

Arauca, 31 de Julio de 2014

Doctor:

IVÁN DARÍO SANTAELLA BEDOYA

Director

Hospital San Vicente de Arauca

Asunto: Resultados Evaluación Planes Operativos Anuales de Acción por Proceso del
Primer Trimestre del año 2014

Respetado Doctor,

De acuerdo a la programación definida para el seguimiento del primer trimestre de 2014, a los Planes Operativos Anuales por procesos establecidos para la vigencia 2014, que se encuentran avalados mediante resolución de seguimiento 2.0476 del 09 de Octubre de 2013 y cuyo objetivo principal es conocer la medición y clasificación de los compromisos laborales de todos los procesos de la institución mediante el ajuste a cinco perspectivas estratégicas establecidas en el Plan de Desarrollo del hospital.

Durante esta evaluación se revisaron los compromisos preestablecidos de 40 procesos de un total 43 procesos habilitados para realizar la auditoria, por lo tanto Tres (03) procesos no fue posible haber realizado seguimiento pese a las múltiples ocasiones que se acudió a realizarla.

El Proceso definido como Auditoria Medica, liderado por la Jefe Luz Dary Rojas, es uno de los procesos al cual no se le pudo realizar la auditoria, debido a que ha sido imposible establecer los compromisos que deben ser medidos. Se han realizado varias reuniones con la líder de proceso y en compañía de Control Interno y la subdirectora Administrativa, donde se han establecido varios compromisos, pero los cuales nunca han llegado a ser aceptados por la líder de proceso.

Los procesos de Epidemiologia y IAMI liderados por la Jefe Marta Patricia Bolaños y por la Dra. Narda Avilia, no fue posible realizar las respectivas auditorias programadas, tras varias notificaciones escritas y verbales siempre aplazaron la auditoria, por lo tanto según lo establecido en la resolución 2.0476 de 2013 estos procesos tendrán una calificación de seguimiento de cero por ciento (0%), tal como lo fija el procedimiento.

Acorde a lo mencionado anteriormente se prosigue a evidencia los resultados generales de las auditorias del primer trimestre:

ANALISIS INSITUCIONAL POR PERSPECTIVAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO

PERSPECTIVA PACIENTE/USUARIO O CLIENTE

Para el primer trimestre de la vigencia 2014, en la perspectiva de Paciente/ Usuario o Cliente para los procesos asistenciales de la institución, una de las principales acciones de seguimiento fue Elaborar, ajustar y aprobar los Procedimientos Prioritarios que se encuentren desactualizados o se deban elaborar para cada servicio habilitado según los requerimientos de R. 1441 2013 y en concordancia con los diagnósticos de egresos más frecuentes

- De acuerdo con lo determinado en el plan de trabajo de actualización de los procedimientos más frecuentes a nivel transversal en el hospital, se definieron 44 protocolos con la mayor prioridad de actualización, de los cuales a la fecha de la revisión se pudo constatar la aprobación y certificación de Mejoramiento continuo de 17 protocolos, entre los que se encuentran procedimientos de entrega y recibo de turno de personal profesional de enfermería, entrega de turno personal auxiliar de enfermería, protocolos de código azul y guías de reanimación cerebro cardio vascular, lavado de manos, control de líquidos, remisión de pacientes, manejo de heridas de recién nacido, ingreso a UCI Neonatal, toma de pulsometria neonatal etc., adicionalmente el proceso de Imagenología a realizado un importante avance en la actualización de guías y manuales completando 6 documentación actualizadas, entre las cuales se encuentran manuales de radio protección, consentimientos informados, protocolos para realizar exámenes de rayos x desde el ingreso hasta el egreso del servicio. También en el proceso de ginecobstetricia se evidencia un trabajo dedicado a la elaboración de guías como mortalidad extrema, código rojo, trabajo de parto, infección vías urinarias, preclamsia. En los procedimientos de Enfermería: código rojo, trabajo de parto, adaptación neonatal, traslado de recién nacido a UCI neonatal y entrega del recién nacido a la madre

El resto de documentación se encuentra en fase de desarrollo, revisión y ajustes y correcciones post revisión, donde se observa que se devolvieron ocho (8) procedimientos a los líderes o responsables de elaboración para ser ajustados a los requerimientos institucionales o normativos y de manera adicional ya se encuentran asignados veinticuatro (24) protocolos y guías se están trabajando con los líderes de proceso.

