de noviembre en el proceso de reestructuración y por ende la calificación del 71% del cuarto trimestre, además quedaron tareas pendientes por realizar, tales como:

- Capacitar al personal de salud en el tema de: comunicación asertiva del personal de salud con el paciente y su familia.
- Evaluar eficacia y efectividad capacitación.

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

ESTRATEGIAS OPERATIVAS	% AVANCE TRIM I	% AVANCE TRIM II	% AVANCE TRIM III	% AVANCE TRIM IV	% AVANCE ACUMULADO 2016
ESTRATEGIA No. 3. INFRAESTRUCTURA SEGURA, RENOVADA Y ACCESIBLE	68%	100%	90%	92%	87%

La estrategia de Infraestructura Segura, Renovada y Accesible, quedó con una calificación promedio en el año del 87%, es decir, la estrategia se cumplió de forma aceptable los objetivos que se trazaron. Aunque cabe destacar que para el primer trimestre obtuvo una calificación del 68% producto de las tareas: A) Identificar en el patrullaje que se realizará, en programa centinela, el mantenimiento y compra de recipientes para residuos. B) En el mismo patrullaje que se realizará, identificar que sitios requieren señalización preventiva y cuales requieren mantenimiento y C) el Plan de GAGAS obtuvo una calificación del 58%, teniendo en cuenta que dicho plan sus tareas

se realizan con presupuesto como son: La Luminometría, Bromatología, Fumigación, mantenimiento de las plantas eléctricas, entre otras.

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

ESTRATEGIAS OPERATIVAS	% AVANCE TRIM I	% AVANCE TRIM II	% AVANCE TRIM III	% AVANCE TRIM IV	% AVANCE ACUMULADO 2016
ESTRATEGIA No. 4. TALENTO HUMANO COMPETENTE, SATISFECHO Y COMPROMETIDO	75%	82%	80%	81%	79%

La estrategia de Talento Humano, quedó con una calificación promedio anual del 79%, es decir, la estrategia cumplió de forma regular el cumplimiento de los objetivos trazados en el plan de acción. Las tareas que mas la afectaron son:

- Realizar la reinducción en todo el personal de las competencias y sus criterios asociados.
- complementar la Inducción con la inducción Virtual y su respectiva evaluación.
- Divulgación del programa Osteomuscular con todo el personal (Para el primer trimestre).
- Realizar encuesta de estrés laboral.
- Realizar plan de intervención del riesgo psicosocial.
- Diseñar video institucional de emergencias.
- Realizar intervenciones grupales aisladas de la ESE, fortaleciendo la competencia de humanización y el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales.
- Evaluar el modelo de humanización
- Seguimiento a la satisfacción de las instituciones de los convenios de docencia servicio, el seguimiento es mensual y solo se hizo para el último trimestre del 2016.

LINEA ESTRATEGICA No. 5: CALIDAD, UNA CULTURA ORGANIZACIONAL

ESTRATEGIAS OPERATIVAS	% AVANCE TRIM I	% AVANCE TRIM II	% AVANCE TRIM III	% AVANCE TRIM IV	% AVANCE ACUMULADO DEL 2016
ESTRATEGIA No. 5. CALIDAD UNA CULTURA ORGANIZACIONAL	96%	83%	99%	80%	89%

La estrategia de Calidad, quedó con una calificación promedio anual del 89%, es decir, la estrategia se cumplió de forma aceptable y quedaron pendientes tareas por realizar sobre todo para el último trimestre en el cual su calificación fue del 80% y son:

- Implementar el modulo de gestión de riesgos de isolucion en capacitación, con un avance del 30%.
- Implementar evaluación sistemática de los módulos del software de calidad.
- Seguimiento a las reuniones del grupo de mejoramiento de segundo nivel.
- Realizar seguimiento a la implementación de la política de resarcimiento.
- Seguimiento a la campaña de humanización: Alcance, eficacia, efectividad y costos.
- Sacar costos de apoyo lúdico.

Igualmente el hospital realiza seguimiento trimestral de los planes de trabajo de los comités y de los planes de trabajo institucionales, además del seguimiento de los indicadores y de las políticas institucionales.

