



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO DEL
HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA DE YUMBO E.S.E.
PRIMER CUATRIMESTRE MAYO – AGOSTO DE 2017
No. RNCI-013-005-017**

HOSPITAL
LA BUENA ESPERANZA
Empresa Social del Estado
Yumbo - Valle

11 SEP 2017

INTRODUCCIÓN:

R.A.D:
HORA: 3:15 pm
RECIBIDO KR

Con el presente informe, se pretende resaltar los avances logrados por el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo Empresa Social del Estado y las dificultades presentadas en los dos Módulos de Control (Módulo de Planeación y Gestión – Módulo de Evaluación y Seguimiento) y el Eje Transversal de información y Comunicación, según lo preceptuado en el Decreto 943 del 21 de Mayo de 2014, por medio del cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno – MECI 2014, durante el primer cuatrimestre de la vigencia 2017 comprendido entre Mayo - Agosto; en cumplimiento de lo preceptuado en el Artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011.

ALCANCE DEL INFORME

El presente informe, tiene como finalidad determinar el estado del Sistema de Control Interno de la Empresa Social del Estado Hospital La Buena Esperanza de Yumbo durante el período comprendido entre Mayo–Agosto de 2017.

ROCIO HIDALGO MONTAÑO
Asesora Control Interno



E.S.E. HOSPITAL LA BUENA ESPERANZA - YUMBO
INFORME No. RNCI-013-005-010 DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
PERIODO MAYO - AGOSTO DE 2017 - LEY 1474 DE 2011

MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

AVANCES

Este componente busca establecer elementos que le permiten a la entidad crear una conciencia de control y un adecuado control a los lineamientos y actividades tendientes al desarrollo del talento humano, la entidad tiene implementado y desarrollado sus elementos de control como son:

- Acuerdos, compromisos y Protocolos Éticos
- Desarrollo del Talento Humano

1.1. COMPONENTE DE TALENTO HUMANO

a. Se cuenta con Código de Ética y Buen Gobierno, en el cual se establecen las políticas, principios y valores que rigen el actuar del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo – Empresa Social del Estado y de las personas vinculadas con ella.

Para facilitar el acceso y conocimiento por parte de los colaboradores de la entidad, el Código de Ética y Buen Gobierno puede ser consultado en el software Daruma y en la página web institucional.

b. La oficina de Talento Humano con la participación de los empleados y atendiendo las orientaciones metodológicas proporcionadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública diseño el Plan Institucional de Capacitación para la vigencia 2017, el cual fue adoptado mediante Resolución No. GGH-001-002-0225 del 28 de Marzo de 2017 y socializado a todos a través de los correos institucionales.



PORCENTAJE DE EJECUCION DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION:

PRIMER TRIMESTRE

En el primer trimestre se programaron nueve (9) capacitaciones, de las cuales se ejecutaron Seis (06), arrojando un porcentaje de cumplimiento de 66.66%.

Capacitaciones ejecutadas:

1. Actualización en PAI: esquema de vacunación y política de frascos abiertos, se realizó en febrero 21 de 2017
2. Capacitación en PAMEC, se realizó durante varias sesiones
3. Historias clínicas, registro médicos asistenciales y responsabilidad legal, se realizó en marzo los días 29 y 30 de 2017
4. Contratación externa servicios de salud, se realizó marzo los días 29 y 30 de marzo de 2017
5. Esterilización y desinfección en el área de odontología, se realizó en marzo 31 de 2017
6. Cuidados básicos de enfermería, se realizó en marzo 15 de 2017

Así mismo se realizaron inducciones al personal en temas de Talento Humano, Hosvital asistencial, Hosvital financiero esquema de red, seguridad información, Modelo de atención en salud, Plataforma Estratégica y Bioseguridad, entre otros temas.

