



Informe Pormenorizado del Sistema de Control
Interno

Periodo Noviembre - Diciembre 2019

Claudia Regina Gonzalez Gonzalez

Profesional Especializado

Nicolás Albeiro Duque Cano

Jefe Oficina de Control Interno y Evaluación

Medellín
Enero 2020

Oficina
Control Interno y
Evaluación



Alcaldía de Medellín

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. AMBIENTE DE CONTROL.....	5
2.1 Aseguramiento del ambiente de Control.....	5
2.1.1 Compromiso con la Integridad.....	5
2.1.3 Estructura Organizacional y Plataforma Estratégica	5
2.1.4 Fortalecimiento de Estructura Administrativa y de Proceso:.....	6
2.1.5 Estructura de la Gestión de Riesgos	7
2.1.6 Asegurar adecuada gestión del talento humano	7
2.1.6.1 Administración del Talento Humano	9
2.1.6.2 Desarrollo de competencias del Talento Humano	10
2.1.6.3 Desarrollo Integral y Calidad de vida de los servidores	13
2.1.7 Implementación del sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	14
2.1.8 Gestión Financiera y Presupuestal	17
2.1.9 Evaluación cumplimiento del plan de acción	20
2.1.10 Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano.....	22
3. ASEGURAR LA GESTIÓN DEL RIESGO	24
4. ACTIVIDADES DE CONTROL.....	25
4.1 Políticas de Operación y procedimientos.....	25
4.3 Seguimiento bimestral del plan de acción.....	26
4.4 Monitorear la Gestión de riesgos.....	27
5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN.....	28
5.1 Comunicaciones.....	28
5.1.1 Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación.....	29
5.1.2 Comunicación Organizacional para el mejoramiento.....	29
5.1.2.1 Comunicación Interna.....	29
5.1.2.2 Comunicación externa.....	30
5.2 Sistemas de Información.....	30
5.2.1 Proyecto Inteligencia de negocios	30
5.2.2 Proyecto Fortalecimiento de la Gestión Documental	31

5.2.3	Proyecto Desarrollo de la infraestructura informática	31
5.2.4	Proyecto implementación de nuevas funcionalidades	32
5.2.5	Proyecto Desarrollo de Telesalud	35
6.	ACTIVIDADES DE MONITOREO Y SUPERVISION	35
6.2	Sistema Único de Acreditación	37
6.3	Cumplimiento del PAMEC.....	37
6.4	Planes de Mejoramiento de los equipos de acreditación	37
6.5	Indicador de Mejoramiento de la Calidad.....	38
6.6	Rondas de calidad	39
6.7	Auditoria de Paciente Trazador	39
6.8	Cumplimiento de la gestión de los comités de la ESE	40
6.9	Auditorias de la oficina de Control Interno	41
6.10	Informes de Ley a cargo de la oficina de control interno	42
6.11	Seguimiento a los planes de Mejora.....	42
6.12	Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias, Sugerencias.....	43
6.13	Evaluación de la satisfacción de los servicios	47
7.	CONCLUSIONES.....	48

1. INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno y Evaluación presenta el informe pormenorizado sobre el estado del Sistema de Control Interno de la ESE, correspondiente al período noviembre diciembre de 2019 siguiendo los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en su circular 100-006 del 19 de diciembre de 2019 donde establece los lineamientos generales para el informe semestral de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, según el decreto 2106 y con el fin de normalizar la periodicidad de dicho informe se debe hacer una actualización del informe presentado con corte a 31 de octubre, a más tardar el 31 de enero de 2020 con el esquema que venía desarrollando la ESE Metrosalud

Este informe se presenta acorde con la estructura del MECI y los lineamientos de la séptima dimensión del MIPG.

El informe identifica los avances en cada uno de los componentes del MECI:

- Ambiente de control,
- Evaluación del riesgo,
- Actividades de control,
- Información y Comunicación, y
- Actividades de Monitoreo.

Para la realización del informe se tomó como fuente principal la evaluación del plan de acción institucional del 6º bimestre y consolidado anual, los informes de auditorías internas y la documentación de los procesos.

Componentes de la estructura del MECI



2. AMBIENTE DE CONTROL

“Conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la Alta Dirección de las organizaciones con el fin de implementar y fortalecer su sistema de control interno.”¹

Requiere del compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

2.1 Aseguramiento del ambiente de Control

2.1.1 Compromiso con la Integridad

Acciones realizadas:

En el mes de noviembre se envió encuesta para evaluar el grado de satisfacción del cliente interno. A la fecha no se han publicado los resultados

Entre los meses de noviembre – diciembre la oficina de control interno realizó acciones de gestión preventiva y fomento del autocontrol en unidades hospitalarias con la participación de parte de los servidores.

UH Manrique 14 nov 2019

UH Belén 28 de noviembre de 2019

UH Santa Cruz 12 diciembre de 2019

En el mes de diciembre se hizo despliegue por boletín virtual de los deberes del servidor público de acuerdo a lo establecido en la Ley 734 de 2002.

Para el despliegue de la política y los valores del código de integridad se entregó a los servidores públicos un calendario de mesa con la descripción de cada valor.

En la ESE Metrosalud, la alta dirección promueve la implementación y fortalecimiento permanente del sistema de control interno. Se destacan las siguientes actividades:

2.1.2 Compromiso de la Alta Dirección con el sistema de control interno

Comité institucional de Control Interno

Conformado por acto administrativo Resolución 1419 del 19 de diciembre de 2018.

Durante la vigencia de 2019 se han realizado 5 reuniones del comité, en la última del 5 de diciembre se aprobó el plan anual de evaluaciones para la vigencia 2020.

Comité Institucional de Gestión y Desempeño:

Conformado por la Resolución 3315 del 21 de junio de 2019.

Durante la vigencia 2019 no se cumplió el cronograma las reuniones del comité las cuales estaban definidas bimestralmente.

2.1.3 Estructura Organizacional y Plataforma Estratégica

¹ CONSEJO PARA LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL. Manual Operativo Sistema de Gestión. Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Versión 2. 2018.

Se revisa la plataforma estratégica para la formulación del plan de desarrollo 2020-2032. La estructura organizacional se encuentra ajustada y es el soporte de la estructura documental.

2.1.4 Fortalecimiento de Estructura Administrativa y de Proceso:

La ESE Metrosalud continua fortaleciendo su modelo de operación por procesos, avanzando en la actualización de la documentación de los procesos.

Se continúa con la implementación del software Almera el cual documenta la gestión del sistema Integrado de Gestión organizacional. Con corte al 31 de diciembre se reportan en el informe de plan de acción bimestre 6 los siguientes logros:

Módulo documentos

- 21 Caracterizaciones de procesos
- 113 Procedimientos documentados y disponibles para consulta en el software del SIG
- 1050 documentos del sistema integrado de gestión revisados y publicados

Módulo mecanismos de integración

- Parametrizado para comités y reuniones sistemáticas (104 comités creados y 121 actas realizadas en el sistema)
- Capacitación a los secretarios de comités y equipo directivo (100 servidores)

Módulo de evaluación y mejoramiento

- Módulo parametrizado para autoevaluación de acreditación y habilitación, control interno,
- Unidades auditables definidas (385)

Módulo de riesgos

- Módulo parametrizado y habilitado para uso en producción

Módulo de planeación estratégica

- Plan de acción 2020 parametrizado para seguimiento y evaluación

Módulo de indicadores

- Módulo parametrizado y habilitado para uso en producción
- Actualización del modelo del sistema de información
- Creación de la matriz de información

Grupo de Gestión del Dato

- Homologación de conceptos
- Estandarización de la fuente del dato

- Actualización de 235 fichas técnicas
- Validación de intencionalidad y utilidad de los indicadores con los líderes de los procesos
- Revisión y ajuste a los cubos de datos por parte del grupo de gestión del dato:
 - o Oportunidad de citas
 - o Triage
 - o Vacunación
 - o Extranjeros
 - o Recién nacidos, partos
 - o Población
 - o Remisiones electivas
 - o Pacientes procesos pendientes

Logros en la Gestión por Procesos

- 21 Procesos caracterizados con sus respectivos líderes y equipos de gestión.
- 113 procedimientos del Mapa de Procesos estandarizados y documentados cumpliendo con el 100% de los procedimientos actualizados.
- Revisión y actualización del 100% del inventario de documentos del SIG, 258 documentos eliminados.
- Actualización de 483 documentos de los procesos misionales del SIG, 265 documentos de los procesos de apoyo y 242 del nivel estratégico y 37 del nivel de evaluación.
- Parametrización y puesta en producción del Módulo de Sistema Integrado de Gestión en Almera, que integra estructura documental por procesos, riesgos por procesos e indicadores y acciones de mejora por proceso.

Actualización de 235 fichas técnicas de indicadores

2.1.5 Estructura de la Gestión de Riesgos

Se continua con la actualización de los mapas de riesgos por proceso identificando riesgos y controles incluidos los riesgos de corrupción.

Se tiene formulada la política para la gestión del riesgo documentada en el Código de Buen Gobierno. Se han realizado despliegues al personal de la entidad.

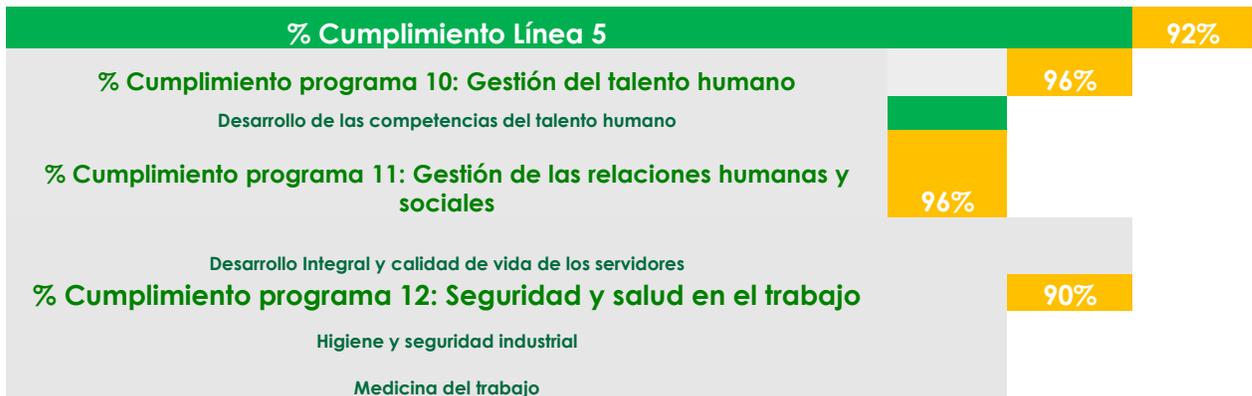
En el software Almera se implementará la gestión del riesgo.

2.1.6 Asegurar adecuada gestión del talento humano

“Un Ambiente de Control se fortalece al asegurar en la entidad una adecuada gestión estratégica del Talento Humano, que facilite el logro de los objetivos y resultados institucionales” (Manual Operativo del MIPG)

Plan Estratégico de Talento humano 2018-2020: el cual tiene como objetivo fortalecer las condiciones laborales y las competencias del talento humano, que contribuyan a una atención humanizada y a la satisfacción de necesidades y expectativas del servidor y su familia.

Con corte a 31 de diciembre se tiene un cumplimiento del 92% de las metas de los programas de la línea 5 del plan de desarrollo, como se aprecia en la siguiente imagen.



Se continúa con la implementación de la convocatoria para concurso de méritos 426 la cual con corte al 6° bimestre se encuentra en el estado referenciado en la siguiente imagen.

