



NIT. 890.980.326-9

Empresa Social del Estado
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
El Santuario - Antioquia

INFORME EJECUTIVO ANUAL

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

Sorlay Andrea Areiza Bustamante

Período evaluado: 2011

Fecha de elaboración: Febrero de 2012

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

Talento Humano

- El plan de capacitación institucional alcanzó las metas mínimas para la vigencia, durante la vigencia de 2011 tuvo un 67.7% de cumplimiento.
- La alta rotación del personal asistencial no permite realizar una adecuada y oportuna medición de adherencia a los protocolos y guías de procedimientos institucionales.
- La concertación de objetivos para realizar las evaluaciones de desempeño no alcanza a realizarse oportunamente, en algunas oportunidades se realiza sobre la etapa de evaluación del mismo.

Estilo de dirección

- Durante este periodo se realizó seguimiento a este elemento, arrojando como resultado un 68.8% decreciendo con respecto a la encuesta del año anterior arrojó como resultado un 69,6% y la meta mínima es del 70%, se debe continuar trabajando para su cumplimiento.
- Aún persisten las falencias para garantizar el adecuado despliegue y actualización de las políticas estratégicas y operacionales descritas en el Código de buen gobierno de la ESE, además es necesaria su actualización de acuerdo a la actualización normativa y operacional de la institución.

Planes y programas

- Se considera una debilidad importante el porcentaje de cumplimiento de la planeación institucional, el cual se ubicó en 64 % para el 2011 analizado en durante el comité de calidad del mes de diciembre.

Riesgos

- Se debe trabajar considerablemente para establecer una cultura de enfoque preventivo, más que correctivo teniendo en cuenta que aunque existen áreas o procesos que han venido mejorando en cuanto a la cultura del reporte de los riesgos que se materializan, todavía falta mas compromiso por parte de los líderes en el seguimiento y cumplimiento de las acciones preventivas definidas
- El Comité de Seguridad del paciente debe realizar con más frecuencia el análisis de eventos adversos e incidentes y la implementación de acciones preventivas y correctivas, la operativización del comité alcanzo un cumplimiento del 52% para la vigencia.
- Se debe realizar re inducción a todo el personal en lo relacionado con los dos manuales de administración de Riesgos que tiene la ESE (Manual de riesgos administrativos y Manual de eventos adversos para los procesos asistenciales).

Avances

Acuerdos, compromisos y protocolos éticos

- La evaluación de los acuerdos de gestión de los directivos alcanzo un 73.82% durante la vigencia 2011.
- Se esta trabajando ampliamente en la socialización y despliegue de la política de humanización para lograr un servicio cálido y trato más digno a los usuarios a través de la actividad lúdica (concurso institucional "mis simpatía"- participación en el concurso "cuéntame un cuento", acerca de la humanización y seguridad de los pacientes).
- Durante el periodo el Comité de ética trabajo activamente a través de actividades lúdicas en la socialización y sensibilización de los valores y compromisos éticos alcanzando un 60% de cumplimiento anual, mejoro respecto a periodos anteriores.

Talento Humano

- La medición del impacto o transferencia de las capacitaciones se cumplió en un 81% durante la vigencia.
- El plan de bienestar laboral alcanzó un porcentaje de avance del 85.95, siendo la meta mínima el 70%
- Durante el año se realizó medición de la encuesta de clima laboral, la cual tuvo un porcentaje adecuado del 86 % de cumplimiento frente a la meta estipulada del 80.
- Se logró el proceso de certificación de competencia en la norma de Orientación al Usuario en relación con sus necesidades y expectativas de acuerdo con políticas institucionales y normas de salud vigentes número 230101015 del SENA, para todo el personal institucional.