Se reprogramaron tres (3) de las capacitaciones porque se cumplieron en el tiempo programado para el segundo trimestre

1. Causas de Glosas, se realizó el 16 de junio de 2017
2. Política de seguridad del paciente, se realizó el 8 de mayo y 23 de junio de 2017
3. Norma ISO 900:2015 esta reprogramada para el mes de septiembre

SEGUNDO TRIMESTRE

Para el Segundo trimestre se programaron 15 capacitaciones, de las cuales catorce (14) fueron ejecutadas dentro de los plazos programados y una (01) "capacitación de Radiología" quedo reprogramada para el siguiente trimestre, arrojando un porcentaje de cumplimiento para el segundo trimestre de 93.3%.



Las capacitaciones ejecutadas son las siguientes:

1. Abordaje del paciente con evento coronario agudo (Con elevación y sin elevación del ST).
2. Captación de población con riesgo cardiovascular.
3. Humanización.
4. Brigada y Plan de Emergencias.
5. Uso racional de los antibióticos.
6. Actualización en ATENCIÓN A LA MUJER: Prenatal, Planificación familiar, Citologías.
7. Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual.
8. evaluación del desempeño
9. Humanización
10. Certificación PAI.
11. Cuidados de enfermería en la administración de medicamentos.
12. Atención al usuario en el área de odontología.
13. Técnica en valoración del niño y la niña.
14. Toma de uro cultivos por sonda.

Fuente de Información: Informe de Talento Humano

c. El Hospital cuenta con el programa de Inducción y Re - inducción el cual especifica con claridad los temas y el procedimiento de inducción tanto para los empleados nuevos o reinducción en el evento de presentarse cambios organizacionales, técnicos o normativos. De manera periódica se programan jornadas de inducción, además de contar con la Catilla Virtual.

d. Para la vigencia 2017 la entidad implementó el Programa de Bienestar Social Anual conforme a las directrices de los artículos 70 y 75 del Decreto 1227 de 2005, el cual fue adoptado mediante Resolución No. GGH-001-002-0224 del 28 de Marzo de 2017.

El Plan de Bienestar se encuentra en ejecución de acuerdo al cronograma establecido.



1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

En el segundo cuatrimestre de la vigencia 2017, el Hospital continúa con la ejecución de sus Planes y Programas, entre ellos, Plan de Acción (POA), el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Plan Anual de Adquisiciones los cuales fueron formulados en el mes de enero en armonía con con el Plan de Desarrollo Institucional vigente. Estos Planes son evaluados trimestralmente, en el segundo trimestre se cuenta con una ejecución consolidada así:

PLAN OPERATIVO ANUAL "POA"

Cuenta con 15 estrategias, distribuidas de la siguiente manera;

Subgerencia Administrativa: 12 estrategias

Subgerencia Científica: 02 estrategias

Subgerencia de Calidad: 01 estrategia

El segundo semestre cierra con un porcentaje de ejecución del 29% (Acta de Reunión revisión POA No. SGCH-010-014-019 del 10 de Julio de 2017).

PROGRAMA DE AUDITORIAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD "PAMEC":

El PAMEC vigencia 2017 se construyó con base en la autoevaluación realizada en el 2015, teniendo en cuenta los estándares de acreditación, quedaron establecidas 12 acciones de mejoramiento, distribuidas así:

Subgerencia Gestión de la Calidad: 02

Subgerencia Administrativa: 03

Subgerencia Científica: 07

En el segundo semestre un avance total acumulado del 54% (Acta de Reunión de Revisión PAMEC No. SGH-010-014-020 del 13 de Julio de 2017).

Fuente de Información: Subgerencia Gestión de la Calidad



De igual manera en este periodo se inició la ejecución de las actividades relacionadas con los planes de intervenciones colectivas PIC en virtud de los Contratos Interadministrativos suscritos entre el hospital y la entidad territorial Municipio de Yumbo.

El Modelo de Operación por Procesos, es un estándar organizacional que soporta la operación de la E.S.E. Hospital La Buena Esperanza de Yumbo, se tienen definidos los siguientes procesos: Misionales, Estratégicos, Apoyo y Evaluación, se encuentran caracterizados individualmente, todos se encuentran integrados dentro de nuestro Mapa de Procesos y todos los procesos y subprocesos tienen definidos sus procedimientos.

Se cuenta con Manuales de funciones y de competencias ajustados de conformidad con lo establecido en el Decreto 2484 de 2014.

