

INFORME DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011- ESTATUTO ANTICORRUPCIÓN

**HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**

Responsable:	Alberto Aristizabal Ocampo Asesor de Control Interno	Período evaluado: noviembre 4 de 2015 a marzo 4 de 2016
		Fecha de elaboración: Marzo de 2016

Módulo de Planeación y Gestión

Avances en Direccionamiento Estratégico

Logros y Resultados presentados en la Rendición de cuentas institucional

- Cumplimiento del Plan de Acción del año 2015 del 92,9 %.
- Obtención del 98,58 % de satisfacción de los usuarios, superior a la meta del 95%
- Con la implementación del programa de gestión de la cama se optimizó en 1,9 días la estancia por egreso hospitalario, lo que hizo pasar el promedio día estancia de 7.86 días en el 2014 a 5.96 días en el año 2015, permitiendo el aumento de los egresos hospitalarios en un 22%.
- Infecciones intrahospitalarias equivalentes al 3.37 muy cerca de la meta del 3.0 casos por cada 100 egresos.
- Atención de visitas de referenciación a 51 instituciones y 206 personas.
- Premio por la Nutrición Infantil Fundación Éxito 2015; en la categoría atención de instituciones de salud en el área materno-infantil (Banco de Leche Humana).
- Premio a la Calidad Medellín Ciudad Saludable año 2015 categoría oro.
- Experiencia Exitosa Banco de Leche Humana Galardón al Cuidado de la Salud Materno Infantil 2015, categoría bronce.
- Mantenimiento de las certificaciones OHSAS 18001:2007 de Seguridad y Salud Ocupacional y NTC ISO 14001:2004 de Gestión Ambiental.
- Mantenimiento del Galardón al Cuidado de la Salud Materno Infantil 2014, categoría plata.
- Puesto 22 en el ranking de Clínicas y Hospitales de la Revista América Economía 2015. Primer Hospital público de América Latina.
- Puesto 16 ° Ranking MERCOSUR de IPS (Clínicas y Hospitales con mejor reputación en el país – 2015- 2° Público).
- Certificación en Responsabilidad Social con Fenalco Solidario.

Resultados Financieros

- Se obtuvo una facturación de \$ 229.565 millones a 31 de diciembre del 2015, para un cumplimiento de la meta proyectada del 108.6 %.
- Se obtuvo un recaudo de \$ 141.444 millones de pesos a 31 de diciembre del 2015, para un

cumplimiento de la meta proyectada del 77,7%.

Inversión 2015

- Inversión de \$ 1.910 millones en capacitación del personal.
- Inversión de \$ 824 millones en el fondo de vivienda.
- Inversión de \$ 707 millones en bienestar laboral.
- Inversión de \$ 28.181 millones en dotación de equipos biomédicos, infraestructura, medio ambiente, sistema de calidad y sistemas de información e informática

Durante la visita de acreditación se ha resaltado las siguientes fortalezas:

- El compromiso y participación de la alta dirección.
- El nivel de satisfacción y sentido humano en la atención que es percibido por los pacientes y sus familiares.
- El enfoque e implementación del programa de transformación cultural.
- El avance del programa de humanización con acciones que impactan favorablemente en la atención y el nivel de satisfacción, donde sobresalen Programa Madre Canguro, el Banco de Leche y la Sala Familiar Ronald McDonald.
- Manejo del reuso que garantiza la eficiencia en el resultado de las intervenciones y procedimientos quirúrgicos coherente con la política de seguridad del paciente, como con la prevención y control de infecciones.
- Los logros alcanzados en la estrategia para la disminución del día estancia y optimización de la cama.
- Los niveles de desarrollo y mejoramiento obtenido en los servicios de Imágenes y Laboratorio Clínico, alineados con otros estándares en beneficio del paciente y su familia.
- Estrategia de renovación y mantenimiento de la infraestructura física con enfoque de innovación y prevención que brinda a los pacientes, familia y funcionarios condiciones de seguridad en el ambiente físico.
- Estrategia de renovación y adquisición de tecnología.
- Depuración e indexación del archivo de historia clínica y documental.
- Plan de intervención del ambiente físico articulado a las políticas de gestión asistencial con enfoque de humanización y gestión del riesgo.
- Posicionamiento y reconocimiento de los usuarios como una institución segura donde encuentran solución a sus problemas de salud.