SOLICITUD VACANCIA TEMPORAL	NOMBRADOS	POSESIONADOS	RENUNCIAS AL NOMBRAMIENTO	PENDIENTE DE ACEPTACION	RENUNCIAS EN PERIODO DE PRUEBA
13	800	723	75	2	29

Con corte al 6° bimestre esta es la planta de empleos de la ESE Metrosalud

PLANTA DE CARGOS ESE METROSALUD AL 31 DE DICIEMBRE DE 2019			
	N° DE PLAZAS DISPONIBLES	N° DE PLAZAS OCUPADAS	VACANTES
PLANTA ORDINARIA	1825	1763	62
PLANTA TEMPORAL	425	414	11
TOTAL	2250	2177	73

Cumplimiento de los Programas de Talento Humano

2.1.6.1 Administración del Talento Humano

En el último bimestre se realizó despliegue y evaluación del conocimiento a todo el personal sobre el código de integridad y sobre el sistema gestión de seguridad y salud en el trabajo con coberturas del 96% y 100% respectivamente

Diseñar e implementar estrategias de gestión del cambio por ingreso y desvinculación del personal, producto del concurso de merito

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Plan de intervención formulado, implementado y con seguimiento	100%	100%	100%	

Formular, publicar, ejecutar y realizar seguimiento al Plan estratégico de Talento Humano y sus planes tácticos (Decreto 612/2018)

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de la ejecución del Plan Estratégico de Talento Humano, Plan de Previsión y Plan de Vacantes	90%	90%	100%	

Diseñar, implementar y realizar seguimiento a las acciones de mejora priorizadas producto de los autodiagnósticos de Talento Humano y del código de integridad

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de la ejecución de las acciones priorizadas de los autodiagnósticos	90%	90%	100%	

Realizar seguimiento a la implementación de las estrategias de administración del talento humano

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Cobertura del despliegue de las estrategias de administración del talento humano	35%	35%	100%	

Fortalecer la implementación de la mesa de ayuda de talento humano

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de servidores con oportunidad de respuesta a requerimientos relacionados con procesos de administración del talento humano	75%	75%	100%	

2.1.6.2 Desarrollo de competencias del Talento Humano

Integrar el Talento Humano a la Organización y a su puesto de trabajo

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Talento humano con recepción corporativa	100%	100%	100%	
Talento humano con inducción	100%	100%	100%	
Informe consolidado de seguimiento del entrenamiento en el puesto de trabajo	6	6	100%	
Talento humano con reinducción	95%	62%	67%	

Nº Servidores con Inducción virtual: 927 servidores (Enero-Diciembre)

Nº Servidores con Reinducción: 1.327 servidores

Formular, implementar y hacer seguimiento al plan Institucional de capacitación acorde al cumplimiento de la normatividad y a las necesidades institucionales

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de ejecución del Plan Institucional de Capacitación	90%	90%	100%	
Proporción de colaboradores capacitados	94%	94%	100%	
Proporción de Efectividad de las capacitaciones internas (Pre y Postest)	85%	93%	100%	

INFORME GENERAL CAPACITACION 6° BIM 2019				
ASISTENCIA CAPACITACION	SERVIDORES CAPACITADOS	TOTAL HORAS CAPACITACION	TOTAL VALOR HORAS CAPACITACION CON FACTOR PRESTACIONAL	TOTAL INVERSION CAPACITACION (PPTO, VR HORAS, OTROS)
1.568	956	35.509	\$647.538.144	\$786.111.839

88 Eventos de Formación y Capacitación, de los cuales 14 por contraprestación de los convenios docencia servicio.

SEGURIDAD DEL PACIENTE	
Personas certificadas	501
Pendientes por certificar	2

Implementar el procedimiento de gestión del desempeño laboral

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de servidores con compromisos socializados y evaluados.	98%	93%	95%	

En el periodo noviembre - diciembre el 88% de los servidores en carrera administrativa tienen concertación de compromisos laborales, 90% de los en periodo de prueba y el 100% los en provisionalidad.

Resultados consolidados año 2019 cumplimiento concertaciones y evaluaciones de manera oportuna

Porcentaje promedio de cumplimiento de concertaciones realizadas oportunamente Año 2019		
Bimestre	Meses	% Cumplimiento
2do	Febrero a Abril	70%
3ero	Mayo-Junio	99%
4to	Julio-Agosto	100%
5to	Septiembre- Octubre	97%
6to	Noviembre- Diciembre	94%
Promedio bimestre		92%
Numero de servidores objetivo de concertación a 31/12/2019		1.608
Promedio de servidores con compromisos concertados oportunamente en la anualidad 2019		1.479
		100%
		92%

Porcentaje promedio de cumplimiento de evaluaciones realizadas oportunamente año 2019		
Bimestre	Meses	% Cumplimiento
2do	Febrero a Abril	84%
3ero	Mayo-Junio	100%
4to	Julio-Agosto	100%
5to	Septiembre- Octubre	95%
6to	Noviembre- Diciembre	92%
Promedio bimestre		94%
Numero de servidores objetivo de evaluación a 31/12/2019		1.608
Promedio de servidores con compromisos evaluados oportunamente en la anualidad 2019		1.512
		100%
		94%

Autoevaluación del procedimiento de gestión del desempeño por dependencias

ADHERENCIA POR FASES GESTION DESEMPEÑO LABORAL ANUALIDAD 2019				
FIJACION	SEGUIMIENTO	EVALUACION	CALIFICACIÓN	CONSOLIDADO
92%	78%	94%	89%	88,23%

Fase con más alto nivel de desarrollo, las evaluaciones parciales

Fase con más bajo nivel de desarrollo, el seguimiento, incluye la recolección de evidencias y realimentación de manera periódica.

Resultado comparativo fase seguimiento:

2018: 64,85%

2019: 78%

Incremento: 13%

Factores de incidencia en resultado consolidado:

- Presencia de la CNSC, con el aplicativo EDL-APP
- Interés de los evaluadores por el cumplimiento con los periodos de prueba.
- Interés de los servidores en periodo de prueba, por contar con sus seguimientos y evaluaciones a tiempo

La información sobre el personal en periodo de prueba presentan los siguientes resultados:

- 724 ingresos
- 608 Finalizados
- 464 Evaluados
- 13 en vacancia temporal
- 37 Renuncias
- 396 Calificación sobresaliente, 67 calificación satisfactoria, 1 calificación no satisfactoria Desvinculado
- 214 Registros tramitados ante la CNSC

ADHERENCIA POR FASES GESTIÓN DEL DESEMPEÑO UPSS 2019					
DEPENDENCIA	FIJACION	SEGUIMIENTO	EVALUACION	CALIFICACIÓN	ADHERENCIA 2019
UPSS BELEN	78%	68%	73%	83%	76%
UPSS BUENOS AIRES	92%	68%	97%	73%	83%
UPSS CASTILLA	88%	73%	83%	78%	81%
UPSS DOCE DE OCTUBRE	90%	93%	94%	89%	92%
UPSS MANRIQUE	93%	80%	92%	81%	87%
SAN CRISTOBAL	93%	87%	97%	89%	92%
NUEVO OCCIDENTE	100%	60%	78%	89%	82%
UPSS SANTA CRUZ	78%	78%	88%	88%	83%
UPSS SAN JAVIER	91%	65%	95%	74%	81%
UPSS SAN ANTONIO DE PRADO	97%	70%	92%	89%	87%
ADHERENCIA POR FASES . MEDICIÓN UPSS	90%	74%	89%	83%	84%
ADHERENCIA POR FASES GESTION DEL DESEMPEÑO UNIDADES ADMINISTRATIVAS					
DEPENDENCIA	FIJACION	SEGUIMIENTO	EVALUACION	CALIFICACIÓN	ADHERENCIA 2019
Control Interno y Evaluación	100%	69%	100%	73%	86%
Control Interno Disciplinario	100%	100%	100%	100%	100%
Dirección Administrativa	100%	95%	100%	100%	99%
Dirección de Talento Humano	100%	80%	100%	81%	90%
Tesorería	100%	100%	100%	100%	100%
Subgerencia de Red	100%	93%	100%	100%	98%
Gerencia	60%	60%	100%	100%	81%
Oficina Asesora de Planeación	100%	60%	100%	100%	90%
Subgerencia Administrativa y Financiera	80%	80%	100%	100%	90%
ADHERENCIA POR FASES MEDICIÓN - SEDE ADMINISTRATIVA	93%	82%	100%	95%	93%
Resultado por fases y general de adherencia a la aplicación del procedimiento de Gestión del Desempeño laboral ESE Metrosalud	92%	78%	94%	89%	88%

2.1.6.3 Desarrollo Integral y Calidad de vida de los servidores

En este proyecto se obtiene un cumplimiento promedio del 97,6%

Actividades con cumplimiento por debajo del 100%:

- Actividades de divulgación de Calidad de Vida Laboral realizadas 83%

- Servidores que conocen componentes claves de la cultura organizacional 92%
- Servidores que conocen componentes claves para la atención humanizada. 92%

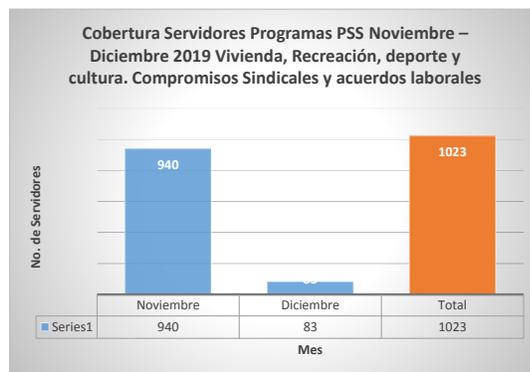
La cobertura del personal en los programas del programa de bienestar social fue de 1023 servidores.

No existen actividades proyectadas que involucren a las familias en el último bimestre de 2019

Total Acumulado 1909 servidores.

Se realizó feria de servicios en el mes de diciembre con la participación de 83 servidores.

En la temporada navideña se realizaron la novena de aguinaldos, se dio refrigerio navideño y fiesta de fin de año



Cumplimiento Programas PSS Noviembre - Diciembre 2019	Programado	Ejecutado	Total
Vivienda	7%	7%	100%
Recreación, deporte, cultura y eventos sociales	9,5%	9,5%	100%
Compromisos Sindicales y Acuerdos Laborales	14%	14%	100%

2.1.7 Implementación del sistema de Seguridad y salud en el trabajo.

Proyecto de higiene y seguridad industrial

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Cobertura de despliegue de estándares de Riesgo biológico y osteomuscular 60% de servidores y 50% de contratistas	55%	71%	100%	
Cobertura de capacitación en uso de EPP	100%	100%	100%	
Inventario de puestos de trabajo ergonómicos elaborados	4 puestos estandarizados	4 puestos estandarizados	100%	
Proporción de ACPM implementadas	80%	45%	56%	Apropiación de recursos para mejoras en infraestructura y mobiliario.
Proporción de ejecución de simulaciones	100%	84%	84%	Compromiso de los directores de UPSS para realizar las simulaciones en el tiempo programado
Simulacros de evacuación y atención a multitud de lesionados realizados	2	2	100%	

Cobertura Despliegue de estándares de riesgo biológico y osteomuscular

CAPACITACION	NÚMERO DE CAPACITADOS
Circuitos	751
Ingreso	665
Individual	459
Total	1875
Porcentaje(# funcionarios:2191)	86%
CONTRATISTAS	
1568	877
PORCENTAJE	56%

Asistencia: 1875 servidores en 53 Sedes.

Cobertura entrega y capacitación a servidores sobre los equipos de protección personal bimestre 6 – 2019.

Total EPP Entregados Y Servidores Capacitados Año 2019: 475 Costo: \$ 8.830.245

Se realizó Inventario puestos ergonómicos año 2019

Implementación y seguimiento al plan de mejoramiento en el año 2019:

Se encontraron 931 hallazgos,

Con seguimiento 669,

Cerrados 314

Cumplimiento del 45%.

Se tuvo un cumplimiento de los simulacros en las UH del 84,4%, las Unidades que tuvieron mayor incumplimiento a la programación fueron:

- UH Belén 40%,
- UH San Antonio de Prado y UH Castilla con un 70% cada una.
- UH Nuevo Occidente y San Cristóbal 90%.
- Las demás cumplieron en un 100%.

