

ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUÁREZ INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO OFICINA DE CONTROL INTERNO

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 5 del Decreto 2641 de 2012, donde se deja en responsabilidad de las Oficinas de Control Interno el seguimiento al cumplimiento de las obligaciones derivadas del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, por lo tanto, la Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Marco Fidel Suarez realiza seguimiento a las estrategias, verificando la pertinencia de las evidencias que soportan la realización de cada uno de los componentes del Plan.

OBJETIVO GENERAL

Verificar el cumplimiento de las actividades planteadas en la matriz de riesgos de corrupción y los componentes de racionalización de trámites, rendición de cuentas, atención al ciudadano y mecanismos para la transparencia y acceso a la información, que se encuentran incluidos en el Plan Anticorrupción de la ESE.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar seguimiento a los riesgos de corrupción por procesos, por medio de los productos planteados en el Mapa de Riesgos de Corrupción de la entidad (componente N°1).
- Evidenciar la publicación de los trámites y servicios establecidos en la ESE para los usuarios, en los canales de comunicación en cumplimiento del componente N°2 Racionalización de Trámites.
- Verificar las actividades establecidas para el cumplimiento del componente N°3 Rendición de Cuentas a la ciudadanía por parte de la Gerencia de la ESE.
- Verificar el cumplimiento de las actividades establecidas para el cumplimiento del componente N°4 Atención al Ciudadano.
- Revisar el cumplimiento de las actividades del componente N°5 del Plan Anticorrupción, correspondiente a los Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.

ALCANCE: El seguimiento se realiza verificando el cumplimiento de las componentes y sus actividades establecidas entre el 1 de mayo y el 31 de agosto de 2021.

COMPONENTE 1. MAPA DE RIESGOS ANTICORRUPCIÓN

Se realizó la verificación de los diferentes controles que se están realizando en los diferentes procesos de la entidad contemplados en el Mapa de Riesgos:

Gerencia:

La Gerencia realizó reunión con los líderes de los procesos para realizar seguimiento a los avances del Plan de Desarrollo, Plan Operativo Anual y Plan de Gestión del Gerente con corte a 30 de junio, obteniendo los siguientes resultados:

Plan Desarrollo: Cumplimiento 96% de lo programado.
POA: Cumplimiento del 97% de lo programado.
Plan de Gestión: Cumplimiento de 15 indicadores.

Talento Humano:

Una vez realizada la liquidación de la nómina, esta tiene punto de control en el área de contabilidad y Dirección Financiera de la ESE.

Farmacia:

Se realizó inventario general al servicio farmacéutico el 2 de junio de 2021. Obteniéndose el siguiente resultado:

Inicial: \$ 671.150.615,60
Final: \$ 696.440.856,14
Diferencia: \$25.290.240,54

Hospitalización:

Se realizan rondas de farmacovigilancia y tecnovigilancia por parte del servicio de farmacia en las áreas del hospital y se socializa informe en el comité de farmacia y terapéutica y primario asistencial.

Gestión Jurídica:

Se realizó actualización de los formatos para elaboración de estudios previos y actas de supervisión, los cuales están disponibles en la INTRANET institucional.

Sistemas de Información:

Mensualmente se envía desde el proceso de sistemas de información el Informe de Producción de los servicios al equipo directivo y líderes de los procesos asistenciales. Además del envío de la información requerida a los organismos de control.

Sistemas TIC ´S:

Se viene realizando por parte de área de activos fijos la actualización de los inventarios por servicios de la ESE.

El mantenimiento correctivo de los equipos se realiza cuando sucede el evento y el mantenimiento preventivo se realiza cada 4 meses (3 veces al año).

Apoyo logístico e infraestructura:

Se cuenta con un equipo de mantenimiento y coordinador que desarrollan todo el plan de mantenimiento hospitalario. Para los contratos de obra pública que se vienen desarrollando en la entidad se cuenta con un interventor de obra externo, que garantice el desarrollo de esta cumpliendo los requisitos y normatividad aplicable a este tipo de contratos.