Otros avances en el temas estratégicos

- Se han capacitado de enero a diciembre 1.788 personas en política de seguridad del paciente, programa de seguridad del paciente, gestión de eventos adversos.
- Se realizaron de enero a diciembre 247 rondas de seguridad
- Se han realizaron de enero a diciembre 83 pacientes trazadores para un cumplimiento de la meta del 98,8%
- Se realizaron de enero a diciembre 36 visitas de calidad, para un cumplimiento de la meta de 100%

- El índice de eventos adversos de enero a diciembre de 2015 fue del 9,1, por encima de la meta que es de 8 para un cumplimiento del 88%
- Los PRUM de enero a diciembre están en 3,8 por encima de la meta institucional que es de 3, para un cumplimiento de la meta del 79%

El Hospital recibió el Certificado en Responsabilidad Social otorgado por la Corporación Fenalco Solidario Colombia por su compromiso con el desarrollo permanente de prácticas socialmente responsables y por ser una empresa visionaria que hace parte de un cambio social. La evaluación de Fenalco concluye que el Hospital se encuentra en un estado ideal en cuanto a Responsabilidad Social con un 98% de cumplimiento en los criterios evaluados en las relaciones con el medio ambiente, el Estado, la comunidad y sociedad, clientes y consumidores, proveedores, competencia y empleados.

El Hospital ha recibido de enero a diciembre de 2015, 1.386 reclamaciones y sugerencias, las cuales fueron gestionadas en un 100%, todas las manifestaciones se consolidan y se canalizan a los responsables para su gestión. Se lleva trazabilidad de las reclamaciones y sugerencias a través de la herramienta EURODOC. El tiempo promedio de respuesta es de 9,90 días, y el 76% días de las reclamaciones son respondidas por los responsables antes de los 14 días calendario.

El plan de acción al mes diciembre registra un avance del 92.9%, de acuerdo con lo presentado en la evaluación del plan de acción.

Avances en Talento Humano

Se han realizado 205 evaluaciones médicas ocupacionales, teniendo en cuenta los ingresos de la planta nueva, seguimiento a recomendaciones, evaluaciones de accidentes de trabajo. Evaluaciones de sistemas de vigilancia epidemiológica.

Se vienen desarrollando actividades para el control de la accidentalidad; actualmente se realiza una campaña de sensibilización llamada "Cuídate que Yo te cuidaré" donde se trabajan temas puntuales como: Me cuido con mis elementos de protección personal, estándares de seguridad, trabajo en equipo, pausas activas. Se continúa con la estrategia del comparendo pedagógico, reporte de condiciones inseguras, inspecciones de seguridad.

Se han desarrollado temas para el cuidado osteomuscular tales como: evaluaciones de puestos de trabajo en áreas asistenciales y administrativas, pausas activas, seguimiento a recomendaciones laborales de los funcionarios del programa de reintegro Volver a Vivir, observaciones de comportamiento en áreas asistenciales y administrativas, capacitaciones permanentes en Estándares de Seguridad Osteomuscular, higiene postural y manejo de cargas, además de caminatas ergonómicas y entrega de elementos.

Se realizó revisión del Manual de Planeamiento Hospitalario para Emergencias del Ministerio de Salud y de Protección Social comparado con el plan de Emergencias del Hospital, se actualizó el Plan de emergencia interna y externo en todos sus componentes, entre ellos (activación de cadena de llamadas, simulacros y simulaciones, manejo de cadáveres en emergencia, funciones) y se envió a la SSSA con los instrumentos definidos por ellos. Se revisó y actualizó la matriz de vulnerabilidad.