- En este mismo objetivo estratégico se incluyen acciones de seguimiento para verificar el cumplimiento del comité de infecciones a nivel asistencial, donde se verifica el cumplimiento a los protocolos y manuales establecidos para evitar que se presenten las infecciones intrahospitalarias, se evidencia falencias repetitivas en cuanto al recambio y la rotulación de equipos de infusión en el servicio de internación hospitalaria específicamente los servicios de hospitalización adultos, por otro lado se denota el mejoramiento en el uso del formato de venopuncion para todos los pacientes que ingresan por urgencias

Se verifico el estado de seguimiento al diligenciamiento del registro y semaforización de insumos y medicamento de los carros de paro ubicados en los servicios asistenciales, evidenciándose que

se realiza de manera oportuna y efectiva como está estipulado en el procedimiento, actualmente se están modificando las listas de chequeo para incluirse las acciones de seguimiento al código rojo tal como lo estipula la resolución 1441 de 2013.

- Adicionalmente se verifico el porcentaje de cancelación de cirugías programadas desde el proceso de consulta externa, **Enero:** Se obtuvo 0,8 % de 240 procedimientos programados. Se cancelaron 1 paciente por falta biometría y ecografía ordenadas mes anterior, 1 por hta y taquicardia. 21 pacientes no se presentaron **Febrero:** se obtuvo 3,1 % de 287 procedimientos programados. Se cancelaron un (1) paciente por falta de sutura, uno (1) porque comió en hospitalización, un (1) no pudo esperar por calamidad familiar, uno por gripa, un (1) por no tener existencia en farmacia una aguja trucut que era requerida para realizar un procedimiento en cirugía y otro por no contar con cupo en pediatría. Se debe tener en cuenta que 25 pacientes no se presentaron. **Marzo:** se obtuvo 6,2% de 307 procedimientos programados. Se cancelaron un (1) paciente por falta de sutura, un (1) por transfusión, un (1) por diarrea dos (2) por conjuntivitis, ocho (8) por falta de trocates laparoscopia, tres (3) por daño del intensificador, uno (1) por hta, uno (1) por falta de tiempo de gestación y uno (1) por falta de prequirurgicos. Se debe tener en cuenta que 25 pacientes no se presentaron.
- Se realizo seguimiento a la demanda insatisfecha de citas medicas con especialistas, encontrándose que solo se tenía información y estadística del mes de febrero, evidenciada de la siguiente manera Medicina Interna 168, Oftalmología 124, Ortopedia 97, Neurología 90, Urología 85, Otorrino 67, Dermatología 78, Ginecología 48. Por otra parte también se realizo seguimiento a la inasistencias de citas medicas se presenta en la especialidad de medicina interna con 230 inasistencias, Ginecología presenta 303 inasistencias de de 1500 citas asignadas, por lo que se genero un reporte a los responsables para tomar acciones de mejora y darle prioridad en asignación de citas a las personas que no reinciden en el incumplimiento de las citas medicas asignadas.
- Para el primer trimestre en el proceso de urgencias se observa que se siguen presentando demoras en la valoración de los pacientes que se encuentran en observación, los especialistas siguen presentando demoras o incumplimientos a los cuadros de turnos asignados, lo que retrasa la valoración de los pacientes, el líder de proceso realizo la notificación a la subdirección científica de la continua insistencia o llegadas tarde de los especialistas.
- En el objetivo estratégico de fidelización del usuario se mide promedio de la pertinencia en las respuestas de las Peticiones, Quejas y reclamos tienen el siguiente comportamiento Enero: 18 quejas. Febrero 11 quejas. Marzo: 11 quejas, el promedio de días de respuesta a las quejas fue de Enero: 5 días. Febrero: 9 días. Marzo: 5 días, el proceso que tuvo un mayor número de notificaciones fue el Urgencias con 6 quejas notificadas, el proceso de Recursos Físicos y mantenimiento con 5 quejas, y el proceso de ambiental y sanitaria con un reporte de 5 quejas durante el trimestre

