

Fecha:	Agosto 31 de 2019
Nombre:	Maria Terán – Betty Gonzalez, Andres Doncel, Rafael de la Ossa
Responsable	Líderes de procesos de: Seguridad del paciente, Gestion del Conocimiento, Comunicaciones y Control Interno
OBJETIVO:	Realizar monitoreo a las Políticas Institucionales Estratégicas y Operativas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E a la luz de las auditorías e informes ejecutados por la Oficina de Control Interno de Gestion durante el primer semestre del año 2019.
ALCANCE:	Desde la formulación de las políticas: Seguridad del Paciente, Investigación Científica, Humanización y Comunicaciones; acorde con los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, hasta la eficacia de indicadores que monitorean su implementación.
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Correlación de los lineamientos de MIPG frente a lo definido en el documento de la política. ➤ Seguimiento de la eficacia de los indicadores formulados en las Políticas objeto de monitoreo. ➤ Revisión informes de auditorías realizadas en la vigencia. ➤ Determinación de hallazgos dejados en los procesos de auditoría sobre las políticas que lo regulan. ➤ Revisión Planes de Mejora producto de auditorías vigentes. ➤ Revisión en Sistema utilitario de los avances a los hallazgos formulados. ➤ Análisis sobre la formulación a las acciones correctivas establecidas para el cierre de la brecha evidenciada. ➤ Socialización del informe al Proceso de Desarrollo Institucional y líderes de los procesos y subprocesos involucrados.
NORMATIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resolución 950 del 24 de Julio de 2017, Por la cual se adoptan las Políticas Institucionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. ➤ Acuerdo 002/18 POA Proceso Mejoramiento Institucional. ➤ Mapa de Riesgos Proceso Mejoramiento Institucional. ➤ Resolución 2082 de 2014 (Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud) ➤ Ley 87/93, que establece normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado. ➤ Decreto 1499 de 2017: Modelo Integrado de Planeación y Gestión



INFORME DE MONITOREO A LAS POLITICAS INSTITUCIONALES ESTRATEGICAS Y OPERATIVAS

La Oficina de Control Interno durante el año 2019 ha realizado auditorias e informes a procesos y subprocesos; dentro de los criterios evaluados se encuentran los siguientes:

1. Política del proceso o subproceso evaluado.
2. Indicadores del POA.
3. Mapa de Riesgos.
4. Planes de Mejoramiento.
5. Código de Integridad.

Para el presente informe se monitorearon las políticas de Seguridad del Paciente, Investigación Científica, Humanización y Comunicaciones a partir de las auditorias realizadas, los informes presentados, la verificación de planes de mejora e información solicitada a los procesos involucrados.

1. POLITICA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Entre los meses de marzo y abril de 2019 el subproceso Gestion Clínica Excelente y Segura – Programa Seguridad del Paciente fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno cuyo alcance fue: "...desde los lineamientos normativos, revisión del enfoque publicado en la intranet, implementación de la Política vigencia 2018, hasta el cierre de los ciclos de mejora formulados, enmarcados en las líneas de intervención, buenas prácticas y sistema de gestión de las fallas en la prestación de los servicios misionales...". Dentro de los soportes aportados para la auditoria se contó con el documento: **Seguimiento al plan de acción 2018 del comité de Seguridad del Paciente** el cual tuvo un cumplimiento del 74%. El subproceso no aportó en el momento de la auditoria evidencia suficiente que permitiera dar cuenta al seguimiento de los indicadores plasmados en la Política.