El Hospital General de Medellín implementó el Sistema de Gestión del riesgo de enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas no transmisibles, que se sustenta en tres pilares fundamentales: actividad física, alimentación balanceada y espacios libres de humo, siguiendo el modelo de Corazones Responsables de la Fundación Colombiana del Corazón. En el proceso de implementación se elaboró un pre-diagnóstico o situación actual de la institución con la respectiva revisión por parte de la Fundación Colombiana del Corazón. Se han realizado 230 encuestas de percepción de factores de riesgo y factores protectores. Igualmente se ha hecho la revisión de documentación requerida por el Sistema de Gestión, la elaboración y actualización de línea de base con datos suministrados por las evaluaciones médicas ocupacionales.

A la fecha se han capacitado a 566 personas en los temas: plan de emergencias, manejo de extintores. se capacita y entrena 37 Brigadistas cada mes y se certificaron en: Trabajo alturas avanzado: 26 y 5 como coordinadores.

Avances en administración de riesgos

Se ha realizado un consultoría a la Gestión integral de Riesgos y han revisado los 39 procesos, se realizó la evaluación de su Matriz de Riesgos en cada una de sus fases:

- ✓ Contexto estratégico
- ✓ Identificación
- ✓ Análisis
- ✓ Valoración de controles
- ✓ Valoración del riesgo
- ✓ Seguimiento y monitoreo
- ✓ Riesgo inherente
- ✓ Riesgo residual
- ✓ Mapa de riesgo

I. CONTEXTO ESTRATEGICO

Respecto al contexto estratégico se realizó un análisis detallado en este aspecto pues de él se desprende el resto del análisis y la definición de los riesgos a analizar.

En este ítem se analizan tanto las causas INTERNAS como causas EXTERNAS, su tipología y se describe a que se deben, en este aspecto se hizo un precisión y es que en todas las matrices se había contemplado como causas EXTERNAS, solo aquellas externas al HGM, pero por ser un análisis de Riesgos por Procesos, se deben considerar también como causas EXTERNAS, aquellas que no son del proceso evaluado, así sean internas al HGM.

De igual forma se corrigieron muchos RIESGOS que habían sido nombrados y eran más consecuencias.

También se eliminaron algunos riesgos en varios procesos ya que correspondían a otros procesos que eran quienes los controlaban y en el proceso evaluado solo era una consecuencia que lo afectaba. Por Ejemplo la falla de SAP era un riesgo que nombraban

muchos procesos, pero para ellos es la consecuencia de un riesgo de TIC que los afecta pero no pueden controlar.

Para todos los procesos se redefinieron los riesgos pues se encontró que en la mayoría se habían descrito algunas de las consecuencias como el riesgo que pretendían describir.

II. IDENTIFICACIÓN

En este ítem se verifica la CLASIFICACIÓN del riesgo, se debe centrar atención especial en los riesgos más significativos que puedan afectar procesos, procedimientos y en general los servicios clínicos y desviar negativamente el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, acá se validó cada uno de los riesgos y su clasificación de acuerdo a lo descrito en el instructivo.

De igual forma se revisó la columna de DESCRIPCION DEL RIESGO donde se enuncia de manera detallada la situación de Riesgo la cual debe ser acorde al riesgo Nombrado

III. ANÁLISIS

Elemento de Control que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la entidad pública para su aceptación y manejo.

El análisis debe realizarse a partir del conocimiento de situaciones del entorno de la entidad.

El análisis del riesgo dependerá de la información del sistema de referencia que se esté evaluando y de la disponibilidad de datos históricos y aportes de los funcionarios de la entidad que manejan cada uno de los procesos evaluados.

