

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

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

<b>Responsable:</b>	<b>José Heriberto Vargas Lema Profesional en Control Interno</b>	<b>Período evaluado: marzo 4 de 2016 a julio 4 de 2016</b>
		<b>Fecha de elaboración: julio de 2016</b>

### Módulo de Planeación y Gestión

### Avances en Direccionamiento Estratégico

## Logros y Resultados presentados en la evaluación del plan de acción a junio de 2016

Después de realizada la evaluación del Plan de Acción del HGM para el periodo enero – junio, este se ha ejecutado en un 90%. Se destaca la atención a 61.965 pacientes como la realización de más de 673.256 acciones y procedimientos asistenciales con una satisfacción del 98,36%.

En cuanto a cartera, en el periodo se alcanzó recaudar un 76.7% de la meta, es decir, \$71.489 millones, al 30 de junio la cartera vencida sumaba \$260.500 millones. En cuanto a facturación, en enero – junio se facturaron \$111.160 millones para un cumplimiento de la meta del 98%, siendo el 65% facturación para el régimen subsidiado, el 20% para el contributivo, el 10% para vinculados, el 2% para el SOAT, el 1% particulares, el 1% para regímenes especiales y un 1% para el Fosyga.

En cuanto al Sistema de Gestión Integral de Calidad se destaca el anuncio del ICONTEC de que el Hospital se mantenga como institución Acreditada en Salud, y haber ganado el Galardón Nacional Hospital Seguro que otorga la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. El Hospital ganó el Galardón Nacional Hospital Seguro - ACHC 2016, en su cuarta versión, premio que entrega la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, como un reconocimiento ante el sector salud, del conjunto de fortalezas logradas por la institución en la mejora continua de la seguridad, en beneficio de los pacientes y de la comunidad general.

En el Sistema de Información y Atención al Usuario, en el periodo se presentaron 2.411 manifestaciones siendo el 13.65% de estas felicitaciones, el 60.39% agradecimientos, el 5.43% sugerencias y el 20,53% reclamos.

En el programa de Innovación el Hospital a junio 30, adelanta 51 proyectos de investigación, además de tener trece ensayos clínicos aprobados por la industria de los cuales seis están en curso, cuatro en proceso de reclutamiento, y tres en concertación de presupuesto. Además, fue reconocido como Hospital Universitario por una vigencia de siete años y se comenzó a trabajar en el proyecto del primer laboratorio de co – creación en salud con las Universidades EIA y CES.

Las inversiones en el bienestar del recurso humano a junio de 2016 se resumen así: en capacitación \$134.833.917, en el Programa de Vivienda se han adjudicado \$1.216 millones, en el programa de

descuentos del 50% para los empleados en los servicios de salud del Hospital se han invertido \$171.252.671 y dentro de las actividades para el bienestar laboral se invirtieron \$ 521.395.356.

El programa de Consolidación y renovación tecnológica se cumplió de enero a junio en un 87.1%, mientras que la Adecuación y mejoramiento de la infraestructura física en un 84.2%.

La proporción de mantenimientos realizados para corregir daños por mal uso de los equipos en el periodo fue del 6,5 % para un valor acumulado por mal uso de \$71.937.412.

En cuanto a infraestructura, en la adecuación del servicio de Urgencias se logró una ejecución del 84% y entraron en funcionamiento una parte de urgencias adultos, las adecuaciones del servicio de Ginecobstetricia llegaron a una ejecución del 97% y el angiógrafo del 100%.

En un evento ante la comunidad hospitalaria, se dio a conocer el nuevo Plan Estratégico de la institución para el período 2016 – 2027, integrado por misión, visión, propuesta de valor, mega, principios, valores, ocho objetivos estratégicos y nueve programas.

Misión: Somos un hospital público que presta servicios de salud de forma integral, segura y humana, comprometido con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación.

Visión: Para 2027 seremos un hospital público universitario líder por su modelo de atención innovador y por ser generador de experiencias positivas en sus usuarios, sus colaboradores y su entorno.