NIT. 890.980.326-9

Empresa Social del Estado
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
El Santuario - Antioquia

Planes y programas

- De manera trimestral se realiza seguimiento al nivel de cumplimiento de la planeación institucional en sus tres grandes áreas (Directiva, logística y atención al usuario) estos resultados son socializados en reuniones del Comité de Calidad y en la pasada Revisión por la Dirección del mes de agosto.
- El Presupuesto es monitoreado de forma periódica a través del Comité de Sostenibilidad Contable y a través de reunión del comité de calidad se realiza socialización y adecuación del presupuesto para el año siguiente, el comité alcanzo un 75% de cumplimiento.
- El Normograma de la ESE ha tenido un adecuado proceso de actualización durante el periodo.
- El nivel de cumplimiento de los Planes operativos de los diferentes Comités institucionales fue del 69 %. demostrando un avance significativo respecto al periodo anterior

Modelo de operación

- El Modelo de operación por procesos esta siendo ajustado previo a la visita de seguimiento de la certificación de calidad y la reestructuración de algunos procesos en cuanto a inclusión de nuevos procedimientos institucionales.
- Así mismo se esta realizando socialización de los cambios en reuniones de Comité de calidad y se ha hecho difusión a través de los medios de comunicación de la ESE (boletín externo e interno, comunicación por perifoneo y programas radiales.)
- Con relación a los Indicadores de gestión, estos también están sufriendo significativos cambios orientados a la consolidación de información más relevante para la toma de decisiones institucionales, estos son objeto de análisis periódico a través de reuniones de comité de calidad y control interno y por tanto de ajustes para supresión o mejora en cada proceso.

Estructura organizacional

- En general se cuenta con una Estructura organizacional flexible que nos permite hacer cambios según necesidades como es el caso de la redistribución de responsabilidades y procedimientos a los diferentes procesos

Administración de Riesgos

- Durante el 2011 se realizó actualización del Mapa de Riesgos de los algunos procesos asistenciales; esta actualización se ejecutó en las diferentes etapas (identificación, valoración, análisis, establecimiento de controles y acciones preventivas).
- Se esta discriminando los riesgos observados para los servicios asistenciales de optometría, psicología y nutrición
- En la intranet institucional se cuenta con dos archivos donde se encuentra todo el mapa de riesgos con sus respectivas acciones preventivas para consulta y seguimiento por parte de todo el personal; Así mismo otro para el reporte de los diferentes riesgos materializados en el mes a mes.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

Políticas de operación

- Esta Pendiente actualización y mejora de las Políticas de operación por procesos, ya que están definidas desde el año 2008, algunas de ellas no cumplen las características de una verdadera política.

Controles

- Se ha dificultado la finalización de la construcción de las acciones preventivas relacionadas con los riesgos de procesos, como Urgencias, Promoción y Prevención, consulta externa por las frecuentes modificaciones que surgen los mismos.

Indicadores

- Continua la dificultad en la oportunidad del reporte y medición de algunos de los indicadores por incompatibilidades entre las fuentes de origen de los datos.
- Se cuenta con una gran cantidad de indicadores que no demuestran gestión y por el contrario atrasan el verdadero avance de los procesos o procedimientos, por ello se inicio el proceso de depuración de elementos que entorpezcan el avance.

Información primaria y secundaria

- La construcción de la Matriz de información y comunicación ha tenido un avance significativo aunque no es el esperado, ya que su dimensión y alcance es bastante amplio, ésta herramienta debe consolidar la identificación y clasificación las fuentes de información externa e interna.

Sistemas de información

- Todavía no se logró la operativización del módulo de Activos fijos
- Aun persisten las debilidades en lo relacionado con la obtención, centralización, uso, custodia y análisis de bases de datos y estadísticas institucionales

Comunicación organizacional e informativa

- A la fecha no se ha finalizado la actualización de la matriz de información y comunicación por cada proceso, así mismo aún no existe una adecuada madurez para la autoconsulta y despliegue de las actividades a comunicar establecidas en la matriz. Por el cambio en la ubicación de la información de cada proceso en la red institucional, el personal ha tenido serias dificultades para procesar y establecer el adecuado control sobre la misma,



NIT. 890.980.326-9

Empresa Social del Estado
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
El Santuario - Antioquia

Avances

Procedimientos

- Se está realizando actualización de los diferentes Procedimientos de cada uno de los procesos del modelo, para alinear sus objetivos y mediciones con los atributos del SOGC para esta reestructuración se inició capacitación para el personal implicado los líderes y colíderes.

Controles

- A través del SGC cada líder y colíder de proceso gestiona sus No conformidades reales, mediante correcciones y acciones correctivas, las cuales son monitoreadas en las reuniones del Comité de Calidad y Control interno, esta información es socializada en cada comité de calidad y durante la revisión por la dirección presentando el porcentaje de eficacia de cada proceso.
- El mapa de Riesgos mantiene actualizado frente a cada riesgo, los Controles y acciones preventivas.