Por Probabilidad se entiende la posibilidad de ocurrencia del riesgo; esta puede ser medida con criterios de Frecuencia, si se ha materializado (por ejemplo: Número de veces en un tiempo determinado), o de Factibilidad, teniendo en cuenta la presencia de factores internos y externos que pueden propiciar el riesgo, aunque este no se haya materializado.

Teniendo en cuenta lo anterior y para determinar de manera objetiva la probabilidad pero de una forma precisa y acorde al sistema de referencia se ha creado una tabla de PROBABILIDAD para cada proceso pues la matriz de riesgos no es una para el HGM, sino una para cada proceso por lo tanto las probabilidades dependerán del sistema de referencia.

Así se creó una tabla de probabilidad para cada proceso conservando la escala de 1 a 5, pero definiendo parámetros de calificación propios de cada proceso, lo que permite una calificación acorde a lo que ocurre o puede ocurrir en cada uno de ellos.

La calificación del IMPACTO permanece como aparece en el instructivo con sus consecuencias para el HGM, pues se pretende evaluar las consecuencias de la materialización de un riesgo en el contexto del HGM.

TIPO IMPACTO

Respecto al TIPO DE IMPACTO se evalúa en cada matriz este aspecto pues se encuentra que estaba calificado de manera inadecuada en la mayoría de los casos, debido a la falta de comprensión, pues el instructivo en este aspecto es poco claro y da muy pocas opciones de selección en las CATEGORÍAS y en su SUBCATEGORÍA es poco preciso lo que quiere representar.

Módulo de Evaluación y Seguimiento

Avances en Auditoría Interna

Programa de auditoría interna 2015 presentado y aprobado por el comité coordinador de control interno, se abordaron los siguientes procesos: auditoría al proceso de gestión de la innovación, seguridad de la información y gestión de adquisición de bienes y servicios, atención en laboratorio clínico, atención en banco de sangre, gestión de la información y atención al usuario, gestión de docencia servicio, información clínica y administrativa, hospitalización (UCI), clínicas quirúrgicas, gestión farmacéutica, historia clínica, ambulatorios (odontología), urgencias ginecobstetricias, gestión de planeación, SGIC, ayudas diagnósticas, Gestión de equipos biomédicos industriales y de soporte asistencial, Gestión de la investigación; el programa de auditorías del año 2015 se cumplió en un 96%.

Se fortalece el programa de auditoría con la participación de una profesional bacterióloga especialista en auditoría, lo que ha permitido una mayor cobertura de auditoría a los procesos misionales.

Se ha realizado seguimiento al 100% de las auditorías internas, en algunas de ellas con la presencia directa de las subgerencias lo que permite un mayor compromiso y cierre de las oportunidades de mejora.

Como parte del cierre de ciclos de mejora, se continua alojando en la intranet una carpeta compartida para acceso de los líderes, directores y subgerentes quienes alimentan los planes de mejoramiento derivados de las auditorías internas; esta herramienta ha permitido tener un acceso simétrico, un seguimiento regular de los planes de mejora definidos por las áreas auditadas y propicia una mayor eficacia en la gestión del mejoramiento.

Los indicadores de gestión de la institución deberán mantenerse actualizados, tanto los indicadores gerenciales como los de cada proceso para que se puedan convertir los mismos en herramienta de gestión.

Como resultado de la auditoría interna se registran mejoras importantes como es la implementación de la función de aprovisionamiento automático (MRP) en SAP en los pisos, almacén de cirugía, urgencias, material médico quirúrgico (MMQ) y actualmente en Laboratorio y Banco de Sangre, esta herramienta ha permitido la planificación óptima de los materiales con un flujo correcto en el proceso de aprovisionamiento lo que ha significado mayor gestión, control, racionalización en el uso y seguimiento a los medicamentos y al material médico quirúrgico. Se observa un mejoramiento

efectivo en los pisos en el consumo de guantes, vendas, espadrapo, microporo, entre otros. Esta automatización del proceso se ha traducido una reducción en los consumos promedio mes en pisos de hospitalización del 43 % y una disminución de la rotación de inventarios de 23 a 17 días. Igual fenómeno se ha presentado en el servicio de urgencias, con disminución de la rotación de inventario de 47 a 21 días.