Durante el primer trimestre no se realizaron las encuestas institucionales para medir el porcentaje de satisfacción de los usuarios frente al servicio prestado por el hospital San Vicente, este proceso se reinicio desde el mes de mayo.

PERSPECTIVA APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO

Dentro el objetivo estratégico de aprendizaje y crecimiento se busca medir el avance y fortalecimiento de los sistemas de gestión aplicados en la institución, se hizo énfasis en medir la verificación del cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de los Servicios No Conformes que afectan directamente a nuestros usuarios o pacientes y las no conformidades que afectan directamente a los procesos, y que en resumidas cuentas se traduce como el incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión, se evidencia el siguiente reporte de Productos No conformes (PNC) notificados en la entidad: **Quirófanos:** 2 PNC, **Maternidad:** 4 PNC, se evidencio que en estos procesos se tomaron acciones correctivas oportunas para corregir la inconformidad, **Urgencias:** 3 PNC, se evidencia que ha tratado de corregir las inconformidades mediante acciones que pongan en conocimiento a la mayor parte de personas que integran el proceso para evitar que se reincida en la falla, **Traslado Asistencial:** 1 PNC, se evidencio notificación informando la carencia de un monitor requerido para el traslado de un paciente pero aun no se cierra la inconformidad **Enfermería:** 3 PNC, se evidencia que el líder de programa de enfermería realizo las notificaciones y seguimiento de los PNC notificados directamente al personal de enfermería, **Hospitalización:** 1 PNC, durante la auditoria el proceso comento que no se había notificado PNC o NC sin embargo mediante el proceso de calidad se pudo evidencia que hubo un reporte de PNC el cual no ha tenido solución ni se han implementado acciones correctivas que den solución a la irregularidad, **Mantenimiento Biomédico:** 2 PNC, los cuales se le dieron la atención para la solución de la irregularidad, **Recursos físicos:** 4 PNC, se evidencia que se están presentado varios retrasos en la solución de notificaciones de No Conformidades y Productos no conformes y se evidencia que aun no se ha atendido una irregularidad, **Farmacia:** 1 PNC, durante la auditoria el líder argumento que no hubo notificaciones durante el periodo, pero se pudo ratificar que existe una no conformidad abierta, notificada desde el proceso de hospitalización, **Facturación:** 1 PNC, se evidencio que se cerró la acción correctiva notificada desde del proceso de historia clínica, pero se evidencia que la acción correctiva se dio cuatro meses después de ser notificada, **Laboratorio:** 1 PNC, se notifico una no conformidad desde el proceso de facturación por una falla en un resultado de hematología por el sistema geslab, se evidencia que se realizo la acción correctiva .

Adicionalmente verificando las no conformidades de los procesos de apoyo y estratégico se evidencio que se radicaron 4 no conformidades de la cuales se han cerrado 20 y quedan abiertas 4.

Por otra parte se evidencio el avance en la actualización de documentación del listado maestro de documentos de los procesos de la institución, modificándose en enero 9 documentos, febrero 11 documentos y marzo 29 documentos respectivamente.