Propuesta de valor: Ser una institución pública integral de salud, centrada en el paciente y su familia, referente en calidad y seguridad del paciente, competitiva, líder en modelos de atención y gestora de conocimiento e innovación.

Mega: Para el 2027 el Hospital General de Medellín duplicará su aporte a la sociedad en la atención satisfactoria de pacientes complejos.

Principios: Equidad, eficiencia, transparencia, calidad y responsabilidad social.

Valores: Responsabilidad, solidaridad, respeto, vocación de servicio, honestidad y seguridad.

Objetivos estratégicos:

1. Consolidar un modelo de gestión integral del proceso de atención que genere valor para el usuario y su familia.

2. Alcanzar niveles de excelencia en los procesos organizacionales a través de un sistema de gestión integral de calidad.

3. Lograr, mediante la gestión adecuada de los recursos, niveles de eficiencia que contribuyan a la competitividad y sostenibilidad de la organización.

4. Contar con personas competentes, comprometidas, con vocación y satisfechas con su trabajo.

5. Ampliar y fortalecer la integralidad y efectividad en la prestación de servicios de salud de alta complejidad articulados en redes integradas de atención y dirigidos a la implementación de programas de práctica clínica.

6. Consolidar la institución como un hospital líder en buenas prácticas de gobierno corporativo y gestión

pública.

7. Incrementar la generación de conocimiento y la innovación aplicada al proceso de atención en salud.

8. Mantener y disponer de equipamiento, infraestructura y sistemas de información para la prestación de servicios de salud humanizados y seguros.

El Hospital General de Medellín se mantiene como institución Acreditada en Salud, de acuerdo con el oficio enviado por el ICONTEC donde informa la decisión, después de que la Junta de Acreditación en Salud analizó el informe de visita de evaluación correspondiente al segundo seguimiento del tercer ciclo de Acreditación.

El Icontec destaca los avances importantes del Hospital en la cultura de la calidad y mejoramiento que parten del compromiso de la alta dirección, la implementación de programas y estrategias de transformación cultural, los avances en humanización de la atención y logros evidentes como el desarrollo del programa madre canguro, el banco de leche humana y la sala familiar, el mejoramiento en los servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio clínico, la renovación y mantenimiento de la infraestructura, la adquisición y renovación de tecnología, la depuración e indexación del archivo de historias clínicas y documental, el posicionamiento de la institución a nivel local, nacional e internacional, el reconocimiento de los usuarios expresado en la satisfacción con los servicios que reciben.

El plan de acción de la institución muestra la siguiente ejecución:

N°	PROGRAMA HGM	% DE EJECUCIÓN	% DE EJECUCIÓN PONDERADO
1	<u>ACCIONES ASISTENCIALES</u>	98.9%	98.7%
2	<u>MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL DE CALIDAD</u>	98.3%	98.4%
3	<u>CONSOLIDACIÓN Y RENOVACIÓN TECNOLÓGICA</u>	119.0%	92.2%
4	<u>DESARROLLO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN E INFORMÁTICA</u>	89.2%	89.0%
5	<u>GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN</u>	89.4%	83.8%
6	<u>ADECUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA</u>	87.5%	84.2%
7	<u>CONSOLIDACIÓN GERENCIAL Y ORGANIZACIONAL</u>	87.5%	85.0%
8	<u>GERENCIA DEL RECURSO HUMANO</u>	94.7%	96.3%
9	<u>GESTIÓN FINANCIERA</u>	84.3%	83.5%
<b>CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCION</b>		<b>94.3%</b>	<b>90.1%</b>

## Avances en Talento Humano

Las acciones con respecto al desarrollo del talento humano avanzan así:

Durante los días 25, 26, 27 y 31 de mayo de 2016, en dos jornadas de trabajo, se llevaron a cabo los talleres para el despliegue de la cultura HGM denominados "LEYENDAS DE LA CULTURA" con un total de 115 asistentes.

El programa de Humanización en el hospital se ha ejecutado en un 90% de cumplimiento.