Indicadores

- Los resultados de los diferentes indicadores de cada proceso, son satisfactorios y se mantienen dentro del cumplimiento de las metas establecidas, son presentados en las reuniones del Comité de calidad, lo cual ha permitido la toma y/o ajuste de decisiones según resultados.

Manual de procedimientos

- El Manual de procedimientos de la ESE está contenido en manual de calidad y más específicamente en la red sistematizada interna que tiene la ESE, denominada Intranet, esta red puede ser consultada por todo el personal según necesidades y permite ver la documentación institucional en su versión actual, con la trazabilidad de las versiones anteriores.
- Cada documento que sufre alguna modificación o cambio, fue actualizado y socializado durante el periodo de forma paralela fue montado o actualizado también en la citada red documental institucional.

Información primaria y secundaria

- La ESE administra y analiza la información que se origina al interior de la entidad, a través de los procedimientos establecidos por medio de los formatos y herramientas necesarias, muestra de ello son los buzones, el análisis y las respuestas de encuestas a clientes internos y externos, medición de la oportunidad en la gestión de la información y el seguimiento a las manifestaciones mediante indicadores, etc.
- Se continuó dando una adecuada aplicación a la normativa relacionada con la ley general de archivos y a los procedimientos relativos estandarizados en la ESE.
- Durante el primer semestre se culminó el proceso de gestión de las tablas de retención documental.

Sistemas de información

- La ESE cuenta con diferentes Sistemas de información presupuestal, contable, administrativa, financiera, entre otros, los cuales se han venido gestionando mediante controles mínimos para garantizar la seguridad e integridad de la información.
- Se implementó el proyecto de renovación de la página web institucional lo que permitirá una mayor interacción con el público en general y los diferentes grupos de interés, se creó la red social para comunicar eventos y sucesos de interés a la comunidad más joven del municipio.

Comunicación organizacional e informativa

- Durante el periodo se ha trabajado en el despliegue de los lineamientos de información y comunicación. Se cuentan con mecanismos sistemáticos que permiten mantener una adecuada comunicación con la comunidad y el público en general, estas herramientas permiten dar a conocer la gestión realizada en la institución e interactuar con la comunidad y conocer sus expectativas.

Medios de comunicación

- La ESE cuenta con diferentes canales para la divulgación de la información generada, la utilización de estos medios como cartelera, página web, intranet, alta voz manejada diariamente por la funcionaria responsable del área de atención al usuario, medios locales de comunicación escrita y verbal, (2 programas radiales, boletín externo, comunicación al interior del hospital constante) reuniones de los diferentes comités, reuniones de personal, y reuniones con liga de usuarios nos permite mantener una comunicación constante y efectiva con nuestros usuarios, clientes internos y externos.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

Autoevaluación

- Durante el ejercicio de revisión por la Dirección que se realizó en agosto, cada líder de proceso presentó un informe sobre la gestión de los procesos que éstos lideran. Aunque algunos líderes de procesos realizan su propia autoevaluación a la gestión de sus acciones correctivas, la mayor parte de los procesos no alcanzan aún la disciplina necesaria para autoevaluar la eficacia de



NIT. 890.980.326-9

Empresa Social del Estado
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
El Santuario - Antioquia

las acciones planteadas en cada uno de sus procesos.

- Con respecto a la autoevaluación de la gestión, a través de los indicadores de gestión adoptados en cada uno de los procesos, se detectaron algunos incumplimientos reiterativos en el reporte de los mismos en Comité de calidad y control interno.

Planes de mejoramiento

- Aún se debe fortalecer en gran medida el autocontrol para monitorear los planes de mejoramiento, especialmente lo relacionado con el plan de mejora institucional y los planes de mejoramiento por procesos.