PERSPECTIVA TALENTO HUMANO

De acuerdo al objetivo estratégico y perspectiva del talento humano en la institución, se busca medir el porcentaje de estrategias de intervención enfocadas a fortalecer el conocimiento, asesoría y capacitación de los servidores públicos y colaboradores la ESE, de acuerdo al programa de capacitaciones establecidas por el programa de enfermería y talento humano, abordando temas como *Aislamiento hospitalario, medición de la PIA, procedimiento de administración de medicamentos, Guías de manejo de pacientes con IRA, política de seguridad del paciente, manual de fármaco vigilancia, base teórica transfusional, uso adecuado de psicofármacos, Evaluaciones de POES, componentes MECI-Calidad, I Simposio Regional Neuroemergencias*, midiendo el porcentaje de adherencia del personal de los proceso a las jornadas de capacitación programadas obteniendo los siguientes resultados: **UCI Neonatal:** 65% de adherencia, **Quirófanos:** 100% adherencia , **laboratorio:** 85% de adherencia, **Consulta Externa:** 21% de adherencia, **uci adultos:** 50%, **Maternidad:** 100%, **Urgencias:** 65%, **Uci intermedios:** 80%, **Traslado asistencial:** 81%, **Gestion Internación hospitalaria:** 48%

Por el lado de proceso de inducción al personal que recién ingresa a la institución se evidencia que se ha realizado para 46 nuevos colaboradores, adicionalmente se observa que se realizo la evaluación de desempeño al personal de planta evidenciándose que se evaluaron 97 personas, 74 asistenciales y 13 administrativos dando un resultado destacado en la calificación.

Adicionalmente se observo la estadística de ausentismo laboral y se evidencio que se debe tener especial atención al número de incapacidades presentadas, de acuerdo al reporte de salud ocupacional el nivel de ausentismo ha subido representativamente lo cual puede afectar el normal funcionamiento de la institución.

Por último el procedimiento de elaboración de nomina mensualmente, se siguen presentando los mismos inconvenientes en el retraso de liquidación y presentación, pese el seguimiento radicado por subdirección administrativa.

PERSPECTIVA FINANCIERA Y GERENCIAL

De acuerdo a la aplicación de esta perspectiva, que abarca a la totalidad de los procesos financieros y gerenciales de la institución, se puede iniciar analizando el porcentaje de legalización de cuentas abiertas durante el periodo, del total de cuentas sin legalizar (99), se ha realizado legalización del 22,2% (22 cuentas tramitadas), se debe tener especial cuidado ya que el promedio de legalización se encuentra muy bajo.

Por otra parte se analizo el tiempo oportuno de la radicación de la Facturación como fue establecido en el procedimiento, para lo cual se encontró que el monto de cuentas sin radicar en el periodo fue de **Enero:** \$64.197.852 = 2.45% de lo facturado. **Febrero:** Monto: \$1.277.360=

0,44% de lo facturado **Marzo:** \$2.036.811 = 0,059% de lo facturado, Se evidencia que el monto de Facturación sin radicar disminuyó de manera significativa para el mes de febrero y marzo, pero se debe tener en cuenta que las objeciones y devoluciones de la facturación radicada también han ido aumentando, por lo que se debe establecer otro control dirigido por otro proceso o del Líder financiero para que realice una mejor revisión, con el objeto de que se disminuya la cantidad de objeciones. De manera complementaria se observó que durante el primer trimestre se presentó un retraso en la notificación de las cuentas de cobro, la facturación del mes de marzo tuvo una demora de 13 días en ser entregada.

Por otra parte el porcentaje de recaudo de cartera corriente que es el valor de Facturación Radicada menos (-) Valor Facturado en conciliación se observa que la Facturación Radicada del Trimestre es **\$9,150,703,835** y el valor facturado en conciliación es **\$1,161,256,740** por lo que el valor de la cartera Corriente es \$7,989,447,095, el recaudo del primer trimestre se dio de la siguiente manera: **Enero:** \$2,330,344,522,73 **Febrero:** \$1,413,056,909,94 **Marzo:** \$2,556,076,387,01 para un recaudo consolidado de **\$6,299,477,819**, por lo que por medición de recaudo se encontró en un **78%**, dentro de este recaudo no se puede diferenciar el origen si es de vigencias anteriores y vigencia presente.