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 programaron 20 auditorías de las cuales se realizaron 19 para un 95% de desempeño. En el tercer trimestre se programaron 15 auditorías de las cuales se realizaron 8 para un 53% de efectividad y para el cuarto y último trimestre se programaron 20 auditorías de las cuales se realizaron 19 para un 95% de cumplimiento. Lo anterior se soporta con los planes de mejora respectivos y de los cuales se les realizará seguimiento de cumplimiento en el primer trimestre del 2017.

Asimismo, el plan de trabajo del comité de auditorías quedo con una calificación promedio anual del 73%, esto se debe a:

- Presentar informe del programa de auditorías de MBE, para el último trimestre.
- Presentar informe de auditoría de concurrencia.
- Reentrenar a los líderes asistenciales en auditoria de MBE.
- Reentrenar a los auditores internos de calidad en el módulo de mejoramiento de ISOLUCION.

AUDITORIAS EXTERNAS

CONTRALORIA MUNICIPAL DE ITAGUI

La Contraloría Municipal de Itagüí, realizó las siguientes auditorias al hospital del sur de la vigencia fiscal 2015:

- Auditoria Especial No. 6 de abril de 2016, sobre los Estados Contables, se elaboró el Plan de Mejora respectivo.
- Auditoria No. 8 de abril de 2016, sobre la Implementación de la estrategia de Gobierno en Línea, la ESE elaboró el plan de mejora respectivo.
- Auditoria Regular No. 040 de junio de 2016, el ente de control dejo 11 hallazgos, de los cuales 4 son administrativos con incidencia fiscal por \$152.498.469 y 7 son hallazgos administrativos, la ESE elaboro el plan de mejora respectivo.
- Auditoria Especial No. 045 de Septiembre de 2016, sobre el Informe de las Finanzas, para lo cual el ente de control solicito la información en medio magnético, sobre el PSFF, procesos judiciales, planta de cargos, contratos, cuentas por pagar, cartera por edades, ejecuciones presupuestales. Los cuales se envió mediante oficio No. 2457 del 14 de septiembre de 2016. No genera plan de mejora.

SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL

- Secretaria de Salud Municipal, agosto 29 y 30 de 2016, sobre las condiciones de la atención en salud del sistema general de seguridad social, el hospital elaboró el plan de mejora.

COOMEVA

- Lista de chequeo para la Prestación de los servicios de Salud, diciembre de 2016, el hospital elaboró las acciones de mejora respectiva, producto de la lista de chequeo.

ICONTEC

- Se recibió el informe final de la visita del ICONTEC, con las oportunidades de mejora respectivo y se determina que el hospital del sur queda en categoría de ACREDITA CONDICIONADA, hasta que la ESE recupere los niveles de calidad superior. La ESE elaboro el Plan de mejora respectivo, en la cual se programo la nueva visita de seguimiento del ICONTEC para el mes de junio del año 2017.

