EVALUACION ACTUAL DEL DESEMPEÑO DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ E.S.E DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE – VALLE DEL CAUCA EN EL AÑO 2019 A PARTIR DEL ANALISIS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

CRUZ PIEDAD DUQUE AVELLANEDA
LUZ ADRIANA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
ÁNGELA VIVIANA VALDERRAMA SARRIA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
2019

EVALUACION ACTUAL DEL DESEMPEÑO DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ E.S.E DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE – VALLE DEL CAUCA EN EL AÑO 2019 A PARTIR DEL ANALISIS DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

CRUZ PIEDAD DUQUE AVELLANEDA
LUZ ADRIANA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ
ÁNGELA VIVIANA VALDERRAMA SARRIA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

DIRECTOR

RICHARD NELSON ROMÁN MARÍN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
SANTIAGO DE CALI
2019

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN……... 7
INTRODUCCIÓN…… 9
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA…… 10
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 13
2 JUSTIFICACIÓN……14
3 OBJETIVOS…… 15
3.1 OBJETIVO GENERAL 15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 15
4 MARCO REFERENCIAL……...16
4.1 MARCO CONCEPTUAL 16
4.1.1 Administración estratégica..... 16
4.1.2 Gestión integral del riesgo en salud 16
4.1.3 La calidad en los servicios de salud 17
4.1.4 Sistema de Control Interno 17
4.2 ANTECEDENTES..... 17
4.3 MARCO TEÓRICO 19
4.4 MARCO LEGAL 24
Decreto 1599 de 2.005. 24
Decreto 4485 de 2.009 24
Decreto 2623 de 2009 24
Decreto 2482 de 2012 25
Decreto 943 de 2014 25
Ley 1753 de 2015 25
5 DISEÑO METODOLÓGICO…… 26
5.1 ENFOQUE 26
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN 26
5.3 DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO 27

5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA 29
5.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN 30
5.6 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 30
5.6.1 Fuentes primarias. 30
5.6.2 Fuentes secundarias. 31
5.6.3 Técnicas de recolección de la información 31
5.6.4 Tratamiento de la información. 32
5.6.5 Criterios de inclusión 32
5.6.6 Criterios de exclusión 32
5.7 VARIABLES 33
6 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ A PARTIR DE LA IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE DESARROLLO DE LAS DIMENSIONES DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) 35
6.1 DIMENSIÓN 1: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO 37
6.1.1 Componentes de la Gestión Estratégica del Talento Humano 38
6.2 DIMENSIÓN 2: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN 45
6.2.1 Componentes del Direccionamiento Estratégico y Planeación 46
6.3 DIMENSIÓN 3: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO 50
6.3.1 Calificación por Categorías de la Política de Servicio al ciudadano 51
6.4 DIMENSIÓN 4: EVALUACIÓN DE RESULTADOS 53
6.4.1 Calificación por Categorías de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional 54
6.5 DIMENSIÓN 5: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 55
6.5.1 Calificación por Categorías de la Política de Transparencia y Acceso a la Información 56
6.6 DIMENSIÓN 7: CONTROL INTERNO 58
6.6.1 Componentes de la Política de Control Interno 59
7 PROPOSICIÓN DE PLANES DE ACCIÓN A PARTIR DE LO VALORADO POR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) PARA MEJORAR LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE – VALLE DEL CAUCA 67
7.1 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 1: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO 67

7.1.1 Planes de Acción como complemento de mejora a la Política de la Gestión Estratégica del Talento Humano 68

7.2 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 2: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION 70

7.2.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Gestión de la Política de Direccionamiento y Planeación..... 70

7.3 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 3: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO 71

7.3.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora del Servicio ciudadano 71

7.4 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 4: EVALUACIÓN DE RESULTADOS 72

7.4.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Gestión Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional 72

7.5 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 5: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 73

7.5.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Política de Transparencia y Acceso a la Información 73

7.6 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 7: CONTROL INTERNO 75

7.6.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora del Ambiente de Control..... 75

7.6.2 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Gestión de los riesgos institucionales..... 77

7.6.3 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de las Actividades de Control 80

7.6.4 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Información y Comunicación 82

7.6.5 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora del Monitoreo o supervisión continua..... 84

8 EXPOSICION DE LOS BENEFICIOS QUE SE OBTENDRÁN A PARTIR DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN INFLUIDOS POR LAS DIMENSIONES DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE..... 86