Avances

Autoevaluación

- Durante el periodo se realizó la encuesta de autoevaluación del control, esta herramienta se simplificó para ser aplicada por la totalidad de los líderes de procesos, dando como resultado un 78% de autoevaluación de los controles en general, se espera lograr articular este resultado a los nuevos planes de acción institucionales ya que los resultados de la encuesta anterior no fueron usados por los citados líderes para incorporarlos en sus planes de mejora y en la gestión de sus no conformidades y acciones correctivas

Evaluación independiente

- La oficina de control interno realizó durante el periodo algunas acciones que contribuyen a la evaluación parcial del sistema de control interno, estas acciones se evidencian en la evaluación continua de la planeación institucional, los seguimientos a la eficacia de los planes de mejora por procesos y a las acciones correctivas y preventivas de diversos procesos.
- Durante el periodo se ha dado un cumplimiento significativo del programa de auditorías internas, tanto de las auditorías a cargo de la oficina de control, como de las auditorías delegadas a diversos comités de la ESE y así mismo de las auditorías internas programadas bajo el sistema de gestión de calidad. Las auditorías de la ESE se vienen desarrollando dando cumplimiento al Procedimiento de auditorías internas y a metodologías complementarias como es el caso de las auditorías a cargo del Comité de Historias clínicas, etc.

Planes de mejoramiento

- Con relación a los planes de mejora individual se ha venido notado un mayor empoderamiento por parte de los líderes para evaluar y por tanto para monitorear el desempeño de los funcionarios de las diferentes áreas.

Estado general del Sistema de Control Interno

Durante la vigencia evaluada, el Sistema de calidad y control interno se encuentra en una etapa de maduración y consolidación, la cual comprende actividades de permanente actualización y ajuste a los componentes y elementos existentes. De esta manera se encuentran elementos que han mejorado significativamente dando lugar a empoderamiento de procesos, como también otros elementos que han permanecido estables.

Recomendaciones

- Tanto el código de buen gobierno, como el código de ética de la ESE deben actualizarse y ser socializados desde cada área de trabajo, pues ambos elementos requieren un trabajo constante de sensibilización de tal forma que se vaya propiciando y consolidando cada vez más la aplicación efectiva de las políticas, valores y compromisos adoptados.
- Respecto al elemento denominado Planes y programas es importante recomendar que los diferentes planes de acción y planes operativos, puedan ser consolidados en un plan macro que facilite las revisiones periódicas por parte de sus responsables, de tal forma que se pueda propiciar un mayor porcentaje de cumplimiento de los mismos.
- La gestión y operativización de un buen número de los Comités institucionales debe fortalecerse, teniendo en cuenta el bajo cumplimiento de sus respectivos planes operativos anuales.
- Se debe seguir trabajando en el fortalecimiento del componente Administración del Riesgo, pues aunque durante el periodo se trabajó la metodología de administración de riesgos en la ESE, y por tanto del Mapa de riesgos institucional, aún falta mucha más apropiación de la política de riesgos por parte del personal en general.



NIT. 890.980.326-9

Empresa Social del Estado
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
El Santuario - Antioquia

- Para lo anterior cada grupo de apoyo de los diferentes procesos, debe adquirir un compromiso más decidido especialmente en la gestión de las acciones preventivas o controles adicionales planteados frente a los diferentes riesgos priorizados.
- Así mismo se debe indicar que el Comité de seguridad del paciente debe adoptar un rol mas activo en la ejecución del plan operativo anual del citado comité que se encuentra muy rezagado.
- Es necesario continuar la depuración y consolidación definitiva de los Indicadores de gestión que hacen parte de la matriz de indicadores institucional y del cuadro de mando integral, para lo anterior es importante que a cada indicador se le estipulen objetivos y metas claras, de tal forma que se pueda medir de forma mas clara el logro de los objetivos corporativos adoptados por la ESE.
- Es fundamental fortalecer la gestión de procesos, como; Gestión de información y comunicación, promoción y prevención, archivo Clínico, pues con relación a las auditorias que éstos recibieron se evidenciaron falencias en el desarrollo de planes de mejora, indicadores, etc.
- La matriz de comunicación e información de la ESE deben ser finalizada y socializada de forma pronta de tal forma que se garantice una mejor gestión por parte de cada uno de los líderes de procesos responsables de su adecuada operación.
- Aún es necesario que los líderes de cada proceso adquieran un mayor compromiso frente a la cultura del autocontrol y de la Autoevaluación del control, además es necesario que después de realizar los ejercicios e autoevaluación del control, los resultados sean incorporados en los planes de mejora de cada proceso.
- Con relación a los Planes de mejoramiento por procesos, aún se requiere un mayor compromiso por parte de los diferentes líderes, en cuanto a la gestión y cumplimiento de las actividades trazadas en cada uno de los mismos.

Firma