El porcentaje de cumplimiento de las simulaciones y simulacros por tema fue:

- Sismo, falla de agua y energía, atrapamiento en ascensor y atención de múltiples lesionados tuvieron un cumplimiento del 100%
- Fuga de gases 89%
- Derrame de materiales peligrosos 78%
- Falla de equipos biomédicos esenciales y evento médico (desmayo o convulsión) 67% cada uno.

Indicadores

- Accidentalidad de servidores públicos

En el año 2019 número de eventos 195

IF: 8,97%

IS: 32,36%

Tasa de accidentalidad: 8,97

- N° de personas con Riesgo psicosocial 66 distribuidos por tipo de cargo:

33 Empleados públicos

11 Periodo de prueba

12 planta temporal

5 en provisionalidad

5 trabajadores oficiales

- Ausentismo

a. Ausentismo medico en todas las UPSS fue de total horas: 2.562 costo : \$255.569.730

- b. Ausentismo no médico sede
Sacafín total horas: 1.227, con un costo: \$16.459.987
Referencia Total Horas: 740 Costo: \$11.972.434
- c. Ausentismo en todas las sedes bimestre nov- dic Total ESE Horas : 12.324, Costo : \$658.797.078
- d. Total ausentismo año 2019 Total ESE Horas : 220.983, costo : \$ 3.723.734.207

Principales causas de morbilidad en el personal de la ESE Metrosalud en orden de frecuencia

- Osteomuscular
- Respiratoria
- Diarreas
- Mentales
- Tumores malignos

Casos de violencia contra servidor público 163 de los cuales 81% fueron verbales, 18% físico y 1% otros.

Las sedes con mayor número de casos en orden descendente:

- Manrique
- Belén
- Buenos Aires
- San Javier
- Santa Cruz
- Castilla
- San Cristóbal
- Nuevo occidente
- San Antonio de prado
- Doce de Octubre

2.1.8 Gestión Financiera y Presupuestal

El plan de desarrollo institucional tiene una línea llamada Eficiencia Administrativa y Financiera cuyo objetivo estratégico es "Optimizar los recursos de la operación Institucional, impactando positivamente la rentabilidad social, el equilibrio financiero, la productividad y la sostenibilidad en el tiempo". En la evaluación del bimestre nov-dic y

consolidada anual se logra un cumplimiento del 90%. En la siguiente imagen se muestran los resultados de cada uno de los programas y proyecto.

% Cumplimiento Línea 3		90%
% Cumplimiento programa : Metrosalud modelo de eficiencia y solidez		88%
Gestión financiera (Cartera, presupuesto, contabilidad)	91%	
Fortalecimiento del sistema de costos	100%	
Fortalecimiento del sistema de facturación	74%	
Gestión de negocios	87%	
% Cumplimiento programa 2: Gestión de bienes y servicios		94%
Plan compras de bienes y servicios	100%	
Plan maestro de infraestructura	85%	
Plan maestro de tecnología biomédica	97%	

Proyecto Gestión Financiera (Cartera, Presupuesto y Contabilidad)

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
•Proporción de ejecución de conciliaciones realizadas con ERP	100%	97%	97%	Continuar la gestión de conciliación de cartera con las entidades
•Proporción de la recuperación de cartera (incluyendo la cápita)	95%	98%	100%	Continuar la gestión de conciliación de cartera con las entidades y lograr la firma y el cumplimiento de acuerdos de pago
•Informe con análisis cuantitativo y cualitativo de los indicadores con propuestas de mejora	2	2	100%	

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
• Equilibrio Presupuestal con recaudo	1	1	100%	
• Índice endeudamiento de	24%	42%	100%	Se continuara con el proceso de pago a proveedores
• Proporción de reducción de los costos y gastos	5%	0%	0%	Se debe revisar y ajustar las políticas tendientes a reducir los costos y gastos

La reducción de costos y gastos debe fortalecerse con estrategias efectivas y con medición de esa reducción, enfocándose en los aspectos que puedan generar mayor impacto.

Ejecución Presupuestal

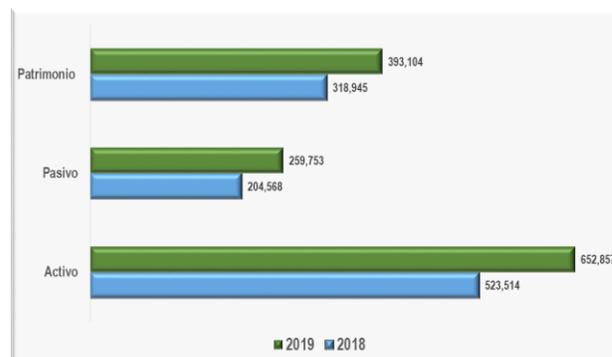
Resultado de la ejecución con recaudo fue de 1 (uno)

En la gráfica se muestra el equilibrio presupuestal ejecutado en los últimos 5 años.



Situación financiera 2018-2019

	2018	2019	Variación %
Activo	523,514	652,857	25%
Pasivo	204,568	259,753	27%
Patrimonio	318,945	393,104	23%



Ingresos mes

RECAUDO MES

Saldo Inicial Bancos Noviembre 30/2019	\$ 3.815
Recaudo Cápita y Evento Savia Salud:	\$14.415
AU Proyectos PIC Municipio Medellín:	\$ 1.833
Copagos Cartera Tipo Usuario:	\$ 254
Recuperación Cartera otras entidades:	\$ 8.760
Cuotas Partes Municipio Medellín:	\$ 150
Transferencias Municipio Medellín:	\$ <u>9.331</u>
TOTAL INGRESOS:	\$38.558

Egresos mes

PAGOS MES

OBLIGACIONES LABORALES \$20.499

- Nomina Empleados, Trabajadores y Jubilados: **\$6.699**
- Seguridad Social y Parafiscales: **\$3.961**
- Prima de Navidad: **\$6.984**
- Aguinaldo: **\$1.128**
- Prima de Vacaciones: **\$800**
- Liquidaciones Definitivas Convocat. 426 CNSC: **\$493**
- Préstamos de Vivienda: **\$434**

PROVEEDORES \$14.542

(Vencimientos de junio a octubre/2019)

- Tercerías: **\$4.645**
- Medicamentos e Insumos Hospitalarios: **\$6.964**
- Material Medico Quirúrgico: **\$420**
- Suministro Oxígeno: **\$150**
- Gastos Generales: **\$2.363**

PAGOS VARIOS \$1.416

- Demandas: **\$169**
- Servicios Públicos: **\$446**
- Impuestos: **\$326**
- CNSC: **\$100**
- Recaudo APH y MIAS: **\$375**

TOTAL PAGOS: \$36.457

EXCEDENTE CAJA: \$2.101 millones

2.1.9 Evaluación cumplimiento del plan de acción

El comité Técnico ampliado evalúa el cumplimiento del plan de acción cada bimestre. En el 6° bimestre del año también se presentan los resultados consolidados de toda la vigencia, se reporta un resultado promedio de las 5 líneas estratégicas del 93% con corte al 31 de diciembre de 2019. En las siguientes tablas se presentan los resultados por cada línea estratégica.

	Cumplimiento de lo programado por Bimestre						Avance acumulado del Plan de Acción 2019
	B1	B2	B3	B4	B5	B6	
Línea 1: La prestación de servicios de salud basados en APS	96%	87%	85%	85%	90%	91%	90%
1.1 Programa: Gestión del cuidado de la salud	96%	88%	82%	78%	91%	86%	88,45%
1.1.1 PROYECTO: Promoción de la salud	96%	93%	93%	96%	96%	75%	89,32%
1.1.2 PROYECTO: Prevención de la enfermedad	91%	90%	92%	88%	88%	90%	90%
1.1.3 PROYECTO: Atención y recuperación de la salud	100%	80%	58%	60%	92%	69%	74%
1.1.4 PROYECTO: Fortalecimiento de acciones extramurales	100%	81%	70%	72%	86%	91%	93%
1.1.5 PROYECTO: Implementación de guías de práctica clínica	100%	100%	97%	90%	92%	96%	96%
1.2 Programa: Gestión de la red de servicios	96%	64%	84%	87%	86%	91%	86%
1.2.1 PROYECTO: Gestión de la RISS	100%	87%	94%	92%	93%	93%	92%
1.2.2 PROYECTO: Gestión de la red interna	92%	75%	50%	65%	78%	88%	80%
1.2.3 PROYECTO: Desarrollo del portafolio de servicios	99%	44%	100%	1	n/a	n/a	85%
1.3 Programa: Gestión territorial para la salud	n/a	99%	97%	99%	100%	100%	100%
1.3.1 PROYECTO: Articulación sectorial e intersectorial	n/a	100%	n/a	100%	n/a	100%	100%
1.3.2 PROYECTO: Gestión de la participación comunitaria	n/a	98%	97%	97%	100%	100%	100%
Línea 2: El Sistema Integrado de Gestión	88%	86%	89%	95%	97%	88%	94%
2.1 Programa: Sistema de Gestión de la Calidad	82%	88%	89%	94%	97%	87%	94%
2.1.1 PROYECTO: Gestión de Riesgos	50%	83%	100%	94%	89%	75%	83%
2.1.2 PROYECTO: Gestión de la Seguridad Clínica	73%	94%	97%	96%	96%	99%	98%
2.1.3 PROYECTO: Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad - SOGC	87%	73%	85%	80%	96%	91%	95%
2.1.4 PROYECTO: Gestión por Procesos	77%	80%	91%	97%	100%	100%	100%
2.1.5 PROYECTO: Implementación Mejores Prácticas De Calidad MECI – MIPG – NORMAS (ISO 14001, ISO 27001, OSHAS 18001, ISO 26000, ISO 31000)	91%	100%	89%	92%	97%	100%	96%
2.2 Programa: Gestión de Gobierno Público	99%	82%	87%	96%	98%	93%	94%
2.2.1 PROYECTO: Transparencia y legalidad	100%	96%	100%	96%	100%	89%	96%
2.2.2 PROYECTO: Participación del usuario, la familia y la comunidad	98%	70%	78%	97%	95%	99%	93%

Línea 3: La Eficiencia Administrativa y Financiera	89%	82%	87%	87%	89%	83%	88%
3.1 Programa: Metrosalud Modelo de eficiencia y solidez	73%	75%	78%	85%	86%	86%	85%
3.1.1 PROYECTO: Gestión Financiera (Cartera, presupuesto, contabilidad)	53%	63%	80%	79%	80%	85%	79%
3.1.2 PROYECTO: Fortalecimiento del sistema de costos	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%
3.1.3 PROYECTO: Gestión de facturación	66%	78%	68%	78%	68%	69%	74%
3.1.4 PROYECTO: Gestión de negocios	99%	83%	99%	74%	83%	78%	87%
3.2 Programa: Gestión de bienes y servicios	98%	92%	97%	97%	94%	79%	93%
3.2.1 PROYECTO: Plan compras de bienes y servicios	97%	98%	100%	100%	100%	100%	100%
3.2.2 PROYECTO: Plan maestro de infraestructura	99%	95%	93%	100%	89%	63%	85%
3.2.3 PROYECTO: Plan maestro de tecnología biomédica	98%	82%	98%	85%	93%	94%	95%

Línea 4. El conocimiento y la innovación para potenciar el desarrollo y el cambio institucional	94%	86%	88%	89%	91%	94%	93%
4.1 Programa: Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación	94%	88%	87%	87%	92%	97%	94%
4.1.1 PROYECTO: Inteligencia de negocios	99%	99%	100%	92%	97%	92%	97%
4.1.2 PROYECTO: Fortalecimiento de la gestión documental	100%	41%	94%	100%	100%	98%	92%
4.1.3 PROYECTO: Desarrollo de la infraestructura informática	79%	40%	60%	81%	87%	86%	86%
4.1.4 PROYECTO: Implementación de nuevas funcionalidades	100%	96%	84%	58%	84%	100%	88%
4.1.5 PROYECTO: Comunicación organizacional para el mejoramiento	78%	87%	96%	96%	98%	99%	99%
4.1.6 PROYECTO: Desarrollo de telesalud	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.2 Programa: Gestión del conocimiento	95%	68%	92%	98%	88%	90%	93%
4.2.1 PROYECTO: Desarrollo de redes del conocimiento	95%	63%	85%	96%	92%	91%	95%
4.2.2 PROYECTO: Fortalecimiento de la institución como centro de práctica	100%	100%	94%	100%	84%	89%	91%