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

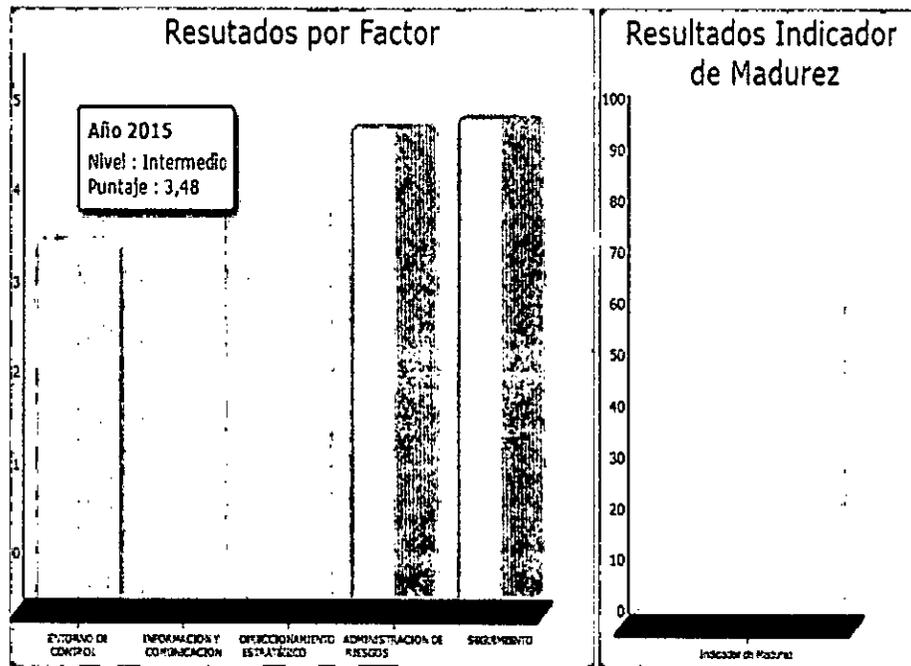
www.hospitaldelsur.gov.co

RENDICIÓN DE CUENTAS

La ESE Hospital del Sur realizó la rendición de cuentas a la ciudadanía, en los meses de septiembre 29 y diciembre 16 ambas del 2016, la convocatoria se realizó por medio de la página web institucional, en carteleras de las salas de espera del hospital, en el sistema de altavoz de la ESE, por las redes sociales Twiter, Facebook, entre otras, la cual se llevo a cabo en las instalaciones de la cámara de comercio del aburra sur, asistieron a la rendición de cuentas la liga de usuarios, líderes comunales, entes de control, comunidad de la tercera edad, veedurías, concejales, funcionarios de la administración municipal, la secretaría de salud municipal y comunidad en general. Además se incluyó la encuesta de satisfacción a los asistentes, todo se realizó tal como lo establece la Ley 489 de 1998 y el documento CONPES 3654 de abril del 2016.

La Evaluación Anual al Sistema de control Interno, a través del aplicativo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, para la vigencia 2015, se presentó de manera oportuna y con un nivel de madurez satisfactorio del 83%, quiere decir que el Hospital cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del Modelo Estándar de Control Interno-MECI, se analizan y se toman decisiones en cuanto a las desviaciones u observaciones, se tienen documentados y actualizados los procedimientos, las políticas institucionales es divulgada y conocida por los funcionarios de la entidad, se cuenta con mapa de riesgos integrado al mapa de riesgos institucional facilitando la gestión de los mismos.

A continuación se presenta las estadísticas por cada uno de los factores evaluados (Entorno de control, información y comunicación, direccionamiento estratégico, administración del riesgo y seguimiento), para la vigencia 2015 que se evaluó en febrero del 2016.



FACTOR	PUNTAJE 2015	NIVEL
ENTORNO DE CONTROL	3,48	INTERMEDIO
INFORMACION Y COMUNICACION	4,05	SATISFACTORIO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	4,00	SATISFACTORIO
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	4,73	AVANZADO
SEGUIMIENTO	4,63	AVANZADO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	65,00	SATISFACTORIO

Por favor consultar el instructivo para la interpretación de las calificaciones por componente, las cuales explican las acciones de mejora para cada uno.
Ir Instructivo

La Entidad realiza los informes cuatrimestrales Pormenorizados de Control Interno, de acuerdo a lo establecido en la Ley 1474 del 2011 y se encuentran publicados en la página web institucional www.hospitaldelsur.gov.co en el Link de Calidad y Control Interno.

3. EJE TRANSVERSAL - COMUNICACIONES

El Hospital cuenta con unos excelentes canales de comunicación tales como: Página web, intranet, cartelera, procedimientos de comunicación tanto organizacional como informativo, 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 2016 fue en promedio del 86% y los planes corporativos de Información Organizacional del 95% e informativo del 9% y el plan de medios de comunicación 90%.

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

- ✓ Una de las debilidades más importantes es la crisis económica por la que pasan todos los hospitales en el país, la disminución de los recursos del gobierno nacional a las entidades territoriales, la falta de pago de las EPS a los hospitales e IPS, los traslados el no pago de los usuarios por eventos y capitado y en menor medida, pero no menos importante el no pago de las personas naturales por el copago y atenciones de particulares, hacen que se incremente la crisis del sector salud.
- ✓ La parametrización y puesta en marcha del software empresarial (Administrativo y Asistencial), que se encuentra retrasada para su puesta en marcha tres (3) vigencias 2014, 2015 y 2016 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 agosto del 2016, indicó que no se ha tomado una decisión radical al respecto. Sí, se continúa 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, además que los dos sistemas que se tienen en la ESE (CNT en producción) y PANACEA que fue que se adquirió para reemplazar a CNT, NO están parametrizados bajo las normas NIIF, además los módulos no cuenta con interface, es decir cada modulo trabaja de manera independiente, por lo tanto varias tareas se realizan de forma manual.
- ✓ Con respecto a la cartera, no se realizo ningún proceso pre jurídico y mucho menos jurídico a las entidades que nos adeudan recursos. Se realizó circularizaciones con la diferentes entidades y mesas trabajo para determinar la cartera real con cada una de las entidades, que a 31 de diciembre del año 2016 la cartera asciende a \$2.907.549317.