Política de Seguridad del Paciente – hallazgos auditoria realizada por oficina Control Interno

PROCESO RESPONSABLE	INDICADOR	RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL – Equipo de seguridad del Paciente	Trazabilidad de la notificación	Incumplimiento a la gestión de eventos adversos, teniendo en cuenta que el número de eventos gestionados mes, no es proporcional al número de eventos reportados por periodo	Como acción correctiva el proceso determina la capacitación a los líderes de procesos en lineamientos del Programa de Seguridad del Paciente, a fin de tener apoyo en estos para la gestión de los eventos adversos.
	Cobertura de Capacitación en Programa de Seguridad del Paciente	Incumplimiento del indicador: Numero de servidores públicos asistenciales capacitados/ Total de servidores públicos asistenciales	Acción correctiva: Creación de un Curso virtual de seguridad del paciente con 52 Horas (4 Módulos), Montaje en plataforma MAO, para Habilitación del curso, con medición de la adherencia y acciones correctivas
	Trazabilidad Infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS)	Incumplimiento a la meta propuesta sobre la disminución de la IAAS en un 2%, vigencia actual, frente a la vigencia inmediatamente anterior.	Acción correctiva: Seguimiento al cumplimiento de la meta de indicadores y evaluación periódica de los indicadores.

	Gestion del Evento Adverso	Incumplimiento sobre la meta propuesta por el programa de Seguridad del Paciente: <i>Gestión del 60% de la notificación clasificada con evento adverso.</i>	Acción correctiva: El proceso determina la capacitación a los líderes de procesos en lineamientos del programa de seguridad del paciente, a fin de tener apoyo en estos para la gestión de los eventos adversos.
--	----------------------------	---	--

Derivado de esta auditoria se generó un Plan de Mejora cuyo seguimiento a julio 30 de 2019 mostró acciones vencidas. Para la realización de este informe se revisa nuevamente en el aplicativo Utilitario el cumplimiento a las oportunidades de mejora (ID Oportunidad: 5221, 5222, 5120, 5218, 349), con corte a agosto 31 de 2019 muestra avances en el mismo, se evidencia la implementación de actividades enfocadas a fortalecer las diferentes líneas del programa dentro de los colaboradores de la Subred con estrategias como Desafío de la Calidad, el desarrollo del curso de Seguridad del Paciente Subred Sur en la plataforma de aprendizaje institucional MAO, así mismo se aporta consolidado del seguimiento a los indicadores de la Política de Seguridad del Paciente 2018. Para el mes de noviembre 2019 se realizará nuevo seguimiento a la Política, al plan de mejoramiento con la oficina de control interno, y seguimiento a los indicadores.

2. POLITICA INVESTIGACION CIENTIFICA

El subproceso Docencia y Servicio fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno de la entidad, durante los meses de Junio y Julio de 2019. Durante la evaluación realizada al subproceso, se hizo seguimiento y medición de los indicadores definidos en la Política de Investigación Científica encontrando los siguientes resultados:

Política de Investigación Científica – hallazgos auditoria realizada por oficina Control Interno

PROCESO RESPONSABLE	INDICADOR	RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
GESTION DEL CONOCIMIENTO	Implementar por lo menos dos líneas de Investigación	El proceso tiene en curso la línea de investigación, según cronograma de trabajo se encuentran en la fase de recopilación de datos y construcción del documento final para presentar resultados al Comité de ética de investigación, para los meses de Julio, Agosto y septiembre, con proyección de publicación para los meses de: Octubre, Noviembre y diciembre	Observación: No aplica para la fecha de corte del seguimiento. Según programación esta actividad se efectúa el último trimestre del año.

	Estrategia de accesibilidad al conocimiento	Se aporta cronograma de actividades las cuales se encuentran pendientes de ejecución.	El proceso plantea para el hallazgo un cronograma de actividades con el que busca dar cumplimiento a la recopilación de la información, documentación y construcción del documento " <i>Transferencia del conocimiento</i> ", con la socialización y medición de la adherencia.
	Caracterización de prácticas de gestión del conocimiento.	Documento: Caracterización prácticas Gestion del conocimiento GC-PR-10-V1 desactualizado.	Como acción correctiva el proceso determina: Revisión y actualización del procedimiento de prácticas de gestión del conocimiento, socialización y seguimiento a la adherencia.

Respecto al indicador ***Líneas Investigación Implementadas***, la oficina de control interno evidenció durante la ejecución de la auditoría y de acuerdo a la información aportada por el subproceso auditado que se encuentra en ejecución el cronograma para implementar una línea de investigación. Sin hallazgos.