8.1 Política de Racionalización de trámites 86

8.2 Política de Participación Ciudadana en la Gestión Pública 87

8.3 Otros aspectos a tener en cuenta en la gestión de las entidades 88

9 CONCLUSIONES…….. 89
10 RECOMENDACIONES……. 91
11 BIBLIOGRAFÍA…….. 92

LISTA DE ILUSTRACCIONES, TABLAS Y CUADROS

Ilustración 1. Ciclo PHVA 22

Tabla 1. Puestos de Salud del Municipio de Bugalagrande 28

Cuadro 1. Niveles de calificación 37

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Política de la Gestión Estratégica del Talento Humano 38
Gráfico 2. Componentes de la Gestión Estratégica del Talento Humano 38
Gráfico 3. Categorías del componente 1: Planeación 40
Gráfico 4. Categorías del componente 2: Ingreso 41
Gráfico 5. Categorías del componente 3: Desarrollo 43
Gráfico 6. Categorías del componente 4: Retiro 44
Gráfico 7. Direccionamiento Estratégico y Planeación 46
Gráfico 8. Componentes del Direccionamiento Estratégico y Planeación 47
Gráfico 9. Categorías del componente 1: Planeación 48
Gráfico 10. Categorías del componente 2: Calidad de la Planeación 48
Gráfico 11. Categorías del componente 3: Liderazgo Estratégico 49
Gráfico 12. Política de Servicio al ciudadano 50
Gráfico 13. Categorías de la Política de Servicio al ciudadano 51
Gráfico 14. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional 53
Gráfico 15. Calificación por Categorías de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional 54
Gráfico 16. Política de Transparencia y Acceso a la Información 55
Gráfico 17. Calificación por Categorías de la Política de Transparencia y Acceso a la Información 56
Gráfico 18. Política de Control Interno 58
Gráfico 19. Componentes de la Política de Control Interno 59
Gráfico 20. Categorías del componente 1: Ambiente de Control 60
Gráfico 21. Categorías del componente 2: Gestión de los Riesgos Institucionales ... 61
Gráfico 22. Categorías del componente 3: Actividades de Control 62
Gráfico 23. Categorías del componente 4: Información y Comunicación 63
Gráfico 24. Categorías del componente 5: Monitoreo o Supervisión Continua 65

RESUMEN

La investigación se centró en conocer los factores que han influido en la situación actual del Hospital San Bernabé E.S.E del Municipio de Bugalagrande en el año 2019 a partir del análisis aplicado a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en donde se diagnostica su situación actual a través de las dimensiones del modelo.

La investigación se desarrolla como un estudio de tipo inductivo-deductivo, y lógico, basado en un enfoque cuantitativo, en el cual se analizaron de forma específica las variables de desempeño institucional, recolectando información por medio de entrevistas y revisión documental, con el fin de cuantificar y analizar los datos, confiando en la medición numérica y uso del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para establecer los resultados, cuyos criterios de inclusión que se consideraron fueron el personal operativo y administrativo que pertenece a la institución y quienes voluntariamente formaron parte de la investigación, por otro lado, los criterios de exclusión considerados fueron personal en periodo de vacaciones o periodo de licencia.

La dimensión que analiza el direccionamiento estratégico y planeación arrojo un promedio de calificación del 95% a nivel general, mientras que la dimensión peor valorada fue la del control interno con un promedio inferior al 50% de calificación general, lo cual identifico la necesidad de mejorar las herramientas de control en la institución Finalmente, se propone el desarrollo de planes de acción basados en actividades de mejora y protocolos que permitirán mejorar la gestión institucional, así mismo se exponen cuáles son los principales beneficios que la institución puede alcanzar a partir de las acciones mencionadas.

Palabras Calve:
Planeación, gestión, control, atención, direccionamiento estratégico.

ABSTRACT

The research focused on knowing the factors that have influenced the current situation of the San Bernabé E.S.E. Hospital of the Municipality of Bugalagrande in 2019 from the analysis applied through the Integrated Planning and Management Model (MIPG), where it is diagnosed its current situation through of the dimensions of the model.

The research is developed as an inductive-deductive and logical study, based on a quantitative approach, in which the institutional performance variables were specifically analyzed, collecting information through interviews and documentary review, in order to quantify and analyze the data, relying on the numerical measurement and use of the Integrated Planning and Management Model (MIPG) to establish the results, whose inclusion criteria that were considered were the operational and administrative personnel belonging to the institution and who voluntarily trained part of the investigation, on the other hand, the exclusion criteria considered were personal during vacation period or license period.