Se ha venido cumpliendo en un 100% con el programa de inducción al ingreso a la institución y el diligenciamiento del formato de entrenamiento en el puesto de trabajo.

Para el año 2016 se tiene un presupuesto de \$350.368,434 de los cuales ya se tiene ejecutado \$134,833,917 con un % de cumplimiento del 38% se tiene disponible: \$213,217,472.

La Proporción de cumplimiento de la Ejecución del Plan de capacitación fue de 92,39 % de lo programado en el semestre.

El plan de Bienestar institucional para este año 2016 cuenta con un presupuesto de \$ 914.000.000. de los cuales se han ejecutado \$ 521,395,356, es decir un 57%, la proporción de clientes interno satisfecho en los programas de Bienestar fue del 92,9%, los programas en general tuvieron una asistencia de 3,780 participantes.

Con respecto al programa de vivienda se tienen un presupuesto asignado para el año 2016 de \$ 2.463.353.029, durante el primer semestre del presente año el comité de vivienda analizó y aprobó 29 solicitudes de las cuales renunciaron 5 funcionarios al proceso. Valor total aprobado \$ 1,216,326,293 de los cuales se desembolsaron \$496,785,400, están en trámite \$ 719,540,893 y hay un disponible de \$1.247.026.736

Durante el primer semestre del año el Hospital ha concedido por beneficio del descuento del 50% un valor de \$171,252,671 de los cuales fueron beneficiados 1031 entre funcionarios y su grupo familiar. La proporción de Satisfacción del cliente interno satisfecho en los programas de bienestar fue del 92%.

Se continúa con la implementación del programa de certificación organizaciones saludables, se realizó capacitación a 148 funcionarios en organizaciones saludables y despliegue de la política de estilos de vida saludable. Igualmente se realizó capacitación en alimentación saludable con la participación de 85 personas, se celebró el día del no fumador el 31 de mayo en la cual se sensibilizó a 143 personas con actividad lúdica y con conferencia "Escuchar, entender y actuar: tres claves para prevenir los problemas asociados a las drogas Se normalizaron los documentos requeridos de acuerdo a la guía del sistema de gestión de enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas no transmisibles y se elaboró la resolución de la conformación del comité de organizaciones saludables.

Se elaboró la línea base con datos obtenidos de las evaluaciones Médicas a 780 funcionarios, se requiere actualizar algunos datos de los funcionarios evaluados.

Se realizó la entrega del compromiso al 100% de las personas con clasificación del riesgo cardiovascular medio y alto. Se realizó la evaluación por médico deportólogo y nutrición al 50% de las personas clasificadas en riesgo alto y medio.

Se capacita al personal con personal a cargo para realiza la evaluación del desempeño al personal de carrera

administrativa del periodo 2015- 2016, igualmente se le socializa al comité de Gerencia el nuevo Acuerdo 565 de 2016 de Evaluación del desempeño formato tipo , el cual se deberá aplicar a partir del 01 de enero 2017.

Desde la Gerencia se les realizó la evaluación de acuerdo de gestión a los Directivos en las fechas establecidas por Ley y se concertaron los compromiso para el periodo 2016-2017.

Se hace seguimiento al cumplimiento de la evaluación: Funcionarios de Carrera 298, se evalúan 288, pendientes para evaluar 8, Incapacitadas 1. Para un % de personas evaluadas 97%.

De las evaluaciones realizadas al personal de carrera se tiene que el 66% de los funcionarios obtuvieron una evaluación destacada, el 27% satisfactoria, el 2,6% sobresaliente.

## Avances en administración de riesgos

Se ha realizado un consultoría a la Gestión integral de Riesgos y han revisado 41 procesos relacionados, se realizó un detallado procedimiento de evaluación de su Matriz de Riesgos en cada una de sus fases:

- ✓ CONTEXTO ESTRATEGICO
- ✓ IDENTIFICACIÓN
- ✓ ANALISIS
- ✓ VALORACION 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 consideran 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.