Además se puede evidenciar que están existiendo retrasos prolongados en la revisión y conciliación de saldos entre las áreas financieras de cartera, facturación y contabilidad, debido que a la fecha de la auditoría en el mes de mayo y junio se evidenció que solamente se había conciliado entre las partes el mes de enero y febrero se había conciliado hasta el 10 de abril, y el mes de marzo no se había conciliado. La conciliación entre facturación y cartera presenta igualmente retrasos prolongados realizados de la siguiente manera **Enero:** el 2 de mayo. **Febrero:** el 15 de mayo. **Marzo:** 20 de mayo.

Es importante resaltar que no se ha obtenido datos de conciliación y objeciones de glosas, por parte del proceso de Auditoría Médica, debido a que el proceso no ha aceptado las acciones de seguimiento, lo que afecta negativamente el seguimiento del Plan Operativo de Acción Institucional que se ve reflejado ante las instancias de control, y afecta negativamente los resultados de la gestión gerencial debido a que no se ve reflejado los avances en esta área.

Como última anotación el proceso de cobro coactivo, evidencia 3 procesos judiciales de cobro coactivo, 21 procesos con cobro persuasivo notificado, 14 procesos con iniciación de cobro persuasivos programados, 2 procesos los cuales se ordena levantar las medidas cautelares, 4 con medidas cautelares, uno con acuerdo de pago y tres se encuentran en proceso de liquidación.

PERSPECTIVA GERENCIA DE LA INFORMACION

La primera acción que se revisa en esta perspectiva es el diligenciamiento del tablero de indicadores establecido para cada proceso, para los procesos asistenciales aplica los indicadores

que se deben notificar obligatoriamente a los entes de control, pero en los cuales sigue persistiendo el problema de obtener los datos e información para su presentación, los datos que están siendo notificados por los procesos asistenciales sigue siendo diferente a los que se obtienen del sistema, adicionalmente es muy dispendioso obtener la información del Sistema de Dinamica.net, debido a la liberación de las plantillas de los indicadores, presentándose problemas especialmente con los indicadores de oportunidad de citas, oportunidad de Triage, oportunidad de Cirugías de urgencia y programadas.

Por su parte los indicadores de los procesos administrativos se evidencia que los indicadores de gestión que se encuentran ajustados a estos procesos no están midiendo la gestión real que se realiza, los indicadores no cuentan con una parametrización bien elaborada y no son adecuados para obtener datos estadísticos que permitan tomar decisiones correctivas en los procedimientos que se realizan en los procesos. Por lo tanto es aconsejable 1. Implementar un procedimiento institucional como instructivo para la elaboración de indicadores de gestión. 2. Programar una jornada de asistencias a los líderes de procesos para comenzar en lo que resta del año la actualización de cada uno de los tableros de indicadores

Se observa que los procesos de Compras, jurídica, biomédica, sistemas, cartera, contabilidad y financiera no volvieron a diligenciar los indicadores de gestión a su cargo.

De manera aparte también se hace énfasis en observar el estado en que se encuentran la organización documental y archivísticas en la institución, por lo que se trata de corroborar que dicha organización se lleve de manera adecuada en todos los procesos y oficinas de la institución, verificando que toda la documentación que se origina y la que es recibida sea clasificada y organizada de manera inmediata según la tabla de clasificación documental del proceso.

Por lo que se ha podido evidenciar mediante las auditorias, es que ha habido un avance considerable en varios procesos y oficinas en llevar organizada al día la documentación de sus procesos y procedimientos, aunque el mayor problema presentado es la falta de espacio e infraestructura necesaria para que dicha información se organice adecuadamente, razón por la cual es que se presenta los principales problemas de organización, existe varios procesos que aun llevan su documentación en carpetas AZ por lo que se les ha insistido y hecho la exigencia de realizar el traspaso documental a cajas de de archivo, foliada y organizada tal como sus Tablas de retención lo indican. Durante las auditorias se hicieron varias recomendaciones a varios hallazgos encontrados en diferentes procesos, que no estaban aplicando las TRD como las tenían predeterminadas, y se les hizo la observaciones para que no siguieran llevando su documentación como ellos lo determinaran, las mayores dificultades de organización documental se están presentando en Recursos físicos y facturación, este ultimo se observa que tiene una gran cantidad de documentación en el pasillo de la entrada a la oficina, se observa que hace falta mucha documentación por depurar y su organización no se está ajustada a la clasificación documental del

proceso, además se observa que el líder de proceso no cuenta con la suficiente ayuda del personal que hace parte del proceso.