The dimension that analyzes strategic direction and planning yielded an average rating of 95% at a general level, while the worst valued dimension was that of internal control with an average below 50% overall rating, which identified the need to improve the control tools in the institution Finally, the development of action plans based on improvement activities and protocols that will improve institutional management is proposed, as well as the main benefits that the institution can achieve from the actions mentioned.

Key Words:

Planning, management, control, attention, strategic addressing.

INTRODUCCIÓN

La investigación tuvo como propósito indagar sobre la situación actual del Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande, como única institución que presta servicios de salud en la jurisdicción del municipio, cuyo objetivo general se centró en conocer la situación actual del contexto del Hospital San Bernabé E.S.E del Municipio de Bugalagrande en el año 2019 a partir del análisis aplicado a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lo cual definió como objetivos específicos: inicialmente diagnosticar el comportamiento que viene teniendo la entidad para la identificación del grado de desarrollo de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en segundo lugar, proponer el desarrollo de planes de acción a partir de lo valorado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para optimizar la gestión institucional, finalmente se describen los beneficios que se obtendrán a partir de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el contexto institucional del Hospital San Bernabé.

En lo relativo a la metodología, esta se desarrolló como enfoque cuantitativo, ya que a través de ella se observaron y analizaron de forma específica las variables de estudio de una manera práctica y profunda con el fin de explicar las situaciones particulares que aparecen en el problema de la investigación. Adicionalmente, se recolecta información por medio de encuestas, con el fin de cuantificar y analizar los datos, confiando en la medición numérica y uso del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para establecer los resultados.

Finalmente, se identifica que la dimensión 2, la cual evalúa el direccionamiento estratégico y planeación fue la que obtuvo la mejor valoración en el análisis, mientras que la peor valorada fue la dimensión 7, la cual hace alusión al control interno con el que actualmente cuenta la institución, en donde se detectaron las razones que conllevaron a otorgarle tan pésima valoración.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La crisis en el campo de la salud a nivel global cada vez más se ve influenciada por diversos factores en especial de índole económica, fiscal y política, que comúnmente han terminado por crear escenarios que terminan por afectar a diversos grupos poblacionales en especial, aquellos de menores recursos, esto de acuerdo con lo manifestado por la OMS (1), la cual señala que este fenómeno no solamente es exclusivo de los países más pobres, igualmente también ha venido afectando a países con ingresos medios y altos, en donde los malos manejos burocráticos en comunión con una pobre e ineficiente administración de los recursos públicos han terminado por limitar el acceso a los diferentes servicios de salud a la población en general, en especial a las comunidades más humildes y de estratos bajos.

Igualmente, la OMS (1) sostiene que es indispensable garantizar una debida proporción de los presupuestos de los recursos públicos asignados a la cobertura en salud por parte de los estados y los municipios, lo cual particularmente no siempre ha sido suficiente debido a la creciente demanda por los diferentes servicios de salud, reflejándose principalmente en los estratos más pobres, en donde según la OMS (1) los gobiernos deben enfocar principalmente dicho gasto, esto con el firme propósito de reducir los grandes beneficios del gasto en salud que pueden ser absorbidos por los hogares más favorecidos, es decir, lo que se debe gestar es una estrategia integral que permita redistribuir de forma adecuada y a quienes más lo necesitan los recursos públicos destinados a la cobertura en salud.

Al revisar el escenario actual de la salud en diferentes regiones a nivel mundial, desde hace varios años se ha venido experimentando una profunda crisis que se evidencia debido a problemas de accesibilidad, cobertura, calidad y legitimidad que enfrentan las instituciones que prestan los servicios médico asistenciales, razones que han motivado el desarrollo y consolidación de nuevas formas de gestión dirigidas a elevar la eficacia, eficiencia y efectividad de los servicios en el marco de la descentralización, participación

y democratización de la salud, como estrategias para la reforma del Estado, la redefinición de roles y mecanismos de diseño y ejecución de políticas y programas sociales y la incorporación de nuevos actores en el escenario de la salud.