La oficina de control interno viene realizando seguimiento a los planes de mejoramiento con avances del 80 % en los procesos auditados durante el año 2015.

La Secretaría de Evaluación y Control del Municipio de Medellín, responsable de liderar, coordinar y hacer seguimiento a la implementación del pilar “Ambientes de Control” dentro del modelo de gerencia pública y “Conglomerado Público”, realizó el diagnóstico de la actividad de auditoría interna y del Sistema de Control Interno en las entidades del conglomerado con el fin de identificar las brechas frente a las prácticas líderes. El diagnóstico tomó como referente el Marco Internacional para la Práctica Profesional de la Auditoría Interna (MIPP) del Instituto Internacional de Auditores Internos (IIA) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI 2014).

La madurez del Sistema de Control Interno con respecto a los estándares definidos en MECI, se encuentra en el HGM en un nivel administrado con un puntaje de 3,6 sobre cinco, lo que significa que los elementos cuentan con esquemas de monitoreo para determinar su gestión. La auditoría identificó la implementación de prácticas líderes en algunos elementos como: Aula virtual, compromiso ético, Olimpiadas de la Calidad, estrategias redundantes en el despliegue, Sistema de Información y Orientación la Usuario, cultura del mejoramiento, EURODOC, buzones de sugerencias para el público interno, entre otras.

La madurez de la actividad de auditoría interna del Hospital con respecto a las prácticas líderes, se encuentra en un nivel establecido con un puntaje de tres sobre cinco, lo que significa que los elementos se encuentran formalizados, divulgados y operando y algunos de ellos ya están en un nivel administrado.

Recomendaciones

La oficina de control interno considera importante implementar las siguientes recomendaciones y retos:

- Continuar aumentando la concientización de la gestión de riesgos a nivel directivo y ejecutivo, además, desarrollar un plan para aumentar las capacidades de gestión de riesgos y la constancia de las mismas, obtener un consenso a nivel ejecutivo y directivo sobre los riesgos principales de la organización y asegurar la claridad con respecto a la asignación de responsabilidades en la gestión de riesgos y su cumplimiento.
- Es necesario revisar y definir la medición de decisiones estratégicas: Medición de adherencia a los programas, adherencia a las políticas institucionales, relacionamiento y alianzas público privada para impulsar los objetivos organizacionales en desarrollo, investigación e innovación y consecución de recursos locales, nacionales y/o internacionales, fortalecer capacidades en

práctica clínica, investigación y desarrollo a través de convenios e intercambios académicos con universidades nacionales y/o internacionales. Se recomienda implementar instrumentos de medición regular de las políticas y de los programas definidos por la institución.