Se cuenta con indicadores, los cuales se miden de manera periódica facilitando la toma oportuna de decisiones y son soporte fundamental en la presentación de informes. De igual manera, los indicadores con sus respectivas fichas se encuentran definidos por procesos y subprocesos.

➤ COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

El Hospital La Buena Esperanza de Yumbo cuenta con la Política de Administración del riesgo, debidamente documentada en el sistema de gestión de calidad, cuyo objetivo es estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la entidad.

Dentro del componente de la Administración del Riesgo la entidad tiene estructurado el elemento de Identificación del Riesgo, con el objetivo de realizar un inventario de los riesgos con su respectiva descripción, de tal manera que se permita relacionar sus causas o factores de riesgo tanto internos como externos y definir sus posibles consecuencias.

Dentro del mismo componente la entidad tiene estructurado el elemento de análisis de riesgo y la valoración del riesgo, documentado en el sistema de Gestión de la calidad, con el objetivo, el primero de ellos, de establecer la probabilidad de



ocurrencia de los riesgos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos con el fin de obtener información para establecer el nivel de riesgo y las acciones que se van a implementar y el segundo de ellos, con el objetivo de determinar el nivel o grado de exposición de la entidad al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

Todos los elementos mencionados conforman el Mapa de Riesgos Institucional el cual fue adoptado mediante la Resolución No. GGH-001-002-0576 del 15 de Julio de 2015.

Cada uno de los procesos y/o subprocesos de la entidad cuenta con su respectivo Mapa de riesgos por procesos y sus respectivos controles, los líderes e intervinientes en los diferentes procesos, son los responsables de su control y en las auditorías internas se realiza el respectivo seguimiento.

DEBILIDADES

COMPONENTE TALENTO HUMANO:

Incentivar la asistencia de los funcionarios y colaboradores a las jornadas de reinducción mejorara la comprensión de los cambios normativos y organizacionales.

Medir el impacto de la inducción o realizar evaluación a los servidores públicos y contratistas que asisten a la inducción permitirá fortalecer el proceso.

Incentivar la consulta del Código de Ética y Buen Gobierno, fortalecerá el conocimiento y aplicación de la carta de valores de la entidad.

Incentivar la consulta de la cartilla virtual de inducción permitirá a los nuevos funcionarios y contratistas afianzar la información de la organización.

COMPONENTE DE ADMINISTRACION DEL RIESGO:



Incentivar la realización de autoevaluación de las acciones de mitigación de los riesgos permitirá que los responsables de los procesos detecten oportunamente las desviaciones de los mismos.

MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

AVANCES

➤ COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

El día 10 de Agosto de 2017 se llevó a cabo la actividad denominada "Revisión por la Dirección", con la participación activa del grupo directivo y algunos líderes de procesos y subprocesos, actividad que permitió realizar una autoevaluación de los diferentes servicios que presta la entidad, de la satisfacción de los usuarios, comportamiento de las PQRS, gestión financiera, administrativa, entre otros temas.

Se llevaron a cabo las reuniones de Comité MECI – Calidad, a través de las cuales se fomenta el autocontrol, teniendo en cuenta que es la capacidad de cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos.

Las rondas institucionales y de seguridad del paciente como estrategia de búsqueda activa de incidentes, fortalece la autoevaluación en la entidad.

Mediante la autoevaluación institucional, en el mes de Julio de 2017 la entidad midió los avances alcanzados en el primer trimestre en el Plan de Acción (POA), el Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y los diferentes Planes y Programas.



RESULTADOS

➤ **COMPONENTE AUDITORIA INTERNA:**

Dando cumplimiento al Programa de Auditorías Internas aprobado por el Comité Coordinador MECI mediante Acta No. RNCI-010-014-002 del 16 de Mayo de 2017, el ciclo de auditoría se llevó a cabo durante los meses de Junio, Julio e inicios del mes de Agosto.