En el HGM se ha realizado hasta la fecha de inicio de la consultoría un primer ejercicio de diagnóstico y evaluación de los riesgos de todos los procesos tanto Misionales, de Apoyo, Estratégicos y de Control que permite una sensibilización del personal con el tema.

---

Los líderes de los procesos ya conocen la metodología empleada pero no en todos los procesos sus colaboradores saben del tema.

Se debe mejorar la herramienta para administrar las Matrices de Riesgos implementando un software propio a la medida que incluya algunos de los aspectos mencionados anteriormente y haciendo algunos requerimientos de programación y revisión conceptual de la metodología de tal forma que permita hacer una gestión permanente de los riesgos por cada proceso y dicha gestión se alimente en el programa y quede el histórico que permita ver cómo ha sido la evolución de un riesgo.

Se debe continuar con una adecuada seguimiento regular de los riesgos, intervención de riesgos extremos y altos, verificación de los controles e indicadores de eficacia de los mismos, diseño y rediseño de controles, definir niveles de responsabilidad en el sistema, definir tolerancia al riesgo y aumentar nivel de concientización de la importancia de los riesgos en toda la organización (Cultura).

### Módulo de Evaluación y Seguimiento

#### Avances en Auditoría Interna

El programa anual de auditoria interna año 2016 fue presentado y aprobado por el comité coordinador de control interno, actualmente se han desarrollado auditoria a los siguientes procesos:

PROCESO AUDITADO	Hallazgos de riesgo bajo	Hallazgos de riesgo medio	Hallazgos de riesgo alto	Tiene plan de mejoramiento	Porcentaje de avance - Observación
Gestión de la Facturación	1	11	2	SI	75%
Gestión de Hospitalización – Unidad neonatal	2	10	2	SI	65%
Gestión de investigación	2	6	3	SI	75%
Trasplante de tejido	2	1	4	SI	90%
Buenas prácticas clínicas	0	19	0	SI	93%
Gestión Disciplinaria	3	8	3	SI	70%
Programa Seguridad del paciente	6	1	1	SI	90 %
Gestión Documental	2	5	5	SI	41%

<b>Gestión del presupuesto</b>	2	11	0	SI	EN PROCESO
<b>Gestión de la infraestructura de TICs</b>	21	1		SI	EN PROCESO
<b>Central de Esterilización</b>	3	7	2	SI	41%
<b>Gestión Jurídica</b>	2	9		En proceso	
<b>Gestión de Ambulatorios (consulta externa-fisioterapia)</b>	1	8	3	En proceso	
<b>Gestión de Activos fijos</b>		11		En proceso	

Actualmente se avanza auditoría a los procesos del contrato de servicios ambulatorio de consulta renal y la gestión del banco de sangre.

Se mantiene el apoyo 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 logro en las oportunidades de mejora.

Como parte del cierre de ciclos de mejora, se continua en la intranet con 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.

Durante el año 2016, la auditoría interna ha generado 177 oportunidades de mejora, las cuales han sido clasificadas en riesgo bajo 49, en riesgo medio 103 y en riesgo alto 25

## Planes de Mejoramiento

Los planes de mejoramiento de la Auditoría interna avanzan de la siguiente forma:

PROCESO AUDITADO	Hallazgos de riesgo bajo	Hallazgos de riesgo medio	Hallazgos de riesgo alto	% de avance del plan	OBSERVACIÓN
Gestión de la Adquisición de bienes y servicios	0	10	4	100%	
Gestión de la innovación	1	4	13	65%	
Seguridad de la información y gestión información	0	6	7	68%	
Gestión Atención en Laboratorio Clínico	1	5	9	90%	Intervención y seguimiento a inconsistencias de Winlab
Gestión Atención en Banco de Sangre.	0	11	4	90%	Implementación del MRP
Sistema de información y Atención al Usuario.	3	11	5	100%	
Gestión docencia - Servicio	1	9	9	90%	
Gestión Farmacéutica	2	16	4	90%	Trazabilidad dispositivos médicos implantables, PRUM, perfil farmacoterapeutico.
Gestión de Planeación	5	12	4	100%	
Planificación y consolidación de la Gestión del SGIC.	1	10	4	95%	Indice de madurez del SGIC
<b>TOTALES</b>	<b>14</b>	<b>94</b>	<b>63</b>		