Gestión Financiera:

En la entidad se realiza la rendición de contratos con sus respectivos documentos soporte en las plataformas de SECOP y SIA OBSERVA, plataformas pertenecientes a los entes de control externo de Colombia Compra Eficiente y la Contraloría General de Antioquia respectivamente.

Se realiza un documento de cuentas por pagar el cual es revisado y aprobado por el Subgerente Administrativo y la Dirección Financiera de la entidad y se realizan los pagos correspondientes. El punto de control son los comprobantes de egreso generados por Tesorería.

COMPONENTE 2. RACIONALIZACIÓN DE TRAMITES

La entidad cuenta con nueve (9) trámites y servicios inscritos en el Sistema Único de Información de Trámites-SUIT y uno (1) en los Otros Procesos Administrativos-OPA. Se presentan las estadísticas para el trimestre evaluado:

Certificado de Defunción: se expidieron 723 certificados de defunción en el trimestre evaluado.

Mes	# de Certificados
Abril	152
Mayo	157
Junio	169
Julio	147
Agosto	98
Total	723

Radiología e Imágenes Diagnósticas: se realizaron 16.589 ayudas diagnósticas en el trimestre evaluado.

Mes	# de ayudas diagnósticas
Abril	2.932
Mayo	3.311
Junio	3.207
Julio	3.560
Agosto	3.579
Total	16.589

Atención inicial de Urgencias: en el trimestre evaluado se atendieron 715 pacientes clasificados en triaje II.

Mes	# pacientes triaje II
Abril	160
Mayo	141
Junio	134
Julio	139
Agosto	141
Total	715

Certificado de nacido vivo: con respecto al trimestre evaluado se expidieron 9 certificados de nacido vivo.

Mes	# certificado nacido vivo
Abril	2
Mayo	1
Junio	3
Julio	2
Agosto	1
Total	9

Dispensación de medicamentos y dispositivos médicos: con respecto al trimestre evaluado se dispensaron 255.715 medicamentos y dispositivos médicos.

Mes	Dispensación de medicamentos y DM.
Abril	51.690
Mayo	52.170
Junio	49.693
Julio	52.995
Agosto	49.167
Total	255.715

Certificado de Paz y Salvo: con respecto al trimestre evaluado se expedieron 11 certificados de paz y salvo.

Mes	Certificado paz y salvo
Abril	4
Mayo	1
Junio	4
Julio	1
Agosto	1
Total	11

Examen de Laboratorio: en el trimestre evaluado se realizaron 158.783 exámenes de laboratorio.

Mes	# exámenes de laboratorio
Abril	30.977
Mayo	33.860
Junio	32.402
Julio	32.081
Agosto	29.463
Total	158.783

Asignación de citas para la prestación de servicios de salud: se asignaron 885 citas de consulta externa para el trimestre evaluado.

Mes	# citas asignadas
Abril	157
Mayo	174
Junio	197
Julio	205
Agosto	152
Total	885

Historia Clínica: para el trimestre evaluado se solicitaron 263 copias de Historia Clínica.

Mes	# solicitudes de HC
Abril	49
Mayo	53
Junio	54
Julio	48
Agosto	59
Total	263

Terapia: Este servicio no se presta ambulatorio. Por lo tanto, no se cuenta con agendas programadas como tampoco citas asignadas.

COMPONENTE 3. RENDICIÓN DE CUENTAS

Subcomponente 1. Información de calidad y en lenguaje comprensible.

- El 16 de julio de 2021, se realizó la rendición de cuentas del sector salud en el Municipio de Bello, En la cual participó la ESE Hospital Marco Fidel Suarez.

Subcomponente 2. Dialogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones.

- Por medio de las redes sociales se realizó la aplicación de una breve encuesta con el propósito de conocer los temas que la comunidad desea conocer en este encuentro.
- Se realiza socialización en el comité de ética hospitalaria de manera mensual, y con la asociación de usuarios de manera semestral de las PQRS-F que ingresan a la entidad.
- Se han realizado 3 reuniones con la asociación de usuarios de la ESE: junio: presentación del proceso de referencia y contrarreferencia; julio: informe de los representantes de los diferentes espacios de participación, deberes y derechos; agosto: revisión de estatutos.