Al observar hacia el contexto colombiano, el panorama no es más alentador que en las demás regiones a nivel global, esto debido a que, a pesar de las diferentes reformas normativas efectuadas al sistema de salud en Colombia, este continúa desarrollándose en torno a una grave y seria crisis interinstitucional, lo cual es expuesto en un artículo publicado por la Revista Dinero (2) en su página web denominado “Sector salud: ¿una década perdida?”, el cual menciona que la incertidumbre en el sistema de salud colombiano se ha ido volviendo costumbre debido a los innumerables casos de corrupción, malos manejos administrativos, cierres, fusiones y liquidaciones de instituciones, iliquidez, entre muchos otros factores que casi todas las semanas invade la agenda noticiosa de los diferentes medios de prensa escrita y hablada.

De acuerdo con la Revista Dinero (2), a pesar de los grandes avances alcanzados, entre los que destacan la ampliación en la cobertura universal, la reducción significativa de los índices de mortalidad infantil, el descenso en los casos de desnutrición infantil, la disminución en los registros de embarazos adolescentes, la mejora en los esquemas de vacunación efectivos, entre otros han sido logros opacados por el caótico panorama del sector salud que actualmente presenta un diagnostico sumamente dramático, y que por ende ha traído y traerá serias consecuencias para el país.

Continuando con lo antes expuesto en Dinero (2) , la Corte Constitucional en su sentencia 760 del año 2008 dejó abierta la posibilidad de que el presupuesto público sea utilizado sin mayores restricciones, es decir, que el debate se ha centrado en establecer que el plan de beneficios no tenga límite, y que por el contrario todo lo que la población requiera sea atendido, lo cual terminara desbordando la capacidad de pago y de gestión estatal, cosa que la gran mayoría de países a nivel global no se dan el lujo de ofrecer a sus ciudadanos debido al riesgo macroeconómico que ello implica al dejar un plan de salud totalmente abierto a todo tipo de necesidades surgidas en torno a los servicios de salud,

lo cual se reflejó en un incremento significativo del presupuesto, el cual ha pasado de $10,4 billones en 2008 a estar por encima de los $32 billones para 2019.

Es preciso mencionar con relación a la crisis actual, ¿hasta qué punto el sistema actual de salud en Colombia podrá mantenerse en pie?, esto debido a que el panorama actual no ha respondido del todo a cómo va a regular la circulación de los recursos destinados al sistema para que unos pocos no se vean beneficiados a costas del bienestar en común, razón por la cual según Dinero (2), el Estado ha venido desarrollando una serie de políticas de control y regulación en: precios, giro de recursos de forma directa a cada uno de los integrantes de la red de salud, creación de órganos de gestión y vigilancia como el ADRES, entre otros han sido promovidos con el fin de mitigar la mencionada crisis,, sin embargo, el reto es enorme si se le mide en términos macroeconómicos y de costos sociales.

En lo relativo a los contextos locales, algo que puede aportar de forma significativa en la reducción de todos aquellos factores detonantes de la actual crisis presentes en el sector de la salud en Colombia, es el hecho de desarrollar modelos de gestión en establecimientos hospitalarios, con el fin de desarrollar una gestión que se adapte y evolucione frente a los fenómenos que conforman su entorno, y que así permita a cada institución que idealice un modelo efectivo de gestión, identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptándose a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, en donde la red asistencial exige respuestas concordantes con relación al modelo de atención actual de forma oportuna, efectiva y eficiente que trate al sector salud como patrimonio de todos.

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde la óptica regional en especial en el municipio de Bugalagrande en la región Centro Vallecaucana el Hospital San Bernabé se constituye de una ESE (Empresa Social del

Estado) de gran impacto en la ciudadanía de este municipio, al igual que en las poblaciones de su área de influencia, en donde tradicionalmente se han venido prestando los diferentes servicios de salud que la institución oferta a la comunidad en general, partiendo entonces de lo anteriormente expuesto, surge la necesidad de implementar acciones que conduzcan a mejorar los procesos y la atención institucional a través del mejoramiento continuo de la entidad y de su talento humano, que permitan por lo tanto, fortalecer la oferta y cobertura institucional, potenciando así la prestación de servicios en las zonas de mayor población del municipio.

Es así que para cumplir con lo planteado con anterioridad, se hace necesario la formulación de un Modelo MIPG para esta Entidad, modelo que abarque aspectos como el talento humano, direccionamiento estratégico y planeación, gestión de valores para el resultado, evaluación para el resultado, información y comunicación, gestión del conocimiento y la innovación que integre y simplifique los sistemas de administración y gestión de la calidad para que la institución presente procesos de manera eficiente y sencilla y así, ofrezca a las comunidad un servicio de salud de gran calidad al tiempo que se amplía la cobertura de estos mismos.