El ciclo de Auditorías Internas realizadas en la vigencia 2017 se desarrolló con base en los siguientes criterios, como referentes para la verificación de las evidencias de las auditorías: MECI 2014; NTCGP 1000:2009; NTC ISO 9001:2008; y demás normatividad vigente relacionada; cumplimiento de controles, revisión del reporte de los indicadores, Plan de Acción, mapas de riesgos y caracterización procesos/procedimientos.

Los resultados de las Auditorías Internas al Sistema Integrado MECI – CALIDAD, se presentan con el propósito de identificar las situaciones frecuentes y recurrentes que afectan la conformidad, el cumplimiento de los requisitos y sus controles, para que a partir de ellos los líderes de procesos formulen acciones de mejora preventivas y correctivas que permitan superarlas de manera eficiente y eficaz, en aras del mejoramiento continuo, principio fundamental del Sistema de Gestión de Calidad y del Modelo Estándar de Control Interno.



RESULTADOS:

COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

SUBPROCESO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	ESTADO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	ESTADO
	2016		2017	
PLANEACIÓN ESTRATEGICA	85%	SATISFACTORIO	85.94%	SATISFACTORIO
CONTRATACIÓN	89%	SATISFACTORIO	90.2%	SATISFACTORIO
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	55,42%	REGULAR	71.8%	ADECUADO
RECURSO NORMATIVO	81%	SATISFACTORIO	81.7%	SATISFACTORIO
CONTROL INTERNO	100%	EXCELENTE	98.8%	EXCELENTE
AUDITORIAS Y MEJORA CONTINUA	90%	SATISFACTORIO	96.2%	MUY SATISFACTORIO
GESTION PARA EL USUARIO	90%	SATISFACTORIO	98%	MUY SATISFACTORIO
GESTION ADMINISTRATIVA	77%	ADECUADO	93%	T.H - S.O: 94.38% ALMACEN: 93.75% S.G: 91.35% SATISFACTORIO
GESTION FINANCIERA	96%	MUY SATISFACTORIO	95%	Presupuesto: 100%- Cos 91,3%- Cartera:100% Tesorería:97%- Contabilidad:92,9% Facturación 89,52% MUY SATISFACTORIO
GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN	88%	SATISFACTORIO	90%	SATISFACTORIO
CONSULTA EXTERNA GENERAL Y ESPECIALIZADA	97%	MUY SATISFACTORIO	93%	MUY SATISFACTORIO
PROMOCION Y PREVENCIÓN	88%	SATISFACTORIO	88.39%	SATISFACTORIO
SALUD ORAL	86%	SATISFACTORIO	68.33%	REGULAR
Servicio de Urgencias	43%	BAJO	67.36%	REGULAR
Servicio de Cirugía	0%	N/A	N/A	N/A
Hospitalización y Partos	48%	BAJO	76%	ADECUADO
Laboratorio Clínico	86%	SATISFACTORIO	96%	MUY SATISFACTORIO
Radiología	86%	SATISFACTORIO	95%	MUY SATISFACTORIO
Terapias	N/A	N/A	61%	REGULAR
Farmacia	69,44%	REGULAR	75%	ADECUADO
Seguridad del Paciente	0%	N/A	PENDIENTE	PENDIENTE
Auditoría Médica y Odontológica	0%	N/A	82%	93.42% 69.74% SATISFACTORIO
PROMEDIO	73%		87%	



ANALISIS DEL CICLO DE AUDITORIA INTERNA VIGENCIA 2017:

1. Se evidencia un avance significativo en el % de cumplimiento de los diferentes procesos y subprocesos con respecto al periodo anterior, con un incremento del 14%, teniendo en cuenta que en el 2016 se obtuvo un promedio total del 73% frente al 2017 con un promedio total de 87%.