Línea 5. Talento humano fuente del desarrollo	96%	95%	98%	97%	100%	95%	98%
5.1 Programa: Gestión del talento humano	95%	87%	99%	94%	100%	96%	98%
5.1.1 PROYECTO: Administración del talento Humano	100%	76%	100%	91%	100%	100%	100%
5.1.2 PROYECTO: Desarrollo de las competencias del talento humano	88%	93%	99%	98%	99%	93%	97%
5.2 Programa: Gestión de las relaciones humanas y sociales	95%	96%	96%	98%	100%	96%	98%
5.2.1 PROYECTO: Desarrollo Integral y calidad de vida de los servidores	100%	100%	99%	100%	100%	93%	97%
5.2.2 PROYECTO: Fortalecimiento de la Cultura organizacional	100%	100%	99%	100%	100%	99%	99%
5.2.3 PROYECTO: Humanización de los servicios de salud	100%	100%	99%	100%	100%	98%	99%
5.2.4 PROYECTO: Gestión de las conductas y comportamientos de los servidores	84%	83%	86%	95%	100%	97%	97%
5.3 Programa: Seguridad y salud en el trabajo	100%	99%	100%	97%	100%	90%	96%
5.3.1 PROYECTO: Higiene y seguridad industrial	100%	100%	100%	98%	100%	88%	92%
5.3.2 PROYECTO: Medicina del trabajo	100%	98%	100%	95%	100%	100%	100%
% Cumplimiento del Plan de Acción	93%	88%	89%	90%	94%	91%	93%

Ejecución del plan de acción por cada unidad administrativa y UPSS

Cumplimiento Plan de Acción por Unidad Administrativa	Cumplimiento de lo programado por Bimestre						Avance acumulado del Plan de Acción 2019
	B1	B2	B3	B4	B5	B6	
Subgerencia de red	92%	84%	84%	85%	87%	88%	88%
Subgerencia administrativa y financiera	72%	68%	62%	82%	81%	84%	80%
Dirección de Convenios y venta de servicios	99%	84%	99%	75%	84%	79%	88%
Oficina Jurídica	100%	100%	100%	92%	100%	85%	92%
Oficina Control Interno Disciplinario	84%	83%	86%	95%	100%	97%	97%
Dirección de Talento Humano	98%	96%	99%	97%	100%	94%	98%
Dirección de Sistemas de Información	96%	87%	76%	81%	90%	97%	92%
Dirección Administrativa	98%	93%	97%	96%	94%	80%	94%
Grupo de comunicaciones	78%	87%	96%	96%	98%	99%	99%
Oficina de Control Interno y Evaluación	84%	97%	100%	95%	100%	100%	100%
Oficina Asesora Planeación y Desarrollo Organizacional	87%	81%	88%	95%	97%	86%	94%

Cumplimiento Plan de Acción por UPSS	Cumplimiento de lo programado por Bimestre					
	B1	B2	B3	B4	B5	B6
Dirección UPSS Castilla	81%	84%	75%	83%	78%	91%
Dirección UPSS Belén	84%	76%	73%	86%	82%	82%
Dirección UPSS Doce de Octubre	85%	90%	85%	88%	85%	89%
Dirección UPSS Manrique	81%	80%	72%	82%	79%	86%
Dirección UPSS Nuevo Occidente	66%	77%	67%	77%	90%	79%
Dirección UPSS San Antonio de Prado	86%	87%	84%	84%	84%	92%
Dirección UPSS San Cristobal	76%	72%	87%	86%	92%	89%
Dirección UPSS San Javier	83%	85%	71%	82%	79%	92%
Dirección UPSS Santa Cruz	80%	79%	73%	78%	81%	87%
Dirección UPSS Buenos Aires	85%	72%	77%	82%	63%	88%

En la carpeta compartida de la red se encuentran las evidencias y los planes de mejoramiento de cada una de las líneas.

Es deseable que se tomen acciones de mejoramiento a los proyectos que se encuentran por debajo de la meta del 90%.

2.1.10 Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano

En el mes de enero de 2020 se hizo seguimiento al plan anticorrupción y atención al ciudadano con corte al 31 de diciembre de 2019 por la oficina de control interno y evaluación, el cual obtuvo un resultado promedio de todos los componentes de 91% de cumplimiento, el cual lo sitúa en un nivel alto de acuerdo a los lineamientos del documento "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano" Versión 2; solo el componente de atención al ciudadano presenta un cumplimiento bajo con 75%, este resultado debido a que de las 10 actividades formuladas 5 están cumplidas 4 tiene avance parcial y 1 sin avance.

Tomado del informe de seguimiento 3 al plan anticorrupción y atención al ciudadano

CONSOLIDADO CUMPLIMIENTO PAAC 2019 OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EVALUACION					
Fecha de seguimiento:	Enero de 2020				
Componente	Actividades programadas para ejecutar en la vigencia 2019	Actividades cumplidas	Actividades sin avance	Actividades cumplidas parcialmente	Porcentaje de Avance con Corte al 31 de diciembre de 2019
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción	6	5		1	92%
Componente 2: Racionalización de trámites	7	7			100%
Componente 3: Atención al ciudadano	10	5	1	4	75%
Componente 4: Rendición de cuentas	13	13			100%
Componente 5: Transparencia y Acceso a la Información	8	7	1		87%
Cumplimiento	44	37	2	5	91%

El informe y el mapa de riesgos de corrupción se encuentran publicados en la página web de la ESE Metrosalud <http://www.metrosalud.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion>.

El componente de transparencia y acceso a la información es el que presenta una variación positiva frente al periodo anterior pasando del 79% al 87%

Actualizar el mapa de riesgos de corrupción logro un avance del 50%, situación que obligo a reprogramar para la próxima vigencia la actividad de seguimiento a los controles definidos para los riesgos de corrupción, por falta de actualización del mapa.

Para la próxima vigencia se espera articular en el aplicativo ALMERA todo el componente de gestión del riesgo de corrupción.

En el componente gestión de tramites se avanzó en la implementación de la entrega de los resultados de laboratorio mediante correo electrónico, logrando que una vez se tome la muestra se envíe mensaje electrónico con el instructivo y contraseña para su consulta en el sitio web resultados.metrosalud.gov.co, para este procedimiento es necesario que el usuario realice la actualización de datos (correo electrónico) para lo cual se crearon instructivos que facilitan la operación.

En el componente atención al ciudadano continúa pendiente la reglamentación del Acuerdo de Junta Directiva 330 de 2017 para definir los lineamientos institucionales de la gestión de las peticiones.

Se realizó seguimiento semestral y consolidado anual a este componente por la Oficina de Control Interno el cual se publicó en la página web de la ESE Metrosalud.

El componente rendición de cuentas se cumplió en un 100% en la vigencia.

En el componente de transparencia y acceso a la información se avanzó en la construcción de la matriz de información llamada registro de activos de información la cual se encuentra publicada en la página web http://www.metrosalud.gov.co/images/descargas/Indice_transparencia/REGISTRO-DE-ACTIVOS-DE-INFORMCION-M-2019.pdf

Se ha fortalecido la gestión documental en la vigencia

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Archivo de UH con Inventario de historias clínicas depurado	4	100%	100%	
Plan Institucional de Archivos (PINAR) aprobado y publicado	1	100%	100%	
Proporción de la ejecución del Plan Institucional de Archivos (PINAR)	80%	65%	81.25%	

Las TRD y TVD aún no han sido aprobadas por el Consejo Departamental de Archivo, la solicitud de aprobación se realizó desde el mes de febrero de 2019 para las TRD y TVD en septiembre de 2019.

La matriz ITA (Índice de Transparencia y Acceso a la Información) para el periodo 2019 - Semestre 2 con fecha del 30/08/19, arrojo un resultado de nivel de cumplimiento de 86/100 puntos para el periodo evaluado, incumpliendo la meta del indicador planteado de 90 puntos.

3. ASEGURAR LA GESTIÓN DEL RIESGO

“Proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales”.²

El proyecto gestión de riesgos del plan de acción tuvo un cumplimiento del 83%

En la imagen se ve discriminado por cada uno de los proyectos el grado de avance

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Mapa de riesgos actualizado 2019	1	0,87	87%	Continúa en enero y febrero
Plan de Intervención de riesgos elaborado y desplegado	1	0,87	87%	Continúa en enero y febrero
Proporción de la ejecución del Plan de acción con enfoque en ISO 31000	90%	91%	100%	

Se realizó encuesta para evaluar el grado de comprensión de los riesgos, la cual arrojó un resultado del 83% en el 20% de los servidores que participaron en la misma.

En el avance de la actualización de los mapas de riesgos de cada proceso se han identificado 113 riesgos y 307 controles, incluidos los riesgos de corrupción.

Avance en la elaboración del Mapa de Riesgos por proceso en un 87 %. Procesos con mapa de riesgos completo:

- Desarrollo del Sistema de Gestión
- Gestión del Conocimiento y la Innovación
- Atención por urgencias
- Atención por hospitalización
- Atención por laboratorio
- Atención por Imagenología
- Gestión Servicio Farmacéutico
- Gestión Docencia Servicio
- Gestión del Sistema de Información
- Gestión Documental

² CONSEJO PARA LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL. Manual Operativo Sistema de Gestión. Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Versión 2. 2018.

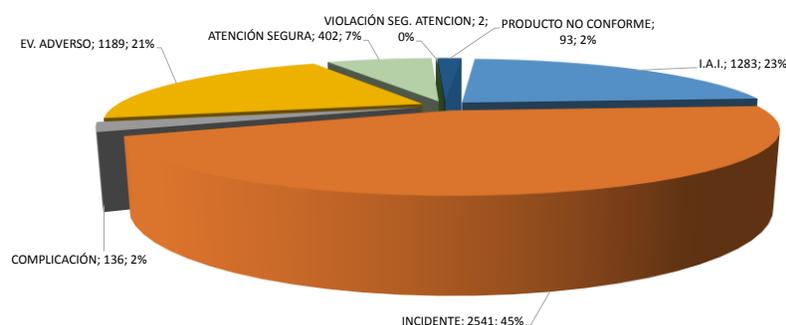
Se avanzó en la implementación del módulo de riesgos del software Almera se hizo prueba de funcionamiento del aplicativo, cumplimiento del 30%.

Manual de gestión de eventos administrativos documentado y desplegado en la intranet no tuvo avance. Se continuará la implementación en la vigencia 2020

También hace parte de la gestión de riesgos los eventos de seguridad clínica, los cuales se tramitan a través del programa de seguridad del paciente.

Según el informe del plan de acción con corte al 31 de diciembre en la ESE se ha disminuido el reporte de los eventos, se asocia con el cambio del aplicativo al de Almera,

De los eventos reportados el 21% fueron eventos adversos como se aprecia en la imagen.



De estos eventos el 33,2% continua en el primer lugar los asociados al uso de medicamentos y de estos el 60, % son por errores en la prescripción.

A partir del 1 de noviembre de 2019 se trasladó el reporte de las notificaciones al software Almera.

4. ACTIVIDADES DE CONTROL

El manual operativo del MIPG define las actividades de control como:

“Acciones determinadas por la Entidad generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos”.

4.1 Políticas de Operación y procedimientos

- Se cuenta con la actualización de los procesos y procedimientos de acuerdo al modelo de procesos vigente, el enfoque del modelo debe revisar que todas las actividades que se realicen en la Entidad estén vinculadas a un proceso.
- Actualización de la estructura documental en el software Almera, asociando los diferentes tipos de documentos a las etapas de los procesos. Se encuentran algunos documentos que falta completar sus controles como es la identificación y aprobación. De acuerdo a las decisiones tomadas se interrumpe la trazabilidad de las versiones que venían con la estructura anterior.