Partiendo entonces de lo anterior expuesto, y con el propósito de tomar medidas de naturaleza estratégica que promuevan el mejoramiento, fortalecimiento y optimización de los distintos servicios que ofrece la institución, es necesario responder al siguiente interrogante en aras de sobrepasar las metas por medio de un excelente servicio a la población.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿A partir del diagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), qué situaciones y factores han estado influyendo en el normal desempeño del contexto actual del Hospital San Bernabé E.S.E del Municipio de Bugalagrande como una Empresa Social del Estado de Baja Complejidad?

2 JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de un Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la institución permitirá integrar los diferentes esquemas de gestión de la institución, lo cual permitirá desarrollar una mejora efectiva con relación a los diferentes controles existentes en la institución, lo cual ayudará a direccionar al hospital a una mejora continua que garantice la eficiencia, eficacia y efectividad en la atención de los usuarios para finalmente entregar un servicio de calidad, a partir de la integración y dinámica activa de los diferentes actores que conforman la red de prestadores de servicios de salud a nivel regional trabajando de forma articulada en pro de garantizar una cobertura efectiva de servicios de salud en la región.

En el contexto académico, la investigación servirá como referente para dar cuenta de la efectividad que representa el desarrollo de un modelo de gestión que permite desarrollar mejoras significativas al modelo de gestión institucional presente en una entidad prestadora de servicios de salud, lo cual servirá como punto de partida para nuevas investigaciones que pretendan conocer la efectividad del MIPG como modelo de optimización institucional y medio regulador de las diferentes gestiones y procesos que se dan en torno a la prestación de los diferentes servicios de salud a la comunidad.

En función del ejercicio técnico practico, las investigadoras se forman en relación a la realidad de la práctica profesional e identificación de soluciones que permiten superar problemáticas que son de relevancia social. Igualmente la investigación brinda herramientas prácticas que permiten conocer los factores que comúnmente influyen en la gestión efectiva de los procesos en una entidad prestadora de servicios de salud, teniendo la posibilidad de formular y sugerir medidas que propendan por el desarrollo efectivo de los diferentes procesos que se dan alrededor de la prestación de los servicios de salud, igualmente también servirá de referencia bibliográfica, permitiendo la difusión de la utilidad de este tipo de investigaciones, puesto que la salud debe ser un patrimonio social que merece un mayor cuidado por parte de todos los actores de la red de salud.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la situación actual del contexto del Hospital San Bernabé E.S.E del Municipio de Bugalagrande en el año 2019 a partir del análisis aplicado a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar la situación actual del Hospital San Bernabé a partir de la identificación del grado de desarrollo institucional a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).
- Proponer planes de acción a partir de lo valorado por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para optimizar la gestión institucional del Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande – Valle del Cauca.
- Exponer los beneficios que se obtendrán a partir de la implementación de planes de acción influidos por las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el contexto institucional del Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande.

4 MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO CONCEPTUAL

A continuación, se destacan algunos de los conceptos más representativos del tema objeto de análisis, con el fin de tener una mayor comprensión sobre el contexto en el cual se desarrolla la investigación:

4.1.1 Administración estratégica

Torres (3) define a la administración estratégica como un proceso que permite prever en cierto modo el futuro con la intención de anticiparse a la incertidumbre de lo que posiblemente podrá suceder entorno a lo que involucra tanto a las personas como a organizaciones frente a la adopción de decisiones clave de lo que se hará y la forma en la que se desarrollará, lo cual se constituye en un marco de referencia que permite integrar sistemas complejos de decisiones futuras, en donde se valoran aspectos de un conjunto especifico de decisiones previo al desarrollo de acciones que ayudaran al alcance de un resultado favorable, siempre y cuando se adopten acciones de forma apropiada y coordinada, lo cual aumentará la probabilidad de lograrlo.

4.1.2 Gestión integral del riesgo en salud

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (4), la gestión integral del riesgo en salud se ha diseñado como una estrategia centrada en la política de atención integral en salud, la cual facilita la articulación de los diferentes actores del sistema de salud con el propósito de identificar, valorar, medir, intervenir y monitorear los riesgos que atentan contra la salud de los usuarios y comunidad en general, por lo tanto, la gestión integral del riesgo en salud permite prever y detectar las posibles consecuencias que se derivan a partir de diversas enfermedades con el objeto de frenar su avance y proliferación.