2. Nueve de los Veinte procesos auditados a la fecha presentaron un avance significativo en la calificación obtenida, así:

Subproceso	Porcentaje de Cumplimiento 2016	Rango 2016	Porcentaje de Cumplimiento 2017	Rango 2017
Control Interno Disciplinario	55.42	Regular	71.8	Adecuado
Auditoria y Mejora Continua	90	Satisfactorio	96.2	Muy Satisfactorio
Gestión para el Usuario	90	Satisfactorio	98	Muy Satisfactorio
Gestión Administrativa	77	Adecuado	93	Muy Satisfactorio
Urgencias	43	Bajo	67.36	Regular
Hospitalización y Partos	48	Bajo	76	Adecuado
Laboratorio Clínico	86	Satisfactorio	96	Muy Satisfactorio
Radiología	86	Satisfactorio	95	Muy Satisfactorio
Farmacia	69.44	Regular	75	Adecuado



3. Ocho de los Veinte procesos auditados a la fecha se mantuvieron en el rango de la calificación obtenida, así:

Subproceso	Porcentaje de Cumplimiento 2016	Rango 2016	Porcentaje de Cumplimiento 2017	Rango 2017
Planeación Estratégica	85%	Satisfactorio	85,94%	Satisfactorio
Contratación	89%	Satisfactorio	90,2%	Satisfactorio
Recurso Normativo	81%	Satisfactorio	81,7%	Satisfactorio
Control Interno	100%	Excelente	98,8%	Excelente
Gestión Financiera	96%	Muy Satisfactorio	95%	Muy Satisfactorio
Gestión de la Información y Comunicación	88%	Satisfactorio	90%	Satisfactorio
Consulta Externa General y Especializada	97%	Muy Satisfactorio	93%	Muy Satisfactorio
Promoción y prevención	88%	Satisfactorio	88,39%	Satisfactorio

4. Uno de los Veinte procesos auditados a la fecha presentó una disminución en el rango de la calificación obtenida, así:

Subproceso	Porcentaje de Cumplimiento 2016	Rango 2016	Porcentaje de Cumplimiento 2017	Rango 2017
Consulta Odontológica	86%	Satisfactorio	68,33%	Regular

AUDITORIA DE ICONTEC:

Durante los días 24 y 25 de Agosto de 2017 Icontec llevo a cabo Auditoria de seguimiento, con los siguientes objetivos:

- Determinar la conformidad del sistema de gestión con los requisitos de la norma de sistema de gestión.
- Determinar la capacidad del sistema de gestión para asegurar que la Organización cumple los requisitos legales, reglamentarios y contractuales



aplicables al alcance del sistema de gestión y a la norma de requisitos de gestión.

- Determinar la eficacia del sistema de gestión para asegurar que la Organización puede tener expectativas razonables con relación al cumplimiento de los objetivos especificados
- Identificar áreas de potencial mejora en el sistema de gestión

El resultado de la auditoria fue cero (0) no conformidad menor, por lo cual el equipo auditor concluyó recomendando mantener el alcance del certificado o del sistema de gestión y encontrado los siguientes hallazgos, que apoyan la conformidad del sistema de gestión con los requisitos:

Las nuevas políticas establecidas reforzando la seguridad y salud en el trabajo y evacuación de emergencias.

El direccionamiento organización con enfoque de humanización y seguridad del paciente.

Institución acreditada en IAMI, siendo referentes a nivel departamental.

Seguridad del paciente, al contar con un líder médico para coordinar el programa.

Direccionamiento estratégico trabajado con el personal de la alta dirección.

Resolución del Ministerio de Salud donde considera la institución con 0 riesgos.

Las inversiones realizadas en infraestructura para atención del paciente en consulta externa, internación. Se realiza renovación de equipos, se instalan cámaras de seguridad.

Las glosas porque se tiene un porcentaje final de menos del 1%.

SIAU

- ✓ Tendencia de las encuestas en las encuestas de satisfacción es a la mejora.
- ✓ La asociación de usuarios porque se tiene buena comunicación y se realizan reuniones mensuales.



- ✓ La mejora continua donde se tiene en cuenta todos los hallazgos dejados por las partes interesadas con las actividades que se desarrollan.
- ✓ El análisis exhaustivo que se realiza a las causas reiterativas de las quejas y reclamaciones recibidas; en donde le facilita al Hospital la identificación de las acciones a seguir en los diferentes servicios, procesos y espacios.
- ✓ El bajo índice de procesos disciplinarios que se tienen en el Hospital, siendo casi nulo; permitiendo corroborar el buen comportamiento o conducta de los servidores públicos o particulares que ejercen funciones públicas.
- ✓ La construcción del documento denominado "Protocolo manejo seguro de tecnología biomédica"; en donde se brindan pautas a los usuarios de estos equipos sobre su manejo, cuidado y aseo.
- ✓ El buen estado de las instalaciones; en donde se evidencia el compromiso con brindar un servicio en espacios de óptimas condiciones y de confort para los pacientes y sus acompañantes.