- Se identifican todavía debilidades en la comprensión del modelo de procesos y su documentación por algunos responsables de proceso.
- Avance en la implementación de los diferentes componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad:
 - o Estándares de habilitación 96%,
 - o Acreditación cumplimiento del plan de mejora del 71%,
 - o Cumplimiento del PAMEC 87,5%,
 - o Calificación de la autoevaluación cualitativa 2019 2,7 con una variación positiva de 0,16 con relación a la vigencia 2018.
 - o Auditoria de paciente trazador cumplimiento del 64%.
- Cumplimiento de la gestión de los comités institucionales 64% disminuyendo con relación al 2018 que fue del 68%. Por cada UPSS se identifica que ninguna cumple la meta del 80%, los cumplimientos más bajos los tiene San Javier con 59,3%, Nuevo Occidente con 57,3% y Buenos Aires 16,5%.

4.2 Planeación de las evaluaciones internas:

Desde la Oficina de Control Interno y Evaluación se realiza la planeación de las evaluaciones de procesos con enfoque en riesgos, adicional en el plan anual de evaluaciones se incluyen las auditorías realizadas por la oficina de Planeación y subgerencia de Red de Servicios. Mensualmente se hace seguimiento al cumplimiento del plan por la Oficina de Control Interno, la ejecución de las auditorias diferentes a las de control interno no se reportan oportunamente para este seguimiento.

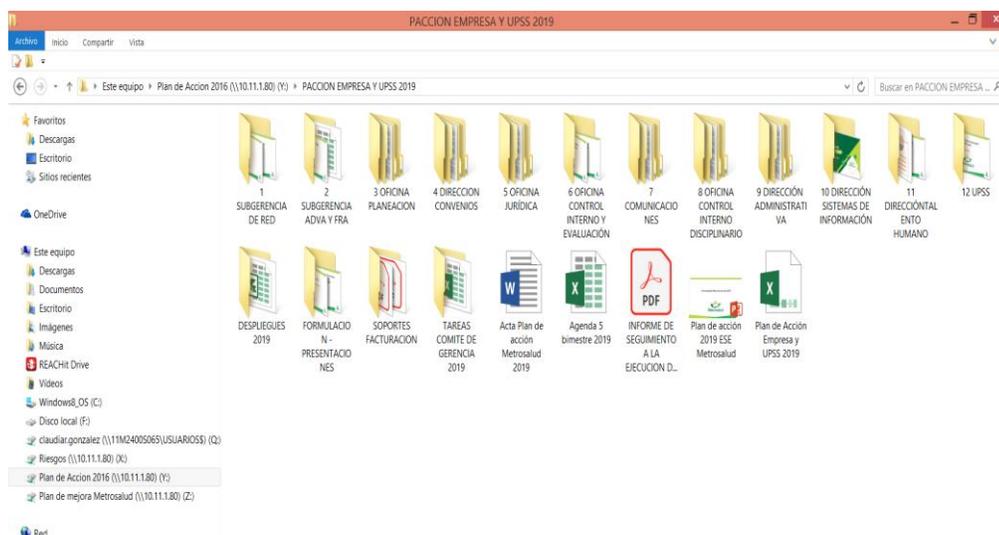
En reunión del Comité Institucional de Control Interno de diciembre se aprobó el plan anual de evaluaciones para la vigencia 2020.

A 31 de diciembre se tiene un cumplimiento del 100% de las auditorias programadas.

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Plan Institucional de Evaluaciones Ejecutado	67	67	100%

4.3 Seguimiento bimestral del plan de acción

Cada bimestre se realiza evaluación de los programas y proyectos del plan de desarrollo. Cada responsable aloja en la carpeta compartida de la red interna las evaluaciones y las evidencias. Este seguimiento lo realiza el comité técnico ampliado.



En la vigencia 2019 se cumplieron los 6 seguimientos al plan de acción de cada una de las líneas. Obteniendo un cumplimiento consolidado del 93%.

Cumplimiento por línea estratégica:

- Línea 1 90%
- Línea 2 94%
- Línea 3 88%
- Línea 4 93%
- Línea 5 98%

4.4 Monitorear la Gestión de riesgos

En la vigencia 2019 se hizo seguimiento por parte de la oficina de control interno al plan de intervención de riesgos en el cual se identifica que solo se ejecutó hasta diciembre de 2018, con un cumplimiento del 42%, verificado en el mes de mayo de 2019.

Durante la vigencia 2019 en las auditorías con enfoque de riesgo se validaron los riesgos existentes y se referenciaron algunos nuevos, los cuales se espera sean tenidos en cuenta en la actualización de los mapas de riesgos que está haciendo la Entidad.

5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

“La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad.

La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades y sirve como medio para la rendición de cuentas”.³

Este componente permite utilizar la información de manera adecuada y comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos. Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos y en el entorno de cada entidad, que satisfagan las necesidades de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la Entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés.

La dimensión de información y comunicación está en la línea estratégica 4 del plan de desarrollo: “El conocimiento y la innovación para potenciar el desarrollo y el cambio institucional”

Para la vigencia 2019 se incluyeron en el Plan de Acción dos programas:

Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación y Comunicación Organizacional para el mejoramiento

En el bimestre noviembre –diciembre

Con corte al 31 de diciembre se obtuvieron los siguientes resultados

5.1 Comunicaciones

Indicador / Producto	Meta programada	% Meta Ejecutada						% Cumplimiento Total
		B1	B2	B3	B4	B5	B6	
Proporción de ejecución del Plan Comunicaciones	95 %	97%	89%	91%	90%	88%	90 %	90,6 %

³ CONSEJO PARA LA GESTIÓN Y EL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL. Manual Operativo Sistema de Gestión. Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Versión 2. 2018.

5.1.1 Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación

% Cumplimiento Línea 4: El conocimiento y la innovación para potenciar el desarrollo y el cambio institucional	100%
% Cumplimiento Programa 8: Gestión de la Tecnología, la información y la comunicación.	89%
% Cumplimiento Proyecto Año 2019: Comunicación organizacional para el mejoramiento.	99%

5.1.2 Comunicación Organizacional para el mejoramiento

Programa	Proyecto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Comunicación interna	Comunicación interna operativa	6 %	5,47 %	91,11%
	Comunicación para el mejoramiento de la calidad	3,31 %	2,25 %	68,06 %

5.1.2.1 Comunicación Interna

En el periodo evaluado se realizaron las siguientes actividades:

- Boletines electrónicos: Redacción, diagramación y réplica de @Latidos, En Junta y Almera.
- Publicaciones institucionales: Piezas gráficas electrónicas, infográficos, documentos, manuales, instructivos, presentaciones.
- Guiones informativos: Elaboración y publicación de guiones informativos a Directores y Coordinadores de CS.
- Videos educativos: Se grabaron, diseñaron y editaron videos de acuerdo a necesidad.
- Cursos virtuales: Diseño y montaje de cursos en la plataforma Moodle
- Eventos Institucionales: Apoyo en la planeación y organización del lanzamiento de Almera y encuentro de fin de año.
- Solicitudes de diseños gráfico atendidas de acuerdo a necesidades
- Apoyaron actividades del proceso de Acreditación a partir de los estándares o grupos: Cliente asistencial, Direccionamiento y Gerencia, Sistemas de Información.
- Se realizaron los Talleres sobre Modelo de Comunicación CICAA los días 5 y 6 de diciembre de 2019.
- Se acompaña la estructuración del Programa de las 5'S y la implementación en el Centro de Salud Pablo VI.

5.1.2.2 Comunicación externa

Programa	Proyecto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Comunicación externa	Información, Educación y Comunicación para el usuario	0,83%	0,83%	100%
	Comunicación institucional externa	1,67%	1,67%	100%

- Elaboración de contenidos para las estrategias IEC.
- Envío de boletines electrónicos a través de la herramienta mail marketing dirigido a los usuarios.
- Publicación de información en redes sociales Facebook y twitter.

Programa	Proyecto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento
Gestión de la reputación institucional	Gestión redes sociales	0,83 %	0,63 %	76 %
	Divulgación y gestión de prensa	3%	3%	100 %

Se realizaron 214 publicaciones a través de redes sociales Facebook, twitter y YouTube

De 811 solicitudes de información a través de la red social Facebook se atendieron 713, lo que representa un 88 % de manifestaciones atendidas durante el año 2019 a través de buzón interno.

5.2 Sistemas de Información

Este componente hace parte de la línea 4 del plan de acción, los resultados obtenidos con corte al 31 de diciembre de la gestión de sistemas de información se evidencian en cada uno de los proyectos.

5.2.1 Proyecto Inteligencia de negocios

Este proyecto tiene un cumplimiento promedio del 80.8%, afectado el resultado por la no implementación del Data Warehouse (Un data Warehouse es un repositorio unificado para todos los datos que recogen los diversos sistemas de una empresa. El repositorio puede ser físico o lógico y hace hincapié en la captura de datos de diversas fuentes sobre todo para fines analíticos y de acceso)⁴ y la respuesta oportuna a los requerimientos en un 72,7%.

⁴ En: <https://www.powerdata.es/data-warehouse>

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Modelo de base de datos clínicos diseñado e implementado (Deci)	1	100%	100%	
Proporción de ejecución del plan de trabajo para el desarrollo e implementación de los cubos	90%	100%	100%	
Indicadores automatizados en el alphasig desde safix	205	199	97%	
Datawarehouse diseñado para inteligencia de negocios	1	1	100%	
Datawarehouse para inteligencia de negocios e implementado (Según alcance definido en etapa previa)	60%		-	
Proporción de requerimientos con respuesta oportuna	90%	65.43%	72.7%	
Proporción de usuarios internos satisfechos con el sistema de información	80%	76.70	96%	

Otros productos.

- 182 indicadores, revisados con ficha técnica elaborada y/o actualizada
- Matriz de informes: 72 informes identificados, con fuentes, responsables, periodicidad, etc.
- Definición del esquema grafico de la arquitectura de la información de la ESE.
- Se realizó encuesta de satisfacción del cliente interno con el área de sistemas de información, el resultado consolidado promedio fue de 75%, el mayor nivel de insatisfacción se refiere a los equipos (hardware) asignado para el desempeño de las actividades resultado 9,3%. El mayor nivel de satisfacción con un75% fue por el trato amable y respetuoso del personal del área de sistemas, seguido por el software asignado para el desempeño con un 46%

5.2.2 Proyecto Fortalecimiento de la Gestión Documental

Este proyecto en promedio tiene un cumplimiento del 93,7%, incluye las siguientes actividades,

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Archivo de UH con Inventario de historias clínicas depurado	4	100%	100%	
Plan Institucional de Archivos (PINAR) aprobado y publicado	1	100%	100%	
Proporción de la ejecución del Plan Institucional de Archivos (PINAR)	80%	65%	81.25%	

Las TRD y TVD aún no han sido aprobadas por el Consejo Departamental de Archivo, la solicitud de aprobación se realizó desde el mes de febrero de 2019 para las TRD y TVD en septiembre de 2019. Estos son el insumo para las tareas que quedaron en 0 (Cero).