4.1.3 La calidad en los servicios de salud

De conformidad con la definición dada en la web de la Universidad ESAN (5), el concepto de calidad en los servicios de salud se define a partir de dos puntos de vistas básicos: el primero depende fundamentalmente de la satisfacción registrada en el usuario, es decir, que esta se apoya en las buenas percepciones que tienen los usuarios con relación a la atención recibida, la disponibilidad de una buena infraestructura y recursos tanto físicos como humanos, y en general de la imagen institucional proyectada al público, por su parte, desde la óptica del prestador de servicios de salud, la estimación de la calidad gira en torno a aspectos y factores de índole científico, técnico y tecnológico, tales como la experiencia profesional, las buenas prácticas en servicios y las innovaciones tecnologías estrechamente asociadas al contexto de la salud.

4.1.4 Sistema de Control Interno

El control interno según lo argumentado por Fonseca (6) se caracteriza por ser un conjunto de procesos y procedimientos articulados que abarcan en su totalidad a una organización, esto con el objetivo de evaluar e identificar los factores causantes de errores a partir del conocimiento y análisis de eventos tanto internos como externos, así como de circunstancias que pueden influir en el normal desarrollo de diversos procesos organizacionales e institucionales, en donde finalmente se determinan las causas que han originado los errores identificados a través de las herramientas de gestión administrativa de control dispuestas para tal fin.

4.2 ANTECEDENTES

Con el propósito de complementar el desarrollo de la temática abordada en la presente investigación se referenciarán opiniones fruto de investigaciones, artículos, trabajos e informes de algunos autores sobre el análisis, adopción e implantación del MIPG en diferentes instituciones y organizaciones relacionadas con el contexto de la salud, los

cuales se toman como antecedentes para el proceso de investigación, lo cual permite identificar aspectos relevantes para la presente investigación:

Dentro del ámbito concerniente a las entidades e instituciones de carácter público es comúnmente notoria la ausencia de un sistema de gestión que permita articular diversos procesos a nivel interinstitucional, razón por la cual Hernández, Hernández, Gil y Cárdenas (7) en su investigación denominada “Evaluación del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) en las entidades territoriales del Estado colombiano” realizaron un diagnostico puntual en 4 entidades descentralizadas localizadas en la ciudad de Cartagena Bolívar, en donde los hallazgos permitieron evidenciar la imperante necesidad de adoptar un modelo de gestión que les permita no solo seguir fielmente los objetivos misionales durante la prestación de sus servicios sino que igualmente les permita emplear dicho modelo como medio de evaluación y control institucional.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG ha sido diseñado con la intención de dinamizar el actuar de las entidades públicas en su propósito misional, es por ello que Engativá (8) en su estudio “Propuesta de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a la Gestión documental de una entidad pública” evaluó diversos procesos documentales a través de la aplicación de MIPG, especialmente la quinta dimensión, la cual involucra procesos relacionados con la información y comunicación que para este caso se asociaban a la gestión documental de una entidad pública, en donde el autodiagnóstico registró una baja calificación en diferentes procesos, el paso a seguir fue el de implementar planes de acción basados en la eliminación de procesos que generaban poco valor agregado a la gestión, y en cuanto a los demás se parametrizaron zonas y rutas concurrentes en el manejo de documentación de la entidad.

Por su parte, Real (9) en su investigación titulada “Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el Hospital del SARARE E.S.E municipio de Saravena- Arauca” se enfoca en redireccionar los objetivos y propósitos misionales apoyándose principalmente en la percepción dada a través de la satisfacción y bienestar de sus funcionarios, razón por la cual se emplea el Modelo Integrado de Planeación y

Gestión –MIPG, con la finalidad de identificar las necesidades que se encontraban presentes tanto en el personal administrativo como operativo, por ello desde la dimensión de Talento Humano se encontró que no se desarrollaban actividades de integración y capacitaciones, a partir de esto, se desarrollaron planes, programas y proyectos tendientes a cumplir con los requisitos necesarios para alcanzar de forma efectiva la acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria que requiere la institución .