CONSULTA EXTERNA

- ✓ La planificación del proceso y control a través de la información de la capacidad instalada.
- ✓ Las acciones de mejora establecidas con agendas abiertas en consulta externa, eliminar las colas y adherencia a política de humanización. Aumentando oferta de horas médicas en consulta externa.
- ✓ Las auditorias de historias clínicas con los criterios de evaluación y sus resultados con tendencias a la mejora. Realizada por par.
- ✓ Charlas a personal asistencial por el tribunal de ética médica.
- ✓ Conciliación medicamentosa para que se realice el procedimiento y socialización al personal médico.
- ✓ La cita que dan al paciente con triage 4. Que pasa al servicio de central de citas y se asigna la cita al paciente.



PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- ✓ El programa de pacientes hipertensos, pacientes nuevos con tensión arterial controlada en 6 meses en 2016 termino en 94%.
- ✓ La captación de pacientes a control prenatal en el primer trimestre que fue de 64%.
- ✓ La ruta de violencia sexual, se evidencio adherencia a la ruta, hay socialización y sensibilización con la ruta.
- ✓ La demanda inducida en el control del adulto sano, pacientes de Asmet Salud.

CITOLOGÍAS

- ✓ Seguimiento oportuno a citología positivas.
- ✓ La buena toma de placas, se tiene 0 (cero) placas rechazadas.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- ✓ La orientación por enfermería a la madre en la alimentación y entrega de información nutricional. Se evidencio comunicación asertiva.
- ✓ La educación y promoción y prevención en AIEPI, entrega de folletos educativos.
- ✓ Programa de recuperación nutricional para bajo y alto peso.

LABORATORIO CLÍNICO

- ✓ Los controles de calidad internos y externos con desviación a 1 estándar.
- ✓ La realización de exámenes de cultivos recto vaginales para estreptococos del grupo beta hemolítico en el control prenatal.
- ✓ La concordancia de los resultados de exámenes de salud pública con la Secretaria de Salud Departamental a la lepra, tuberculosis, malaria, serología en el 100%.



- ✓ Los resultados críticos, se realiza reporte oportuno, se cuenta con trazabilidad.

ODONTOLOGÍA

- ✓ El área digna de atención en clínica del bebe.
- ✓ La tendencia en crecimiento de la población menor de 1 año para la atención.
- ✓ El aporte de responsabilidad social en la aplicación de barniz.
- ✓ La historia clínica sistematizada de inicio aparecen los riesgos o comorbilidades del paciente. Parámetro de barrera de seguridad antes de inicio de actividades en el paciente.
- ✓ Los indicadores de gestión como es el de tratamiento terminados que está en aumento ante las estrategias establecidas.

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ✓ Se ajustó a la directriz de la subgerencia científica.

PAMEC

- ✓ Su mejora es realizada con los estándares de acreditación en salud. Se cuenta con varias autoevaluaciones.
- ✓ La culminación del "Programa de Tecno – Vigilancia", en donde se hace énfasis en el seguimiento de los eventos o incidentes adversos y la exactitud y confiabilidad de la información que él puede generar.

➤ COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO:

De conformidad con el resultado de las auditorías internas, los diferentes procesos y subprocesos que así lo requirieron, realizaron Planes de Mejoramiento, documentados en el Software Daruma que contiene el Sistema de Gestión de Calidad, a los cuales se realiza el seguimiento correspondiente.

Los Planes de Mejoramiento resultan de gran importancia por tratarse de acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en los sistemas de control



interno y de gestión de la calidad y en la gestión de los procesos, como resultado de la autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la auditoría Interna, auditorías externas, rondas de seguridad y de reportes del día a día.