5.2.3 Proyecto Desarrollo de la infraestructura informática

El cumplimiento promedio del proyecto es del 84,9%

Incluye el desarrollo de los siguientes productos

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y Plan de Tratamiento de Riesgos formulados y publicados	3	3	100%	
Ejecución y seguimiento del PETI, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y Plan de Tratamiento de Riesgos	90%	74%	82%	*
Proporción de la ejecución del Plan de reposición de impresoras a través del modelo de outsourcing de impresión (146 impresoras en UH y CS con control de impresión)	100%	58.2%	58.2%	
Número de sedes con red de datos segmentada y marcación física realizada	20	20	100%	
Diagnóstico y propuesta de trabajo para el diseño e implementación del sistema de gestión de seguridad de la información según norma ISO 27001	1	1	100%	

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de la ejecución del plan de renovación y reposición de equipos de cómputo y servidores de dominio - (incluye licenciamiento office, sistema operativo y call de windows) (200 equipos)	100%	85%	85%	
Nivel de Obsolescencia de la infraestructura informática	30%	47%	83%	
Número de sedes con solución telefónica implementada	42	11	26.1%	
Centros de salud dotados con sistemas de video vigilancia	20	21	100%	
Unidades Hospitalarias dotadas con Sistema de digiturnos (Fase 1: Manrique, Belén, Castilla, San javier)	9	9	100%	
Proporción de ejecución del plan de mantenimiento de la infraestructura informática	100%	100%	100%	

En el periodo evaluado se obtienen los siguientes resultados

- 20 sedes con red de datos segmentada y marcación física realizada.
- 21 centros de salud dotados con sistema de video vigilancia

5.2.4 Proyecto implementación de nuevas funcionalidades

Incluye los siguientes productos

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Software desarrollado e implementado para la identificación de pacientes con Brazaletes (9 UH)	100%	100%	100%	
Software de firma digital para consentimientos informados desarrollado e implementado (fase 1: 53 Dispositivos)	100%	100%	100%	
Software desarrollado e implementado para el control de impresión de Historia Clínica	100%	80%	80%	
Módulo de gestión de ambulancias desarrollado e implementado, Prototipo (B3) 40%, Paso producción (B5) 60%	100%	100%	100%	
Tabla de referencia para calidad del dato, flujos y responsables definidos en los procedimientos institucionales	1	1	100%	
Software desarrollado para el monitoreo de variables críticas priorizadas	100%	100%	100%	

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Proporción de solicitudes de interoperabilidad desarrolladas	100%	100%	100%	
Funcionalidad para la Circularización de cartera desarrollada B1: Especificación funcional B2: Informe pruebas con usuario final B3: Salida a producción	100%	100%	100%	
Módulo de registro de auditorías desarrollado B1: Especificación funcional B2: Informe pruebas con usuario final B3: Salida a producción	100%	100%	100%	
Proporción de solicitudes automatizadas o rediseñadas en el ERP (demanda y normativas)	70%	84%	100%	
Software para automatizar procesos y planes de mejoramiento de la Oficina de planeación B2: Especificación funcional B3: Informe pruebas con usuario final B5: Salida a producción	100%	100%	100%	

Otras funcionalidades desarrolladas:

- Soportes Magnéticos para MEDIMAS incluye la firma digital del facturador, generación de PDF Unificado y almacenamiento en Bases de datos de los soportes (No localmente).
- Creación Recién Nacido: se genera una vez se digita el certificado de nacido vivo en la historia del parto o de Recién nacido
- Pre anulaciones de citas Incumplidas: Cuando el medico en la historia define "Paciente No Atendido" el sistema pre anula automáticamente el GE de la actividad.
- RIPS: Se desarrolló asociación entre Finalidad/Diagnostico/Tipo de Historia, por ejemplo si la historia es de tipo PyP solo acepta códigos del Z en el Diagnostico PPAL, si la historia es de crecimiento y desarrollo asocia la finalidad 04 y DX Z, si la finalidad es 10 solo permite del Z08, Z09 (Según nuevos lineamientos RIPS).

- Muerte Violenta: Si se marca en la historia que es muerte violenta no exige diligenciamiento de Certificado de Defunción (Ya que lo hace Medicina Legal).
- Consulta de Resultados de laboratorio WEB para Usuarios
- Importación de obligaciones de tesorería (Antes era manual).
- Optimización del proceso de la recepción de las glosas (Antes era manual)
- Traslados: Continúan teniendo dificultades en cuanto a los tiempos para la referencia interna y la externa. No son claros los conceptos de interconsulta y remisión. Es necesario repensar el servicio para hacerlo más ágil. ¿Será que cada UH administre sus camas y la central de referencia apoye en los traslados únicamente? Se considera importante homologar estos conceptos en toda la red.
- Interfaz Por Web_Service para el envío de recordatorio de citas con la empresa VOZIPHONE, en lo corrido del año van 900.000 mensajes enviados. Este servicio requiere que el personal de admisiones actualice permanentemente los datos del paciente y que el cambio de teléfono es alta en la población.
- CUIDADITO PUES: Permite el envío de videos educativos al paciente para promover el autocuidado. Incluso, fomenta el aprendizaje al interior de la institución, pues se pueden usar como estrategia de educación.
- Lista de Chequeo Requisitos de Habilitación del estándar de Talento Humano: Se terminó la implementación y se dio marcha a las listas de chequeo de requisitos de ingreso, con las cuales se pretende tener un mejor control del cumplimiento de los requisitos que se exigen para cada uno de los funcionarios de la institución. Esto es fundamental para temas de habilitación.
- UNIDOSIS: Adopción de modelo para la dispensación de medicamento intrahospitalarios.
- Vacunación Recién Nacido Importación de bases de datos
- Interfaz con SOMOS
- Módulo de Agendamiento WEB (Agendamiento de RX CISAMF)
- Modulo para CIGA Interno
- Modulo par CIGA Materno
- PLAN DE EGRESO HOSPITALARIO: Estandariza las recomendaciones para el paciente en el hogar, desestimula el uso de formatos no institucionales y hace referencia a planes de egreso incluidos en una guía formal de la red. Es imprimible y permite la participación del grupo de atención Asistencial, médicos y enfermeras.
- PLAN DE INGRESO HOSPITALARIO: Estandariza la información que se imparte al ingreso, formaliza la frecuencia y las temáticas, permite que la actividad sea ejecutada en tiempos específicos, buscando que el paciente realmente comprenda e interiorice la información.

5.2.5 Proyecto Desarrollo de Telesalud

Incluye los siguientes productos

Producto	Meta Programada	Meta Ejecutada	% Cumplimiento	Acción Preventiva o Correctiva
Protocolos definidos para la operativización de tele salud: Capacitación, apoyo asistencial y administrativo	1	1	100%	% de avance
Servidores responsables de la implementación de tele salud capacitados (9 UH y Sacatín)	100%	100%	100%	
Proporción de sesiones de tele salud realizadas y con soporte (colaboración Asistencial vía Tele salud, Capacitación, comités, etc)	90%	100%	100%	

Los protocolos definidos para la implementación de Telesalud aunque dice que están definidos no se encuentran en el software de Almera.

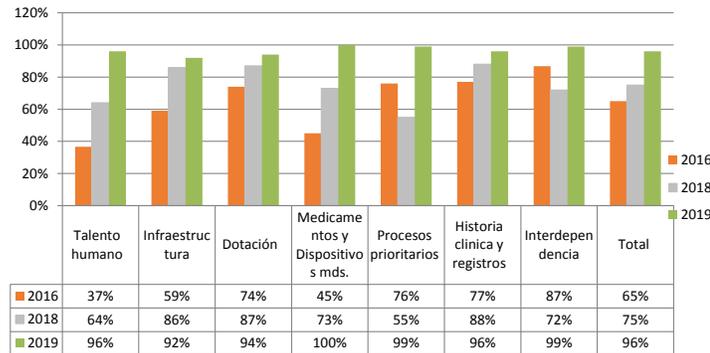
Se habilitaron y dotaron los auditorios de Poblado Y Guayabal

6. ACTIVIDADES DE MONITOREO Y SUPERVISION

A continuación se presentan los resultados de los mecanismos de monitoreo y supervisión de la ESE.

6.1 Sistema Único de Habilitación

Se realiza autoevaluación en las unidades cumplimiento promedio del 96%, en la gráfica se presentan los resultados comparativos de las autoevaluación de los años 2016 a 2019



De acuerdo a la verificación realizada en las auditorias internas se debe fortalecer el despliegue de los requisitos, su capacitación, evaluación del conocimiento y verificación de la adherencia.

En la siguiente imagen se relaciona el cumplimiento de los estándares en toda la ESE por tipo de estándar.

Estandar	Cumple	No Cumple	Total	% Cumple
Talento Humano	2.305	85	2.390	96%
Infraestructura	4.539	418	4.957	92%
Dotación	4.982	318	5.300	94%
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	1.815		1.815	100%
Procesos Prioritarios	7.895	61	7.956	99%
Historia Clínica y Registros	4.241	198	4.439	96%
Interdependencia	893	12	905	99%
Total general	26.717	1.032	27.749	96%

Se presentan los resultados por cada una de las UH comparando los años 2018-2019

Resultado autoevaluación habilitación – comparativo 2018 - 2019		
UPSS	2018	2019
UPSS Belén	80%	97%
UPSS Santa Cruz	73%	96%
UPSS Doce de Octubre	71%	96%
UPSS Castilla	73%	95%
UPSS San Cristóbal	77%	97%
UPSS SAP	71%	97%
UPSS San Javier	71%	96%
UPSS Manrique	78%	96%
UPSS Nuevo Occidente	78%	97%
UPSS Buenos Aires	81%	97%
Total ESE Metrosalud	75%	96%

- Se realizó actualización y digitalización de 1.540 hojas de vida, realización de certificados de formación al personal asistencial (Violencia sexual, RCP, toma de muestras, Radio protección).

Pendientes

- Subir a SEVENET el 100% de las hojas de vida de los servidores y anexar los soportes requeridos.
- Documentar la suficiencia de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados en las UH. (Médico hospitalización, enfermera jefe recuperación cirugía noche, auxiliar laboratorio clínico noche, fisioterapia / terapia respiratoria Manrique, técnico rayos x noche, químico farmacéutico / regente fin de semana, enfermera jefe o bacterióloga/ citología)
- Supervisión por radiólogo de las imágenes diagnósticas.
- Dotación equipos biomédicos Centros de Salud, instrumental odontología
- Mantenimiento de infraestructura física (Techos, pisos paredes, puertas), plantas eléctricas Centros de Salud, ambientes de esterilización servicios de odontología Centros de Salud, separación física de consulta externa y servicios de odontología con más de dos unidades, llas instalaciones eléctricas en buenas condiciones de

presentación y mantenimiento, Infraestructura para el almacenamiento central y temporal, de residuos hospitalarios y similares en Centros de Salud.

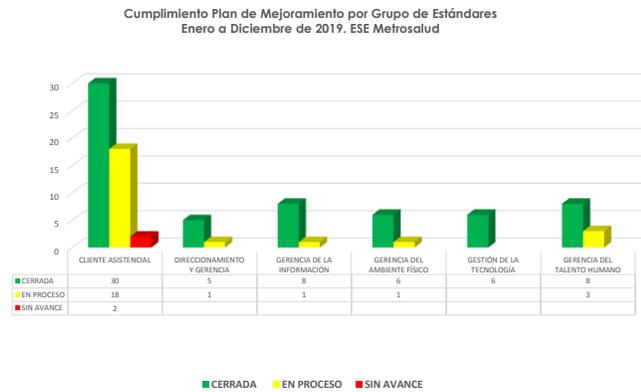
- Adecuación de infraestructura centrales de esterilización San Antonio de Prado, Doce de octubre y San Javier.

6.2 Sistema Único de Acreditación

Actualización de autoevaluación a los estándares de acreditación

Cumplimiento del plan de mejoramiento de acreditación 71%.