Subcomponente 3. Incentivos para motivar la cultura de la medición y rendición de cuentas.

- Se realiza de manera trimestral reunión para seguimiento del Plan de Desarrollo Institucional, el cual es insumo para la información consolidada en la Audiencia de Rendición de Cuentas. Además, se socializa en el comité Gerencia de manera mensual.
- Se realiza acompañamiento para la entrega de la información por cada uno de los procesos y no se han presentado sanciones por falta de entrega de la información.

Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional.

- Se realiza la valoración cualitativa, sobre los temas que son de interés para los clientes internos y externos y estos se registran en el acta de la audiencia.
- Se realiza publicación en la página web institucional en el micrositio de rendición de cuentas del acta de audiencia pública.
- Se viene dando cumplimiento al cronograma de comités institucionales en el cual se encuentra el comité de experiencia del usuario. Se realizó reunión mensual con la asociación de usuarios.

COMPONENTE 4. ATENCIÓN AL CIUDADANO

Subcomponente 1. Estructura Administrativa y Direccionamiento Estratégico.

Se cuenta con el seguimiento de 3 indicadores del Plan de Desarrollo así:

Satisfacción del usuario: Encuestas de satisfacción y se analizan los resultados en el comité de experiencia de usuario de manera mensual.

Modelo de Atención Humanizada: Se documentó el modelo de atención humanizada, socializada con el personal asistencial, comité de ética, comité de experiencia del usuario y comité de gerencia. Se realizó cronograma de actividades para el año, el cual se viene desarrollando desde el mes de marzo.

Programa Siempre Contigo: Se realizó documentación del programa, se realizó socialización y se realizó cronograma con actividades mensuales.

Subcomponente 2. Fortalecimiento de los canales de atención.

- Se establece la comunicación con el usuario a través de los diferentes canales habilitados: Línea telefónica 4449000 ext.: 400 y 190; correo electrónico institucional, línea de WhatsApp, buzones de sugerencias, redes sociales.
- La oficina asignada para la atención a los ciudadanos cuenta con las características físicas necesarios para garantizar accesibilidad a los usuarios. (Ubicadas en primer piso, rampa de acceso).
- Se realiza ronda desde el área para establecer dialogo con los pacientes hospitalizados para conocer necesidades en los servicios.
- Se diligencia la base de datos de usuarios atendidos en el servicio.

Subcomponente 3. Talento Humano.

- Mensualmente se sigue capacitando al personal del área en el programa siempre contigo, con temas como: empatía, comunicación asertiva y de malas noticias, escucha activa y atención al usuario.
- La agremiación a la cual están inscritas los funcionarios del área de experiencia del usuario, fueron evaluados el 2 de septiembre socializándose los resultados con los mismos.
- La evaluación del desempeño de los servidores públicos no aplica en este proceso ya que no se cuenta con personal vinculado en el mismo.

Subcomponente 4. Normativo y Procedimental.

- Se cuenta con un proceso documentado y actualizado "Gestión de las PQRS-F" para el manejo de las PQRS-F, en el cual se da a conocer el trámite de la PQR desde que ingresa a la institución, como son tratadas y como se da respuesta final al usuario.
- Se actualizó procedimiento de "Gestión de las PQRS-F" en el mes de septiembre.
- Se tiene una persona encargada de realizar seguimiento a toda la gestión de PQRS.
- Se cuenta desde el mes de enero de 2019 con una política de protección de datos, la cual se encuentra disponible en la intranet y en la página web institucional y se encuentra vigente.
- Se cuenta con un formato para recepción de peticiones verbales revisado y ajustado de acuerdo con las necesidades y está codificado (IU-10.04) por parte del área de calidad. Se encuentra disponible en los buzones de sugerencias distribuidos en toda la entidad, y en la oficina de experiencia del usuario también se cuenta con disponibilidad.

Subcomponente 5. Relacionamiento con el ciudadano.