En el transcurso del periodo informado se realizó seguimiento al Plan de Mejoramiento vigente aprobado por la Contraloría Municipal de Yumbo con ocasión de la Auditoría Gubernamental Modalidad Regular vigencia 2015, todas con estado de cierre a Junio 30 de 2017.

DEBILIDADES

COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Por tratarse de una actividad dinámica, se debe continuar promoviendo la aplicación de talleres de autoevaluación por parte de los líderes de los procesos con sus grupos de trabajo, lo cual permitirá fomentar la cultura de la autoevaluación.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

AVANCES

Se tienen implementado los mecanismos para recibir por parte de la ciudadanía sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos, tales como atención personalizada a través de la Oficina de Gestión para el Usuario, de manera virtual a través de la Página Web Institucional, Link quejas y reclamos, además de contar con buzones de sugerencias dispuestos tanto en la sede central como en los puestos de salud.

Para conocer la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos y prestación del servicio en salud que presta la entidad, se encuentran definido cuatro métodos para recolectar la información, así:

1. Encuesta de Satisfacción al Usuario
2. Buzón de Sugerencias



3. Encuesta Post Venta

4. Peticiones, Quejas, Reclamos

Mensualmente se presenta a la alta gerencia los resultados de Peticiones, Quejas y Reclamos, encuestas de satisfacción, buzones de sugerencias, a través del Tablero de Comando del subproceso de gestión para el usuario, lo cual permite un análisis oportuno y toma de decisiones. Estos resultados son socializados al personal a través del correo interno institucional.

Se realizan mensualmente encuestas de satisfacción lo cual le permite a la entidad conocer oportunamente la percepción de los usuarios e implementar mejoras de ser necesario.

ENCUESTAS DE SATISFACCION:

La entidad tiene establecido un porcentaje de satisfacción mínimo del 92%, con los siguientes rangos semaforizados:

Menor a 75%. : no satisfactorio, color rojo

Entre 75% y 91%. : satisfactorio, color amarillo

Mayor a 92%. : muy satisfactorio, color verde



COMPARATIVO PROMEDIO DE SATISFACCION PRIMER SEMESTRE 2016 vs PRIMER SEMESTRE 2017

PRIMER SEMESTRE 2016	
SERVICIO	PROMEDIO DE SATISFACCION POR SERVICIO I SEMESTRE 2016
Urgencias	73,94%
Consulta Medica	94,79%
Hospitalización y Partos	94,95%
Laboratorio Clínico	85,19%
Odontología	95,00%
Rayos X (Externalizado)	96,39%
Promocion y Prevencion	94,05%
Fisioterapia (Externalizado)	95,53%
Puestos de Salud	93,92%
PROMEDIO GENERAL DE LA SATISFACCION I SEMESTRE 2016	91,53%
Promedio Encuestas	1.466

PRIMER SEMESTRE 2017	
SERVICIO	PROMEDIO DE SATISFACCION POR SERVICIO I SEMESTRE 2017
Urgencias	87,27%
Consulta Medica	94,44%
Hospitalización y Partos	93,86%
Laboratorio Clínico	94,48%
Odontología	93,34%
Rayos X (Externalizado)	96,27%
Promocion y Prevencion	94,68%
Fisioterapia (Externalizado)	97,18%
Puestos de Salud	95,28%
PROMEDIO GENERAL DE LA SATISFACCION I SEMESTRE 2017	94,02%
Promedio Encuestas	1.596

Fuente de Información: SIAU y Consolidado Revisión por la Dirección



BUZONES DE SUGERENCIAS

COMPARATIVO BUZONES 2016 - 2017					
PERIODO	I SEMESTRE 2016		I SEMESTRE 2017		
PROCESO /SUBPROCESO	FELICITACIONES	SUGERENCIA	FELICITACIONES	SUGERENCIA	QUEJA
Laboratorio - Odontología	31	3	30	1	0
Hospitalización	12	3	0	0	0
Curaciones	3	1	21	3	1
Farmacia	0	0	0	0	0
Pto. Salud Bellavista	4	0	2	2	0
UGER	8	8	0	0	1
Puesto de salud Americas	3	0	14	1	4
Puesto de salud Estancia	0	4	2	0	0
Puesto de salud Las Cruces	1	4	4	4	0
Puesto de salud Guacanda	3	0	0	0	0
SIAU	1	7	0	0	0
consulta externa	0	0	28	4	1
Promocion y Prevencion	0	0	0	0	0
Urgencias	0	0	4	0	0
TOTAL	66	30	105	15	7