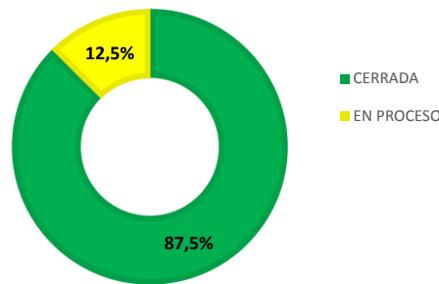
Se formula el Plan de Mejora de Acreditación para las 108 acciones de mejora identificadas en la autoevaluación de los 160 estándares en el año 2019



6.3 Cumplimiento del PAMEC

Se cumplió en un 87,5%

CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORA PAMEC
ENERO A DICIEMBRE DE 2019

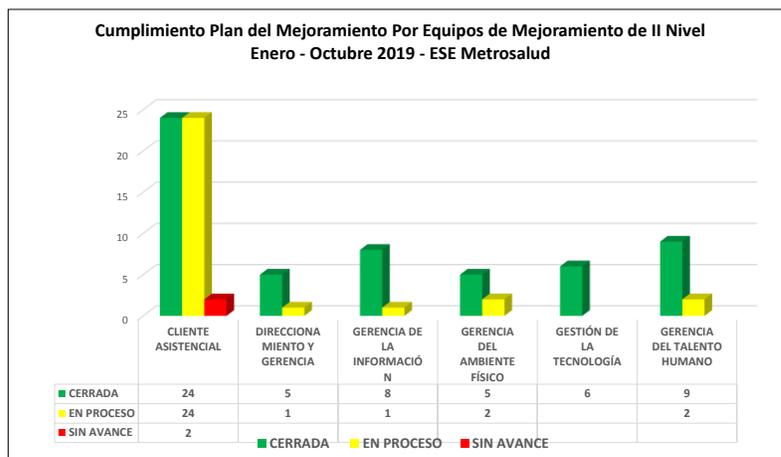


6.4 Planes de Mejoramiento de los equipos de acreditación

Cumplimiento de los planes de mejoramiento de los equipos de mejoramiento de acreditación

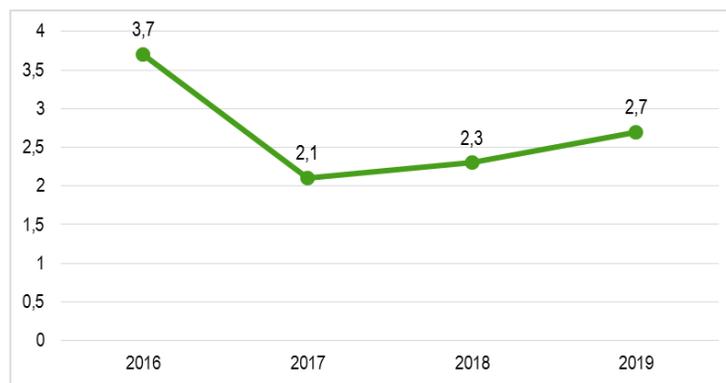
Estándar cliente asistencial 64%

Estándar de Direccionamiento y Gerencia	80%
Estándar Gerencia de la Información	88%
Estándar Gerencia del ambiente físico	85%
Estándar Gestión de Tecnología	100%
Estándar Gerencia del Talento Humano	72%
Estándar de Mejoramiento	100%
Promedio	72%



6.5 Indicador de Mejoramiento de la Calidad

Evaluación de sistema de acreditación 2016 a 2019



Resumen de calificaciones por grupos de estándares comparativo 2018 - 2019

	PROMEDIO 2018	PROMEDIO 2019	PUNTOS POSIBLES	PUNTOS 2019
Cliente Asistencial	2,3	2,70	200	108
Direccionamiento	2,5	3,12	42	26
Gerencia	2,5	2,89	25	14
Gerencia del Talento Humano	2,3	2,65	42	22
Gerencia del Ambiente Físico	2,3	2,57	30	15
Gerencia de la Información	2,2	2,71	36	20
Gestión de la Tecnología	2,1	2,54	25	13
Mejoramiento de la Calidad	2,4	2,40	100	48
PROMEDIOS Y TOTALES	2,3	2,7	500	267
VARIACIÓN		16%		

6.6 Rondas de calidad

Actividad realizada por la Gerencia con su equipo técnico a las diferentes sedes para la verificación del cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

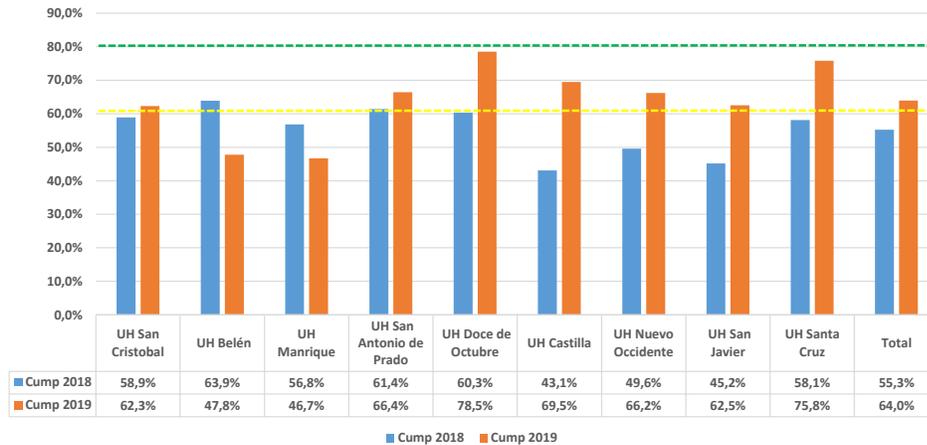
La jefatura de Control Interno y Evaluación hace seguimiento al cumplimiento de las tareas asignadas, las cuales presentan un bajo cumplimiento acumulado a 31 de diciembre de 2019 en promedio fue del 40%, las UH de Manrique, San Antonio de Prado y San Cristóbal no reportan cumplimiento como se aprecia en la imagen.

UNIDAD HOSPITALARIA	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	ACTIVIDADES PENDIENTES	% CUMPLIMIENTO
SANTA CRUZ	34	11	23	32%
BELEN	24	10	14	34%
DOCE OCTUBRE	27	3	24	12%
SAN JAVIER	41	38	3	92%
CASTILLA	29	27	2	93%
NUEVO OCCIDENTE	23	16	7	69%
MANRIQUE	32	0	32	0%
SAN ANTONIO PRADO	24	0	24	0%
SAN CRISTOBAL	28	0	28	0%
TOTALES	262	105	157	40%

6.7 Auditoria de Paciente Trazador

Cumplimiento de la auditoria de paciente trazador por UH en promedio se cumple en un 64%, ninguna de las Unidades cumple con la meta > o = 80%. La UH de Belén y Manrique son la que tienen menor cumplimiento.

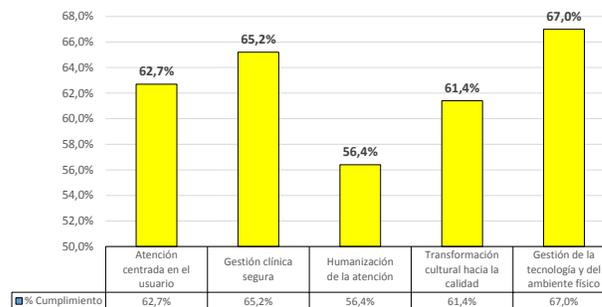
**Cumplimiento Unidad Hospitalaria Auditoria
Paciente Trazador Comparativo 2018- 2019**



En la vigencia 2019 se tiene un cumplimiento promedio en las sedes evaluadas del 64% mejorando con relación al año 2018 que fue del 55,3%.

Cumplimiento de los Ejes transversales del sistema único de acreditación vigencia 2019 que identifica el grado en que se tienen implementados en el sistema de la ESE

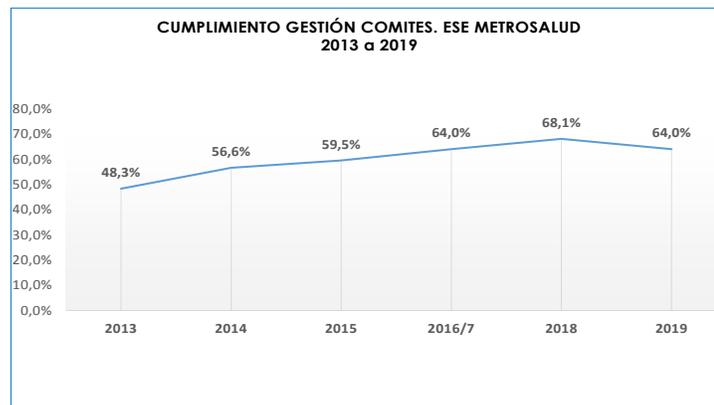
**Cumplimiento Eje de Acreditación Auditoria Paciente Trazador
Unidades Hospitalarias 2019**



6.8 Cumplimiento de la gestión de los comités de la ESE

Se presentan los resultados consolidados de los últimos 6 años, se evidencia una tendencia muy similar en estos años, alrededor del 60%.

Sería conveniente identificar las causas de estos resultados con el fin de generar acciones de mejoramiento.



Cumplimiento de los compromisos de los comités de Gerencia y Gerencia ampliado

TAREAS COMITÉ DE GERENCIA	
ITEM	#
Tareas Programadas	24
Tareas Realizadas	10
Tareas pendientes sin vencer	10
Tareas no realizadas	4
CUMPLIMIENTO DE TAREAS	71%

TAREAS COMITÉ DE GERENCIA AMPLIADO	
ITEM	#
Tareas Programadas	300
Tareas Realizadas	134
Tareas pendientes sin vencer	0
Tareas no realizadas	166
CUMPLIMIENTO DE TAREAS	45%

El volumen alto de planes de mejoramiento que deben afrontar las UH genera el riesgo de incumplimiento de las mismas, sería conveniente implementar los criterios de priorización definidos en el modelo de mejoramiento y la agrupación por temas así sean de diferentes fuentes.

6.9 Auditorías de la oficina de Control Interno

Con corte al 31 de diciembre el cumplimiento del plan anual de evaluaciones es de los 100% de las auditorías programadas a la fecha

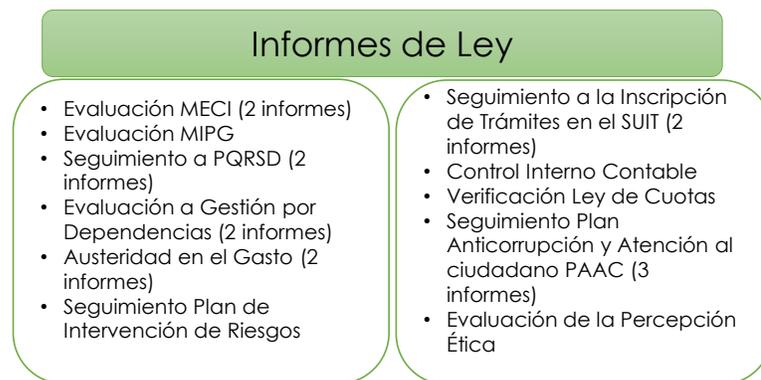
Se han realizado las siguientes auditorías, adicional se referencia el número de hallazgos de incumplimiento.

Auditorías realizadas en la vigencia 2019

ESTADO POR AUDITORÍA 2019			
PROCESO AUDITADO	OBSERVACIONES		FORMULACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO
	Nº	%	
Atención Quirúrgica	4	3%	SI
Atención en Urgencias	6	5%	SI
Atención en Hospitalización	7	5%	SI
Gestión Servicio Farmacéutico	8	6%	NO
Atención en Laboratorio	8	6%	SI
Atención ambulatoria	6	5%	NO
Atención en PyP	6	5%	NO
Gestión Financiera	15	11%	NO
Gestión Bienes y Servicios-distribución y control de bienes muebles	4	3%	SI
Gestión Venta de Servicios	3	2%	SI
Gestión documental	7	5%	NO
Evaluación de Cajas Menores	9	7%	SI
Gestión de la Evaluación	11	8%	SI
Control Interno Contable 2018 (anual)	18	14%	NO
Control Interno Contable (Intermedio) 2019	10	8%	NO
Plan de Intervención de Riesgos	10	8%	SI
TOTAL	132	100%	

6.10 Informes de Ley a cargo de la oficina de control interno

Se cumplió en un 100% la presentación oportuna de los informes de ley.



6.11 Seguimiento a los planes de Mejora

La formulación de planes de mejoramiento tiene un cumplimiento del 56%, se observa un incumplimiento sistemático al modelo de mejoramiento que establece 10 días hábiles para formularlo y 3 meses para el cierre de los hallazgos.

La oficina de Control Interno realizó seguimiento a los planes de mejoramiento.