<b>TOTAL PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO</b>	<b>171</b>
---	------------

PROCESO AUDITADO	Hallazgos de riesgo bajo	Hallazgos de riesgo medio	Hallazgos de riesgo alto	% de avance del plan	OBSERVACIÓN
Gestión de la Información Clínica y Administrativa	11	5	4	87%	
Atención en Hospitalización : UCE – UCI Adultos	4	4	3	85%	
Atención en Clínicas Quirúrgicas	3	4	3	70%	Medición productividad de quirófano.
Atención en Urgencias de Gineco-Obstetricia	6	5	5	65%	Oportunidad de triaje I y II, cumplimiento de la norma de triaje Res. 5596/2015
Atención en Servicios Ambulatorios: Odontología	3	3	6	88%	
Gestión de la Historia Clínica	6	1	5	65%	
Gestión Equipos Biomédicos, Industriales y de Soporte Asistencial	5	6	3	80%	
Atención en Urgencias	3	5	4	87%	
Atención en Apoyos Diagnósticos	2	7	4	92%	
<b>TOTALES</b>	<b>43</b>	<b>40</b>	<b>37</b>		

<b>TOTAL PROPUESTAS DE MEJORAMIENTO</b>	<b>120</b>
---	------------

Así avanza el Plan de Mejoramiento Institucional a junio de 2016, de acuerdo con la información de la Oficina de Planeación.

GRUPO DE MEJORAMIENTO	EJECUTADO	EN PROCESO	SIN AVANCE	TOTAL	% EJECUCIÓN
Gerencia del ambiente físico	3	12	0	15	100%
Gestión de la tecnología		3	0	3	100%
Gerencia del talento humano	3	23	0	26	100%
Gestión de información		6	0	6	100%
Cliente asistencial	25	56	0	81	100%
Direccionamiento y Gerencia	14	5	0	19	100%
Mejoramiento Institucional		5	0	5	100%
SySOMA	52	7	0	59	100%
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>117</b>	<b>0</b>	<b>214</b>	<b>100%</b>

### Avances en la Autoevaluación institucional

Acompañamiento a los grupos de mejoramiento en el seguimiento a planes de mejora por grupo de estándares e institucional. Jornada de revisión de fuentes de mejora, agrupación por afinidad, priorización y análisis causal, en los grupos de mejoramiento de segundo nivel y algunos de primer nivel. Avance en la estructuración de la matriz de consolidación de estándares de acreditación para la jornada de autoevaluación. Capacitación y entrenamiento en el modelo de mejoramiento institucional y otros elementos del SGIC

Se mantiene una cultura de autoevaluación permanente en la institución a través de diferentes estrategias, se realizó autoevaluación con los grupos de mejoramiento de los grupos de estándares para el informe de acreditación

Según autoevaluación se establecieron oportunidades de mejora las cuales se llevaron a un plan de mejoramiento institucional al cual se le realizó seguimiento mensual por cada grupo de mejoramiento obteniendo un logro del 99% de acciones de mejora gestionadas.

El Gerente del Hospital ha cumplido con todos los compromisos relacionados con la Rendición de cuentas frente a la comunidad, proveedores, funcionarios y Junta Directiva.

El Hospital ha rendido la cuenta ante la Contraloría General de Medellín, presentando el 100% de los informes que están definidos en la resolución 149 de 2013 control de gestión, se ha dado cumplimiento a todos los informes a los diferentes organismos de control de acuerdo con la matriz de control de informes externos.