En cuanto al indicador: ***Estrategias de Accesibilidad al Conocimiento***, derivado del proceso de auditoría realizado por la oficina, el subproceso proyectó en su Plan de Mejora actualizar el cronograma y dar cumplimiento a las actividades planteadas. ID Oportunidad: 5301

Para el seguimiento al indicador ***Caracterización de Prácticas de Gestión de Conocimiento***, el proceso auditado respecto al documento **GC-PR-10-V1** manifiesta que se encuentra desactualizado por lo tanto para levantar el hallazgo en el plan de mejora se propone como acción correctiva la revisión, actualización, socialización del documento Prácticas de gestión del conocimiento. ID: Oportunidad 5298

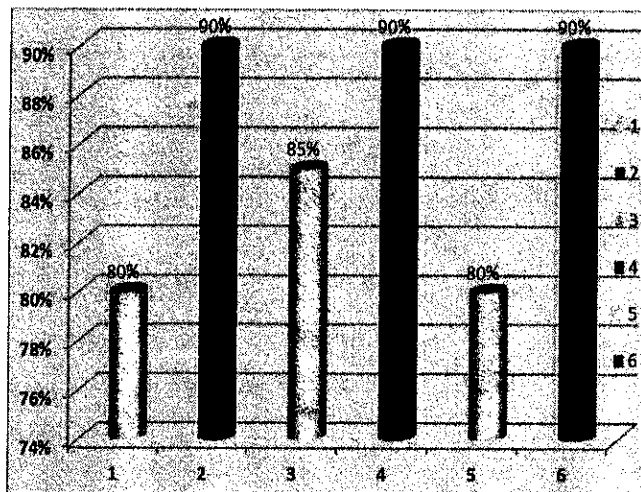
3. POLITICA COMUNICACIONES

El proceso de Comunicaciones de la Subred Sur fue objeto de auditoría por parte de la Oficina de Control interno de la entidad, durante los meses de mayo a julio de 2019. Durante la evaluación realizada al proceso, se hizo seguimiento y medición de indicadores a la Política de Comunicaciones, arrojando los siguientes resultados:

Política de Comunicaciones – hallazgos auditoria realizada por oficina Control Interno

RESPONSABLE	INDICADOR	RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	OBSERVACION
COMUNICACIONES	Porcentaje de estrategias establecidas área de participación ciudadana y servicio al ciudadano, apoyadas por el proceso de comunicaciones.	El proceso define seis (6) estrategias a desarrollar cumpliendo con la totalidad de las mismas, con corte a la fecha de seguimiento.	La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso.
	Porcentaje de campañas y jornadas con comunidad, apoyadas por comunicaciones.	El proceso define apoyar el 100% de las campañas y jornadas para informar a la comunidad acerca de temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A la fecha de corte de seguimiento informa un total de 81 actividades	La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso
	Cobertura de procesos socializados del plan de comunicaciones de la Subred.	El Plan de Comunicaciones de la subred se socializó a la totalidad de los 17 procesos	La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso
	Porcentaje de ejecución de capacitaciones en lo respectivo a competencias comunicativas.	A la fecha de corte del seguimiento, se realizan 50 capacitaciones relacionadas con competencias comunicativas, de 48 programadas	La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso. Evaluar la capacidad del respuesta del proceso, frente a la meta propuesta, en el entendido de que hay sobre-ejecución de la actividad
	Porcentaje de publicaciones por medios masivos.	A la fecha de corte del seguimiento, se realizan 127 Publicaciones por medios masivo, de 12 programadas	La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso. Evaluar la capacidad del respuesta del proceso, frente a la meta propuesta, en el entendido de que hay sobre-ejecución de la actividad
	Porcentaje de información difundida a través de herramientas de comunicación establecidas con cliente interno y externo.	La Información difundida a través de Herramientas de Comunicación establecidas con cliente interno y externos, obedece a un total de 81 actividades propuestas y ejecutadas, con corte a la fecha de seguimiento	La ejecución de la meta establecida es anual, implicando continuidad en su ejecución para el proceso