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO FORMULACIÓN PLANES DE MEJORAMIENTO			
PLAN DE MEJORAMIENTO	FORMULADO	NO FORMULADO	TOTAL
NÚMERO	9	7	16
PORCENTAJE	56%	44%	100%

- Contraloría
- Control Interno Contable 2017
- Software y derechos de autor
- Ley de archivos
- Seguimiento auditorías segunda línea de defensa
- Atención del usuario por urgencias vigencia 2018
- Ingresar al usuario por urgencias vigencia 2018
- Adscripción del usuario y su familia por punto de atención vigencia 2018
- Egreso del usuario
- Seguimiento auditoría regular 2018
- Gestión de costos (2 seguimientos)
- Gestión presupuestal (2 seguimientos)
- Evaluación al procedimiento Facturación Usuarios (Diciembre de 2016 Y 2017) (2 seguimientos)
- Bienes y Servicios (2 seguimientos)
- Percepción ética
- Seguimiento plan de mejora autoevaluación al proceso de Gestión de la Evaluación (5 seguimientos)

Estado de los planes de mejora a las auditorías realizadas, inclusive en vigencias anteriores

Estado de las acciones Planes de Mejoramiento					
Proceso	Cerradas	En proceso	No iniciadas	Total acciones	%
Presupuesto (vigencia anterior)	5	3	0	8	9%
Facturación Usuarios (vigencia anterior)	20	8	1	29	32%
Control interno Contable 2017	2	11	2	15	17%
Gestión de la Evaluación (vigencia 2019)	30	7	1	38	42%
TOTAL	57	29	4	90	100%
	63%	32%	4%	100%	
CONCLUSIONES					
En el informe de seguimiento al plan de mejoramiento a los procesos auditados con corte al 31 de octubre: (presupuesto, facturación usuarios y control interno contable) se remitió planilla con el fin de que reprogramaran, se hicieran correctivos y se tomaran otras acciones, pero al a fecha no se han recibido estos ajustes de los procesos evaluados.					

6.12 Seguimiento a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Denuncias, Sugerencias

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, en el periodo evaluado se realizaron 2 seguimientos a la gestión del programa de escucha activa.

Se tuvieron en cuenta las fuentes de información generadas a través de los diferentes medios utilizados por la Entidad para recibir las quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y peticiones a saber: Buzones de sugerencias en todas las unidades hospitalarias y centros de salud, Página Web, línea de atención y el software Safix.

Los dos informes de seguimiento se publicaron en la página web de la ESE <http://www.metrosalud.gov.co/transparencia/informes-meci>

En el informe del segundo semestre se hizo una revisión al cumplimiento de los requerimientos a las áreas de atención al usuario de acuerdo a la normatividad vigente.

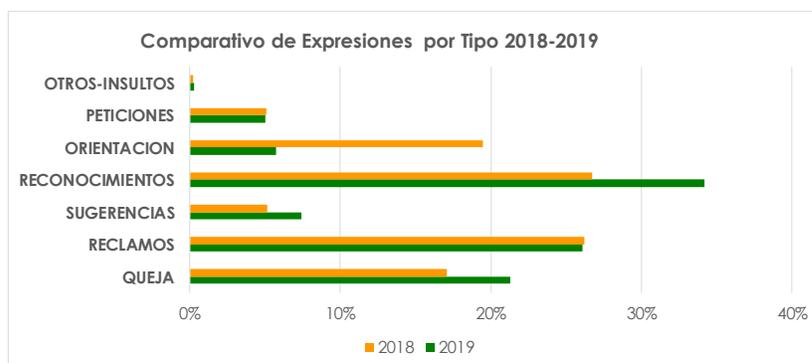
Los resultados del consolidado de la gestión de las expresiones del usuario fueron los siguientes:

En la vigencia 2019 se generaron 5635 expresiones de los usuarios un 4% menos que en la vigencia 2018.

Las quejas se incrementaron en un 5%

Se destacan los reconocimientos que en las 2 vigencias son el mayor porcentaje de las expresiones.

TIPO DE MANIFESTACIÓN	2018		2019	
	N°	%	N°	%
QUEJA	1004	17%	1201	21%
RECLAMOS	1540	26%	1470	26%
SUGERENCIAS	301	5%	418	7%
RECONOCIMIENTOS	1572	27%	1926	34%
ORIENTACION	1146	20%	323	6%
PETICIONES	299	5%	282	5%
OTROS-INSULTOS	14	0%	15	0%
TOTALES	5876	100%	5635	100%



La distribución de las expresiones por servicio de origen muestra que la mayoría siguen siendo de las áreas administrativas.

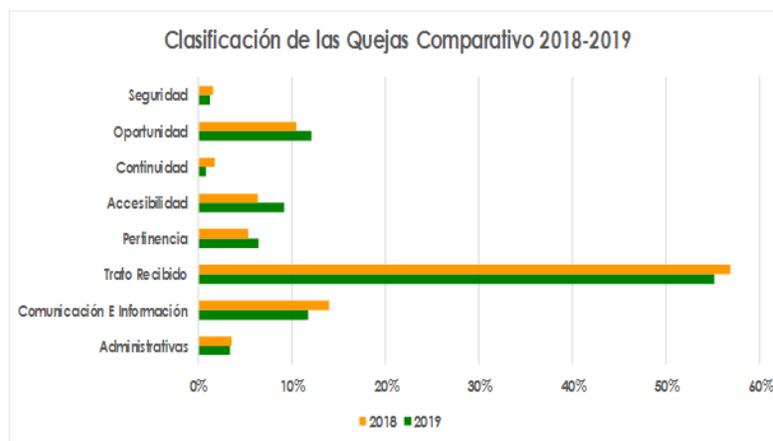
AREA - SERVICIO	2018		2019	
	N°	%	N°	%
Urgencias	477	8%	610	11%
Consulta Externa Medica	473	8%	554	10%
Consulta en Subprogramas	278	5%	287	5%
Consulta Externa Especialista	163	3%	117	2%
Consulta Optometra	43	1%	5	0%
Consulta Odontologica	228	4%	259	5%
Higiene Oral	10	0%	7	0%
Farmacia	276	5%	405	7%
Imagenologia (RX - ECOS)	35	1%	43	1%
Laboratorio Clinico	53	1%	57	1%
Cirugia	15	0%	11	0%
Traslado en Ambulancia	10	0%	12	0%
Hospitalización	662	11%	675	12%
Porterias-Vigilancia	69	1%	76	1%
Areas Administrativas	1032	18%	1573	28%
Call Center - Servicios WEB	447	8%	205	4%
Disciplinas Apoyo:Nutric-Sico-Trab. Social	33	1%	29	1%
No Pertinente a Metrosalud	542	9%	62	1%
Centro de Atención en General	877	15%	464	8%
Otras - Sin dato	153	3%	184	3%
TOTALES	5876	100%	5635	100%

Quejas

La clasificación de las quejas presentadas en las vigencias 2018-2019 muestra que las relacionadas por el trato recibido siguen siendo las más frecuentes, aunque en el 2019 presenta un leve descenso del 2%.

Los servicios de los cuales se presentan más volumen de quejas siguen siendo urgencias, consulta externa médica y áreas administrativas en las dos vigencias.

CLASIFICACIÓN QUEJAS	2018		2019	
	N°	%	N°	%
Administrativas	36	4%	41	3%
Comunicación E Información	140	14%	141	12%
Trato Recibido	571	57%	662	55%
Pertinencia	54	5%	77	6%
Accesibilidad	64	6%	110	9%
Continuidad	18	2%	10	1%
Oportunidad	105	10%	145	12%
Seguridad	16	2%	15	1%
Totales	1004	100%	1201	100%



Reclamos

Durante las vigencias 2018 y 2019 siguen siendo por las mismas causas: accesibilidad y oportunidad.

CLASIFICACIÓN RECLAMOS	2018		2019	
	N°	%	N°	%
Administrativas	116	8%	185	13%
Comunicación E Información	122	8%	190	13%
Trato Recibido	80	5%	104	7%
Pertinencia	50	3%	45	3%
Accesibilidad	733	48%	474	32%
Continuidad	46	3%	31	2%
Oportunidad	375	24%	427	29%
Seguridad	17	1%	14	1%
	0		0	
TOTALES	1539	100%	1470	100%

Los servicios que presentan mayor número de reclamos son del área administrativa y el call center en las 2 vigencias, seguidos por los servicios de urgencias y farmacia con un 14% en ambos servicios.

6.13 Evaluación de la satisfacción de los servicios

La satisfacción de los servicios en toda la red de Metrosalud es del 91,3% en promedio para la vigencia 2019. Los servicios de urgencias y farmacia mantienen un nivel de insatisfacción por debajo de la meta del 90%, aunque se destaca la farmacia que mejoro su nivel de satisfacción con relación al año 2018.

En el plan de mejoramiento se definió “medir la adherencia al protocolo de triage y tiempos de atención en el servicio de urgencias”, en las UH de Belén, Castilla y San Javier que son las que presentan menor nivel de satisfacción, la cual se ha cumplido según el mismo plan en un 70%. La acción tomada no identifica un análisis causal a fondo que permita identificar porque hay demora en la atención en el servicio de urgencias lo cual lleva a que el mejoramiento no sea lo eficaz que se requiere

METROSALUD	% SATISFACCION	
	2019	2018
Urgencias	85,1%	81%
Laboratorio	89,0%	92%
Consulta Medica	89,0%	92%
Cirugía	89,6%	92%
Promoción y Prevención	90,4%	94%
Farmacia	91,2%	81%
Odontología	91,2%	95%
Hospitalización	92,2%	95%
Transporte Asistencial	93,2%	96%
Ayudas Diagnosticas	97,0%	94%
Partos	100,0%	95%
Todos los Servicios	91,3%	92,1%

Conclusiones de este componente

1. La estructura física, administrativa y logística para el desarrollo del componente de atención al usuario presenta algunas debilidades que deben subsanarse en el corto plazo para disminuir el riesgo de incumplimiento legal.
2. El modelo de operación por procesos no incluye las acciones que realiza la dependencia de participación social, la documentación existente no está vinculada a un proceso del nuevo modelo de gestión.
3. El análisis de las causas llevada al detalle es lo que permite la toma de acciones eficaces que lleven al mejoramiento continuo, el cual debe registrarse en los planes de mejoramiento, hacer seguimiento a su cumplimiento y a la eficacia de las acciones cerrando el ciclo de mejoramiento continuo.
4. El tiempo de respuesta está en 1,4 días lo cual se logra por una solución puntual de los problemas individuales de cada usuario, pero no porque se haga una investigación de las causas que los originan y se tomen acciones eficaces, lo que implica como se evidencia en la información que los problemas se perpetúen en el tiempo generando reprocesos y desgaste administrativo.

5. La respuesta a las expresiones de los usuarios deben hacerse por escrito sea físico o magnético lo cual favorece la trazabilidad de las acciones tomadas, le dé al usuario la posibilidad de la reposición y apelación cuando así lo considere y se cuente con soportes validos en caso de nuevos requerimientos.

6. Los servicios de urgencias en las UH de la ESE excepto Nuevo Occidente es el que presenta incumplimiento de la meta de satisfacción establecida, seguido por los servicios farmacéuticos, consulta médica principalmente. No se encuentra evidencia de la toma de acciones que busquen el mejoramiento continuo de esta situación.

El informe completo se puede consultar en la página Web de la ESE <http://www.metrosalud.gov.co/transparencia/informes-meci>

7. CONCLUSIONES

Por ser un informe complementario de los meses de noviembre y diciembre los resultados pueden ser similares al realizado con corte al 31 de octubre de 2019.

La revisión realizada se evidencia que el sistema de control interno de la ESE se mantiene con un desarrollo adecuado frente a los requerimientos aplicables aportando al fortalecimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

En general el nivel de cumplimiento de las metas establecidas en el plan de desarrollo se mantiene dentro de los límites satisfactorios, los proyectos o productos que no alcanzaron las metas esperadas son susceptibles de plan de mejoramiento como cualquier proceso o área de la organización.

El establecimiento de estrategias conjuntas entre los diferentes procesos responsables de la aplicación de las políticas establecidas en MIPG, favorecen el cumplimiento a los requerimientos establecidos.

Es deseable que a los hallazgos de los informes periódicos de control interno se les aplique el modelo de mejoramiento continuo al igual que se hace con los hallazgos de las auditorías regulares.



NICOLAS ALBEIRO DUQUE CANO

Jefe Oficina Control Interno y Evaluación