La Oficina de Control Interno realizó la medición de la percepción ética en el Hospital a través de la aplicación de una encuesta a un grupo de funcionarios, donde la percepción ética positiva fue de un 81,14% un punto porcentual por encima del año anterior que fue de 80,35 %. En los resultados de la encuesta se destaca que el 93,06% de los funcionarios consideran que desempeñan sus funciones con honestidad, responsabilidad, compromiso, transparencia, eficiencia, eficacia, tolerancia, oportunidad, respeto, autocontrol y protección de bienes públicos, así mismo que la institución realiza acciones para la protección y conservación del medio ambiente tendientes a minimizar los impactos negativos de tipo ambiental y al buen manejo de los recursos físicos. El 92,50 % considera que el trato a los usuarios es humanizado y cortés, el servicio está caracterizado por la calidad, la oportunidad y el profesionalismo, con personal idóneo y bien capacitado, con recursos físicos que permitan una atención excelente. Un 91 % considera que la información que se entrega a los diferentes organismos de control es veraz y se suministra en forma oportuna.

### **Avances en el eje transversal información y comunicación**

El eje transversal de información y comunicación se ha ejecutado de la siguiente forma:

Se envió comunicación a todas las áreas impartiendo instrucciones para motivar el uso del documento electrónico con respecto a las actas de reunión de grupo primarios que tienen cortos tiempos de retención. Se avanza en la organización y depuración de los archivos de gestión y capacitación en el manejo de los inventarios documentales, se avanza en la aplicación de TRD - Transferencias primarias, mayor optimización del tiempo en la recuperación de la información a partir de los inventarios documentales en los archivos de gestión y archivo central, mayor optimización de los espacios físicos en los depósitos de archivos y en las áreas a partir de la organización de los archivos.

Se realizó la marcación de los módulos donde se encuentra la documentación del archivo administrativo central. Se trasladaron: 2,793 cajas X300 = 5,586 cajas X200 = 223,440 historias clínicas.

Se realizó la marcación definitiva de unidades documentales, signatura topográfica y actualización de inventarios documentales de los archivos centralizados que se tienen. Se actualiza el inventario del archivo central con las transferencias enviadas por las áreas en forma permanente, se empezó a realizar el inventario de historias clínicas a partir del mes de marzo de 2016.

Se realiza capacitación en el manejo de la herramienta (Analyzer, MS Analysis, Lumira) para el equipo de Estadística y Sistemas, se acompaña a los directivos para el buen manejo de los tableros estratégicos que están en producción.

Tablero Asistencial (egresos, promedio día estancia) en un 70% de ejecución, definición del tablero estratégico y reportes tácticos para eventos adversos, se trabaja tangencialmente desde BI, es decir, cuando se generan reportes por BI, se revisa la calidad del dato.

El porcentaje de disponibilidad tanto de los servidores como del enlace fue 99,9%, el acumulado para el año es de 345 máquinas con mantenimiento preventivo. Se cumple con la programación. Se tiene un 86% de cumplimiento de la promesa de atención en incidentes reportados a la mesa de ayuda, con un 88% de las llamadas contestadas antes de los 20 segundos. Se registran en promedio 1217 solicitudes o requerimientos de las cuales se cierran en el mismo mes en promedio el 92%, se cuenta con 744 equipos entre portátiles y pc's. 411 son administrativos, 333 asignados a áreas asistenciales.

Se revisa propuesta que incluye el alquiler de las impresoras de los stickers y un software que permite generar los indicadores de oportunidad en la toma de muestras, sin embargo se requiere de al menos 6 interfases entre sap, winlab y un tercer software. Se analiza y el riesgo de tener inconsistencias continuas es muy alto.

Se realiza una interface entre los equipos de gases GEM y SAP ubicados en las unidades de cuidados intensivos para tener disponible en el sistema SAP los resultados de gases y electrolitos ordenados desde la carpeta de ordenes clínicas procedimientos pisos (los exámenes que realiza la enfermera).

Avance plan de seguridad de la información proceso Gestión infraestructura de TICS: 97%

Avance plan de seguridad de la información proceso Gestión Documental: 28%.