El desarrollo dinámico del personal en las entidades públicas se ha constituido en un factor que ha permitido articular procesos y mejorar la prestación de servicios al público en general, en cuanto a ello, Rodríguez (10) en el estudio “El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el desarrollo del Talento Humano del Fondo Rotatorio de la Policía” argumenta que la implementación del MIPG contribuye con la definición de políticas que contribuyen a que el personal de entidades públicas cumplan con las metas y objetivos trazados frente a cada periodo, es por ello que después de valorar 7 dimensiones, se estableció que el recurso humano se constituye en el centro de las metas y objetivos que se ha fijado en cada periodo el Fondo Rotatorio de la Policía, lo cual se empleado como información clave para desarrollar planes de acción que han ido contribuyendo con el fortalecimiento del departamento de Talento Humano.

4.3 MARCO TEÓRICO

Considerando el eje temático expuesto, se abordará seguidamente un análisis puntual del tema que objeto de estudio de la investigación, visto desde la óptica de algunos autores expertos en el tema y que han elaborado teorías sobre la gestión que se desarrolla en torno al manejo efectivo y gestión oportuna de los recursos y procesos relacionadas con el contexto de la salud pública, a continuación, se mencionan las más relevantes:

Frente al ejercicio asociado a la gerencia de la salud, la planificación, organización dirección y control de aquellas empresas, entidades e instituciones dedicadas a la prestación de servicios de salud, bien sean públicas o privadas, se dedican amplios esfuerzos para la optimización de recursos financieros, tecnológicos y humanos, es por ello que los cambios organizacionales conducen a acciones que permiten emprender modificaciones de alta, mediana y baja intensidad en aras de alcanzar una mejora significativa en la prestación de los servicios de salud ofertados a la comunidad.

Actualmente las organizaciones procuran ejecutar sus procesos lo mejor posible, y es aquí donde la toma de decisiones basadas en una planeación estructurada se constituye en una gran fortaleza, debido a que se trata de optimizar los resultados que se esperan obtener de los procesos que las instituciones realizan, el tener presente las diversas variables, parámetros y factores que inciden en los procesos, permite mitigar o evitar posibles errores en la ejecución de lo planeado, por lo tanto, seguir las instrucciones de manera adecuada, permite que cuando los sucesos transcurran, se pueda estar más preparado ante cualquier acontecimiento adverso, además si se planea todo de manera acorde a lo que se espera, será más sencillo actuar de manera predictiva, adelantándose a los hechos siendo más factible aún evitarlos, lo cual aporta a la calidad integral de los procesos.

Al entender la importancia de lo que representa la planificación a nivel organizacional o institucional tanto en organizaciones de carácter público como privado, al respeto López (11) señala que la gestión basada en el ciclo PHVA se caracteriza por ser una táctica y estrategia para obtener la calidad ya sea en productos y/o servicios, por tanto, este tipo de metodología permite alcanzar el mejoramiento de los procesos apoyándose principalmente en el cumplimiento de objetivos en el mediano y largo plazo, lo cual requiere de una gestión adecuada de acuerdo con sus actividades y procesos, en donde la gestión o administración implica la aplicación sistemática de las cuatro etapas que conforman el ciclo PHVA según lo que argumenta López (11):

Planear. Este conjunto de actividades se centra en establecer los objetivos de la organización y sus procesos, lo que permite definir los métodos y medios para alcanzarlos, por lo tanto, la planeación se traduce en definir de forma especifica los objetivos que se pretenden alcanzar, la forma en que se hará, el personal competente y adecuado que se verán involucrados en los diferentes procesos en torno a ello, el ambiente y los recursos más que necesarios para alcanzar las metas trazadas.