Se realizó el proceso de baja de la cartera por medio de los siguientes actos administrativos de tal manera poder mostrar una cartera mas real tal como se evidencia con las Resoluciones 369 de 2016, para la baja de la cartera de las EPS liquidadas, Resolución 369ª de 2016, por medio de la cual se baja la cartera de la entidad COMFAMA, la Resolución 356 de 2016 para el saneamiento de glosas y la Resolución 338 de 2016, por medio de la cual se depura la cartera con el municipio de Itagüí de las vigencias 2009, 2010 y 2011

- ✓ Se realizó la auditoría interna al proceso de gestión jurídica y contratación en la cual se tuvo acceso a la información contractual. Sin embargo al solicitar la información correspondiente a los derechos de petición y tutela no fueron suministrados, por tanto no se pudo comprobar cuantas tutelas ni derechos de petición fueron interpuestos y cuales fueron contestadas y en forma oportuna.
- ✓ Igualmente el hospital, se encuentra en la actualidad con un Programa de Saneamiento 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 adopto 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, para el año 2016 la E.S.E fue categorizada en riesgo alto según la resolución 2184 de 2016 y luego categorizada en riesgo medio por la resolución 3916 de 2016 que modificó a la resolución 2184 del 2016 El riesgo en el que se encuentra actualmente categorizado el hospital del sur.

El programa de saneamiento fiscal y financiero de la E.S.E. aprobado y adoptado mediante Acuerdo de Junta Directiva No. 005 del 11 de agosto de 2014, debe ser modificado, aunque se pusieron en marcha algunas de las estrategias propuestas para disminuir el gasto, las medidas no fueron eficaces, mientras tanto el perspectiva financiera y administrativa de la E.S.E ha cambiado y las metas allí viabilizas en el 2014 no se pueden cumplir según la realidad actual del sector salud. Es por eso que el gerente de la ESE argumentara al MHCP, Dirección Seccional de Salud y Protección de Antioquia, a la dirección Local de Salud y a la Junta Directiva, la modificación al PSFF aprobado en el año 2014.

Es por eso que el hospital del sur en el mes de noviembre del 2016, realizó el proceso de reestructuración (reorganización administrativa) de personal del hospital, tal como se había planteado en el informe independiente de control interno de la vigencia

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

2015. Realizando una disminución de los gastos de personal y dar cumplimiento con la demanda de los servicios de salud acorde a las necesidades de la producción. (Disminución de los gastos y fortalecimiento de los ingresos).

- ✓ Igualmente se debe prestar mucha atención con las personas que salieron del hospital fruto de la reestructuración dado que pueden demandar y el presupuesto de la vigencia 2017 no contempla pagos de nomina de personas que puedan ganar una demanda por orden del juez que esto afectaría el presupuesto dicha vigencia y máxime si se tiene que pagar en salario desde el momento que salió el funcionario por la reorganización administrativa hasta su reintegro al hospital.

Asimismo de no contratar (personas naturales o jurídicas) a suplir las vacantes o a realizar las funciones del personal que salió por el proceso anteriormente mencionado.

- ✓ Lo que también nos puede llegar a inquietar es una categorización nuevamente en riesgo alto para la vigencia 2017, por el tema del comportamiento del presupuesto mencionado en la parte inicial de este documento, dado que puede ser intervenida por la Superintendencia de Salud. Por lo anterior la junta directiva y el gerente del hospital realizan todo lo necesario para que esto no suceda.
- ✓ Las cuentas por pagar a diciembre 31 del 2016 ascienden a \$4.479.885.996 pesos, allí se incluye el valor del personal pendiente por liquidaciones que ya fueron radicadas. lo que se sugiere realizar acuerdos de pago. En dicho valor no están incluidas el valor de las personas que fueron retiradas del proceso de reestructuración que asciende alrededor de \$420.000.000 de pesos.

Cordialmente,



JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARÍA

Jefe de Control Interno

ESE Hospital del Sur – GJP