N°	INDICADORES	% AVANCE
1	Porcentaje de estrategias establecidas área de participación ciudadana y servicio al ciudadano, apoyadas por el proceso de comunicaciones.	80%
2	Porcentaje de campañas y jornadas con comunidad, apoyadas por comunicaciones.	90%
3	Cobertura de procesos socializados del plan de comunicaciones de la Subred.	85%
4	Porcentaje de ejecución de capacitaciones en lo respectivo a competencias comunicativas.	90%
5	Porcentaje de publicaciones por medios masivos	80%
6	Porcentaje de información difundida a través de herramientas de comunicación establecidas con cliente interno y externo.	90%



Fuente: información apoñada por el proceso

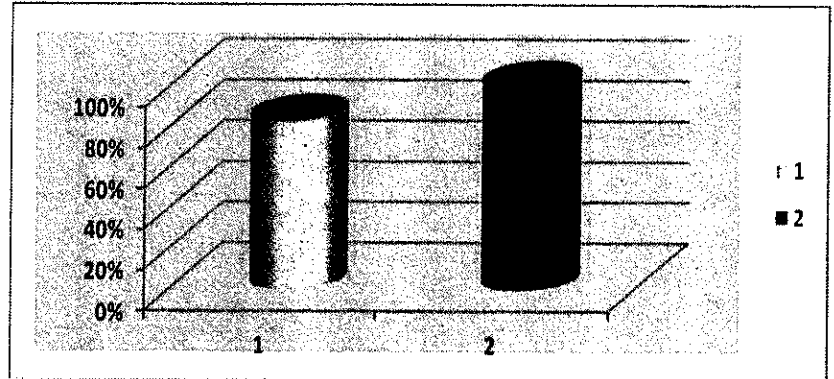
4. POLITICA DE HUMANIZACION

Durante los meses de abril y mayo de 2019, la Oficina de Control Interno de la Subred Sur realizó seguimiento a la Política de Humanización de la entidad evaluando los indicadores que allí se plantean y su grado de cumplimiento durante la vigencia 2018. De acuerdo con los soportes otorgados por el Subproceso Humanización, los resultados obtenidos por la Oficina de Control Interno fueron los siguientes:

Política de Humanización – hallazgos auditoría realizada por oficina Control Interno

RESPONSABLE	INDICADOR	RESULTADO DEL SEGUIMIENTO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Humanización	Cumplimiento del 90% de las estrategias establecidas en el Programa de Humanización que puedan afectar favorablemente la cultura organizacional.	Incumplimiento en la meta propuesta en la Política de Humanización, evidenciando un 82,6% de cumplimiento de la vigencia 2018. Se tiene un cumplimiento de menos del 70% en 7 del total de las estrategias planteadas por el Subproceso	1. Reforzar temas de Humanización al personal asistencial y/o que tenga contacto directo con usuarios, ya sea antiguo o nuevo, en el que se divulgue la política, el programa y los protocolos correspondientes al Subproceso Humanización. 2. Se sugiere fortalecer el equipo de trabajo, por cuanto las campañas lo requieren.
	90% de cumplimiento de estrategias planteadas programadas	Cumplimiento del 105,2% de la meta propuesta	No aplica

N°	INDICADORES	% AVANCE
1	Cumplimiento del 90% de las estrategias establecidas en el Programa de Humanización que puedan afectar favorablemente la cultura organizacional	83%
2	90% de cumplimiento de estrategias planteadas programadas	100%



Fuente: información aportada por el proceso

Si bien el Subproceso logra cumplir la meta del indicador dos (02) al implementar más del 90% a las estrategias planteadas para la vigencia 2018, no logra cumplir con todas las actividades que se establecieron para cada una de ellas; generando incumplimiento de la meta del indicador uno (01). La eficacia de las actividades en 7 de las estrategias se ha visto afectada negativamente al no cumplir con los objetivos propuestos en la Política de Humanización.

Firma:	Firma:
AUDITORES ASISTENCIALES	JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO
Nombre: María Terán Betty González Andrés Doncel Rafael de la Ossa	Gloria Esperanza Acevedo