- La institución debe evaluar si la metodología actual de planeación estratégica debe continuar o ajustarse a metodologías basadas en prospectiva de largo plazo que le da fuerza a investigar futuros posibles, probables y deseables; tal como se viene desarrollando en la actual formulación del plan estratégico 2016-2027, estos cambios se deberán documentar y publicar, asegurando una estrategia clara y concreta de socialización a todas las partes interesadas.
- La visión institucional que culmina en el año 2015, se le deberá medir el grado de logro con indicadores y con el concepto de clientes internos y externos, para determinar si la institución llegó o no a donde se había propuesto en el plan, de acuerdo con lo definido en el procedimiento.
- El plan de acción se gestiona a través de una herramienta manual, se trata de una tabla de Excel que carga los nueve programas, con riesgos de pérdida de información, control del histórico y validación de las metas. Actualmente el proceso se ejecuta 100% por fuera del sistema de información SAP. El hospital debe explorar dentro del plan estratégico de sistemas de información la adquisición de licencia de SAP - módulo PS que posibilite sistematizar y automatizar la administración del plan de acción, con indicadores de metas físicas y financieras (POAI), y administrar su ejecución.
- A procesos estratégicos como la planeación institucional se recomienda aplicar instrumentos de medición del nivel de madurez de la planificación, que permitan concluir acerca de la capacidad de pensamiento estratégico en la organización. Se recomienda tener en cuenta los diagnósticos de madurez de riesgos (MECI, AON y Conglomerado) para la formulación del plan de desarrollo 2016-2027.
- El control de inventarios de medicamentos y material médico quirúrgico, además de realizarlo en la bodegas principales debe hacerse en la totalidad de éstas, ejemplo, en bodegas como odontología, banco de sangre, consulta externa, almacén de oncología, almacén de tutelas, neonatos, carros de paro de todos los servicios, almacén de UCI, promoción y prevención, almacenes en piso, entre otros.
- En el nivel de madurez que ha alcanzado el proceso de facturación se recomienda, avanzar hacia la implementación de la verificación inteligente de seguros de pacientes hospitalizados, el proceso deberá definir el inicio de pruebas piloto para hacer seguimiento. Realizar seguimiento diario a todos los pacientes que se encuentran hospitalizados, con el fin de que las prestaciones y cargos realizados en su cuentas sean correctos y no frenen la generación oportuna de las facturas, esto debe hacerse desde el mismo momento en que ingresa el paciente, es decir la factura se va haciendo día a día. El Proceso de preparación de la factura en línea requiere que se tenga un equipo asegurando y verificando datos del proceso de

admisión, otro equipo validando prestaciones facturables y no facturables y otro equipo creando la factura. Redefinir puestos de trabajo con un cumplimiento claro de objetivos y funciones.

- Se recomienda definir un indicador de facturación limpia por mes; que contemple un procedimiento riguroso de revisión de la factura antes de ser radicada según las condiciones acordadas con las EPS (Una lista de chequeo es útil). Con retroalimentación permanente de gestión de glosas sobre los motivos de las devoluciones para intervenirlos efectivamente. El seguimiento de facturación debe ser sistemático y continuo retroalimentando todo el personal tanto clínico como administrativo
- Se recomienda afinar los siguientes controles: asegurar competencias del personal de contrato de prestación de servicios, Identificación de derechos frente al sistema el cual es el principal motivo de glosas, tener certeza de la identificación del pagador responsable del usuario durante la hospitalización, fortalecimiento del proceso de admisión, con una coordinación técnica del proceso y una auditoría concurrente permanente, garantizar en la admisión del paciente el registro de la totalidad de los datos al ingreso, garantizar que quede diligenciado el campo en el sistema con el número de la autorización, garantizar las autorizaciones durante la hospitalización ya que están generando devoluciones. En la matriz de riesgos, hacer efectivo y eficaz el control de los riesgos.
- Con relación a la gestión de los riesgos del hospital quedan unos retos:
- Darle continuidad a la consultoría en riesgos corporativos para efectos de aumentar la concientización de la importancia de la gestión de los riesgos en toda la organización.
- Se debe explorar el mejoramiento de la herramienta para administrar las Matrices de Riesgos implementando un desarrollo de software propio que garantice integridad de la información, conservar los seguimientos y los controles, evidenciar una gestión permanente del mapa de riesgos por cada proceso y global y conservar el histórico de manera que se evidencie la evolución de la gestión del riesgo.
- Se debe documentar un gobierno explícito de los riesgos que permita definir niveles de responsabilidad en la gestión de los riesgos corporativos, intervención de riesgos extremos y altos, verificación de los controles e indicadores de eficacia de los mismos, diseño y rediseño de controles, definir tolerancia al riesgo y aumentar nivel de concientización de la importancia de los riesgos en toda la organización.

Alberto Aristizabal Ocampo
Asesor de Control Interno