- Se actualizó el procedimiento "Gestión de la satisfacción del usuario y su familia", se sigue aplicando la encuesta de satisfacción de manera telefónica.
- Al verificar la satisfacción del usuario se realiza planteamiento de acciones de mejora para el personal de los servicios (médicos y enfermeras) a quienes se les solicitó desarrollar actividades que impacten en el trato con el usuario.
- Se realizó envío del seguimiento del primer semestre del Plan de participación social en salud, a la Dirección Seccional de Salud y a la Dirección Local.

COMPONENTE 5. TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

Subcomponente 1. Lineamientos de Transparencia Activa.

- Se encuentra la información actualizada del organigrama y mapa de procesos en la página web institucional www.hmfs.gov.co. De acuerdo con el Plan de Desarrollo 2020-2023 "Unidos por la Eficiencia y la Calidad".
- Se encuentra publicado el portafolio de servicios, organigrama, Plan Operativo Anual en la pestaña Nosotros - Gestión - Plan de Desarrollo.

- Se cuenta con el enlace de acceso directo al SECOP y SIA OBSERVA desde la página web institucional.
- Se cuenta con la pestaña de transparencia en la página web institucional. Se viene realizando revisión de los componentes de gobierno digital para su actualización.

Subcomponente 2. Lineamientos de Transparencia Pasiva.

- En la página web institucional www.hmfs.gov.co, en la pestaña Transparencia - Control Interno - Seguimiento atención al usuario, se cuenta con el seguimiento semestral de las PQRSF, en el cual se incluye el seguimiento a la oportunidad en la respuesta de los derechos de petición que ingresan a la entidad.
- Se cuenta con la pestaña de transparencia en la página web institucional. Se viene realizando revisión de los componentes para su actualización.
- Se actualizó la información estadística de los trámites y servicios de la plataforma SUIT, información de enero -agosto de 2021.
- En la página web institucional www.hmfs.gov.co, en la pestaña Transparencia - Control Interno - Seguimiento atención al usuario, se cuenta con el seguimiento semestral de las PQRSF, Derechos de Petición y acceso a la información registrados en la entidad.

Subcomponente 3. Elaboración de los instrumentos de Gestión de la Información.

- Se avanza en la consolidación de los formatos e información generada por cada uno de los procesos, e inventariado desde el proceso de Gestión Documental.

Subcomponente 4. Criterio diferencial de Accesibilidad.

- Se cuenta con rampas de acceso, ascensores y pasamanos y señalización.
- Se cuenta con la cartilla de derechos y deberes publicada en lengua indígena.

Subcomponente 5. Monitoreo del acceso a la Información Pública.

- En la página web institucional www.hmfs.gov.co, en la pestaña Transparencia - Control Interno - Seguimiento atención al usuario, se cuenta con el seguimiento semestral de las PQRSF, Derechos de Petición y acceso a la información registrados en la entidad.

RESUMEN SEGUIMIENTO.

SEGUNDO SEGUIMIENTO CUATRIMESTRAL 2021 ALCANCE: MAYO – AGOSTO			
COMPONENTE	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES CUMPLIDAS	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
Mapa de Riesgos de Corrupción	9	9	100%
Racionalización de Trámites	10	10	100%
Rendición de cuentas	14	14	100%
Atención al Ciudadano	17	17	100%
Transparencia y Acceso a la Información	17	14	82%
TOTAL	67	64	95%

Cuadro N° 1: Seguimiento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de Mayo-agosto 2021.
Fuente: ESE Hospital Marco fidel Suárez.

OBSERVACIONES:

Para el componente Transparencia y acceso a la información, no se presentaron avances en las siguientes actividades:

- Publicación y actualización de datos abiertos de la ESE en la pestaña Gestión institucional de la página web.
- Divulgar la información en formatos alternativos comprensibles. Es decir, que la forma, tamaño o modo en la que se presenta la información pública, permita su visualización o consulta para los grupos étnicos y culturales de la zona de influencia, y para las personas en situación de discapacidad.
- Adecuar los medios electrónicos para permitir la accesibilidad a población en situación de discapacidad.



Carlos Alberto Zapata Osorio.

Asesor de Control Interno.

ESE Hospital Marco Fidel Suárez.