En cuanto a promocionar los trámites y servicios disponibles por medios electrónicos se tiene diseñado el volante, banner página y cover de facebook para promover citas web, se han promovido a través del chat. Se tiene diseñado la encuesta de satisfacción para citas web y están en pruebas. Con respecto a la satisfacción del chat es del 91%. Se tiene implementado en el sitio web un canal de atención para contacto, peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD), igualmente está habilitado a través de tecnologías móviles. El Hospital cuenta con un sistema que integra y centraliza las peticiones, quejas, reclamos y denuncias recibidas a través de los diferentes canales habilitados para tales fines, tanto electrónicos como presenciales.

Para el 30 de junio del 2016 se alcanzó 7525 fans en la página de facebook, con un crecimiento de fans del 8 % se aumentó el promedio del alcance por la el anunció del reconocimiento como Hospital Universitario y el ser finalistas del premio latinoamericano de excelencia en higiene de manos. Jornadas de Promoción y Prevención, se realizaron 10 jornadas, para un total de 1523 personas atendidas el 101% de lo presupuestado, de las cuales el 29 % se les dio indicación de acudir a su EPS, con una satisfacción del 99,5 %. el “Canal HGM se TV la Salud” mantiene programación a las 10 de la mañana y tres de la tarde, no tiene personal que lo maneje. A 177 pacientes se les ha entregado tarjeta de cumpleaños.

Se activo la campaña de Hago Buen uso de los recursos y se desarrolló la campaña del Plan Estratégico la cual se inició con la fase de expectativa. Señalizados al 30 de junio los servicios de: Urgencias Pediátricas, Gestión Documental, Docencia Servicio, áreas comunes escaleras torre sur, Ginecobstetricia área adecuada, calderas, UCE, UCI 9 sur, UCI Pediátrica, áreas comunes 7 Sur, piso 6 Sur, Piso 5 Sur, Urgencias adultos áreas adecuadas, inventario y diseño piso 4 sur.

## Recomendaciones

- 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.
- 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.
- Se recomienda en el nivel de madurez que ha alcanzado el proceso de facturación, 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 ha recomendado para el proceso de esterilización ejecutar un control de insumos y suministros, a raves de la implementación de la provisión automática, optimizar el control y trazabilidad del material y equipos en arrendamiento devueltos, buscar eficiencia, optimización de costos y generación de ingresos, mejorar la interrelación con otros procesos. Realización del inventario de instrumental. Normalizar documentos. Socializar y verificar el cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado.
- Al proceso de ambulatorios se ha recomendado realizar medición de adherencia a las GPC correspondiente al primer semestre de 2016, de acuerdo con los servicios Habilitados en Consulta Externa, para las patologías seleccionadas de acuerdo al perfil de morbilidad del 2015. Realizar el procedimiento de consentimiento informado en el servicio de Fisioterapia. Hacer medición de adherencia a los instructivos de Fisioterapia. Garantizar el mantenimiento preventivo a los equipos que no figuran en la programación del año 2016 del área de Fisioterapia.
- Se advierte un riesgo alto por incumplimiento en los tiempos de respuesta a los derechos de petición conforme lo establece la ley 1755 de 2015, dado que en un porcentaje alto llegan a diferentes áreas de la institución sin que se tenga el control de los tiempos ni el control centralizado por parte de la Oficina Jurídica. Por gestión documental, formalidad y trazabilidad es importante documentar toda la gestión jurídica por Eurodoc, incluidas las actas del Comité de Conciliaciones.
- Se recomienda realizar un mejoramiento de la investigación administrativa cuando se presentan daños a los activos fijos, determinar con mayor claridad las responsabilidades, generar los informes con mayor oportunidad, debe presentarse un cronograma para la realización de los inventarios de activos fijos, hacer entrega de la cartera de los activos fijos en cirugía, mantenimiento y sistemas, se ha recomendado actualizar el 100% de los contratos de comodato, realizar el inventario de instrumental y ejercer sobre el un mayor control.

José Heriberto Vargas Lema  
Profesional en Control Interno