RESULTADOS EVALUACION CLASIFICADOS POR RANGOS O SEMAFORIZACION DE LOS POAS

De acuerdo a lo anterior el proceso de planeación procedió a realizar la evaluación a 42 procesos de la institución, que de acuerdo a la semaforización de los resultados obtenidos se evidencia la siguiente calificación:

RANGO "SATISFACTORIO"

En un rango de calificación satisfactoria con un puntaje de 80% a 100%, se encuentran TREINTAICINCO (35) procesos de la institución, de los cuales 14 son procesos Asistenciales y 21 son procesos administrativos y estratégicos, de los cuales la mayor calificación del cumplimiento de compromisos establecidos las tienen los procesos de Quirófanos, Control Interno, Banco de Sangre y Comunicaciones, los cuales se evidencia que tienen la mayor eficiencia a nivel institucional, pues son procesos los cuales cumplen con la mayor cantidad de objetivos, acciones y compromisos establecidos.

RANGO "ADECUADO"

Se observan que en CINCO (5) procesos, el cumplimiento de las acciones establecidas fue de manera aceptable obteniendo una calificación promedio de 76%.

RANGO "DEFICIENTE"

Se evidencia que dentro este rango se encontraron tres procesos, IAMI y Epidemiología tienen una calificación de 0% por no haber presentado la auditoria tras varias notificaciones tal como se informa en el inicio de este documento, y el proceso de Auditoria medica como no ha estado de acuerdo en el documento de seguimiento que le fue estructurado no se le realizo la auditoria, por tal razón tal y como lo establece la resolución 2.0476 de 2013 su calificación será deficiente de 0%.

De acuerdo la anterior la calificación global de la entidad y la dada por cumplimiento de perspectivas es la siguiente:

PERSPECTIVAS ESTRATEGICAS	PUNTAJE POR PERSPECTIVA	INTERPRETACION	PUNTAJE CONSOLIDADO TERCER TRIMESTRE
PACIENTE / USUARIO / CLIENTE	86,4%	SATISFACTORIO	83,4%
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	84,7%	SATISFACTORIO	
TALENTO HUMANO	79,1%	ADECUADO	
FINANCIERA Y GERENCIAL	78,9%	ADECUADO	
GERENCIA DE LA INFORMACION	85,9%	SATISFACTORIO	
			SATISFACTORIO

Como conclusión la calificación del Plan Operativo Anual de los procesos de la Institución es de 83.4% encontrándose en un rango **SATISFACTORIO**, teniendo en cuenta que las acciones más cruciales de cumplimiento de todos los procesos se encuentran a partir del segundo trimestre se puede deducir que el cumplimiento fue aceptable, adicionalmente se recalca que la calificación institucional bajo drásticamente debido a que tres procesos no quisieron presentar la evaluación.

Este informe se presenta teniendo en cuenta la cantidad de dificultades presentadas para poder reunirse con los responsables de proceso y múltiples excusas presentadas por los responsables de proceso, lo que retrasa la consolidación y presentación de este informe.

Atentamente,

RICARDO ALEJANDRO MASMELA

Profesional Universitario de Planeación.

Anexo: 2 folios, Resultados Evaluación POA IV Trimestre

Unidad de Cd, Registro de Matriz de Semaforización POA I Trimestre por procesos de toda la Institución, Lista de chequeo de resultados de Evaluación de los POAS a nivel institucional del I Trimestre Vigencia 2014.

C.C.: Norma Nataly Rodríguez Asesora de Control Interno

Proyecto y Reviso: Ricardo M.