QUEJAS vs No. DE ATENCIONES

SERVICIOS	CANTIDAD DE ATENCION HASTA JUNIO 30 DE 2017	No. QUEJAS	PORCENTAJE
ATENCION URGENCIAS	27778	39	0,1404%
ATENCION MEDICINA GENERAL	27554	26	0,0944%
SALUD ORAL	25124	12	0,0478%
ADMINISTRATIVO	180890	10	0,0055%
PROMOCION Y PREVENCION	22584	6	0,0266%
LABORATORIO CLINICO	48309	2	0,0041%
IMAGENOLOGIA	9197	1	0,0109%
PUESTO DE SALUD	10592	1	0,0094%
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	2404	1	0,0416%
ESTANCIA GENERAL	1345	1	0,0743%
PSICOLOGIA	152	1	0,6579%
REHABILITACION Y TERAPIAS	1962	0	0,0000%
UNIDAD MOVIL	1809	0	0,0000%
AMBULANCIAS	1156	0	0,0000%
SALA DE OBSERVACION	873	0	0,0000%
SALA DE PARTOS	51	0	0,0000%
TOTAL	180890	100	0,0553%

Fuente de Información: SIAU y Consolidado Revisión por la Dirección



RECOMENDACIONES

La entidad estableció una oportunidad de mejora propuesta por el Icontec, vinculando el número de atenciones vs el número de quejas por servicio para determinar su impacto en la prestación del servicio. Al realizar la revisión nos encontramos con 100 quejas correspondientes al 0.553% sobre un total de 180.890 atenciones realizadas en el semestre de 2017.

Se cuenta con canales de información externos e internos para socializar la información generada, como intranet, correos institucionales, página Web, buzones, cartelera, entre otros,

Se realiza publicación en la Página Web Institucional de los estados financieros de los meses comprendidos en el periodo informado.

En la página web institucional se encuentra disponible la información requerida en la Ley de Transparencia e información adicional que le permite a la comunidad conocer todo lo referente con la entidad hospitalaria.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno del Hospital La Buena Esperanza de Yumbo E.S.E. se encuentra documentado, implementado, evaluado y armonizado con el sistema de Gestión de Calidad, se debe continuar con actividades de mantenimiento para su sostenimiento a largo plazo.

Alto Compromiso de la alta Dirección con las actividades inherentes a la actualización y el sostenimiento del Sistema de Control Interno.

Como conclusión, puede afirmarse que el Hospital La Buena Esperanza de Yumbo desarrolla su gestión dentro de los principios de eficiencia, eficacia y economía, bajo razonable seguridad en su sistema de control interno, susceptible de mejoramiento con la adopción de las medidas que resulten necesarias en el cumplimiento de las siguientes recomendaciones.



RECOMENDACIONES

- Realizar socializaciones de la actualización MECI 2014 a los nuevos funcionarios y contratistas que ingresen a la entidad.
- Continuar con el programa de inducción y Reinducción a todos los colaboradores de la entidad
- Incentivar la consulta de la cartilla virtual de inducción, por cuanto esto permitirá a los nuevos funcionarios y contratistas afianzar a información de la organización.
- Continuar con el fomento de la cultura de autocontrol en los funcionarios y contratistas de la entidad.
- Considerando el dinamismo de los riesgos, es importante que en la presente vigencia se revisen las políticas de administración del riesgo y se identifiquen nuevos factores de riesgos que puedan llegar a afectar potencialmente el desarrollo normal de las funciones de la entidad y el logro de sus objetivos, con el fin de establecer los controles necesarios que permitan mitigar o eliminar el riesgo.

ROCÍO HIDALGO MONTAÑO

Asesora Control Interno