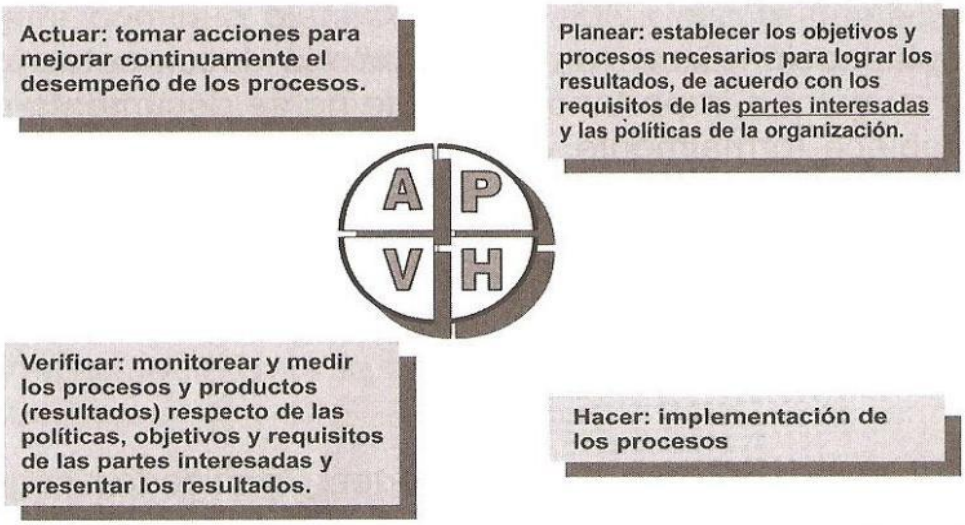
Hacer. Etapa en la que se realizan diferentes actividades planificadas de acuerdo con lo establecido en la documentación institucional, por lo tanto, a partir de la ejecución de procesos se generan registros que dan cuenta del desarrollo de actividades en función de las políticas organizacionales previamente establecidas, en síntesis, durante esta etapa se efectúa la implementación de procesos.

Verificar. Es el seguimiento y la medición de los resultados de lo planeado, del cumplimiento de las actividades y del logro de los objetivos, lo cual incluye actividades como verificaciones, inspecciones, auditorías internas, revisiones por la dirección y por supuesto las mediciones mediante indicadores de gestión.

Actuar. Con base en el resultado de las actividades de seguimiento y medición, se realizan correcciones, cuando hay desviaciones en relación con lo planeado, posteriormente se analiza la información y se toman las decisiones para iniciar acciones correctivas, preventivas y de mejora.

De acuerdo a lo antes expuesto por López (11) a continuación se expone de forma gráfica y resumida las cuatro etapas que constituyen el esquema dinámico y de gestión administrativa el ciclo PHVA:

Ilustración 1. Ciclo PHVA



Fuente: López, Indicadores de gestión, 2011.

El ciclo PHVA en sus cuatro etapas se caracteriza por ser una herramienta de planeación organizacional, que permite evaluar y medir el desempeño de toda una organización como tal, a partir del diseño de programas de seguimiento del desempeño organizacional, en donde se genera información acerca de la capacidad de los procesos, lo cual permite estimar la productividad implícita en los diferentes procesos, facilitando así la toma de decisiones frente a las actividades que se requieren en aras de mejorar la competitividad organizacional.

Por otra parte, de acuerdo con el Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional (12) adscrito a la Presidencia de la Republica el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se describe dentro del Manual Operativo Sistema de Gestión como una guía y herramienta dinámica que permite integrar diferentes sistemas de desarrollo administrativo y de gestión unificándolos a través del sistema de control interno, esto con el propósito de facilitar los procesos dentro de cada entidad, lo cual se traduce en una optimización y eficiencia en los diferentes procesos institucionales, lo cual contribuye en la identificación de los problemas más significativos haciendo uso de un autodiagnóstico, en donde seguidamente se desarrolla un plan de acción que permite suprimir o mitigar cualquier tipo de problemática con el propósito de mejorar la gestión pública,

contribuyendo por ende con el mejoramiento en la calidad del servicio prestado al público.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) se divide en siete dimensiones, las cuales ayudan a que se realice una implementación de forma propicia, efectiva y fácil de los diversos procesos y áreas que conforman a cada entidad en donde el modelo es implantado, lo cual permite articular de mejor manera la planeación, la gestión presupuestal, el talento humano, el desarrollo de un seguimiento y la evaluación como base indispensable en la valoración de la gestión institucional.

De acuerdo con lo expuesto por el Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional (12) en el Manual Operativo Sistema de Gestión, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) se diseñó como un nuevo y optimo marco de gestión que integra los sistemas de gestión de calidad y desarrollo administrativo, con el sistema de control interno, lo cual se constituye en un control preventivo a partir de las eficiencias administrativas detectadas sobre los procesos de las entidades, lo que permite utilizar la información con el ánimo de optimizar los procesos de las entidades públicas en aras de lograr una gestión mucho más eficientes. Por tanto, el MIPG como visión integral de la gestión pública institucional se divide en siete dimensiones operativas a saber:

1. Talento Humano.
2. Direccionamiento Estratégico y planeación.
3. Gestión con valores para el resultado.
4. Evaluación de Resultados.
5. Información y Comunicación
6. Gestión del conocimiento
7. Control Interno

En síntesis, el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) se creó con el principal objeto de servir como herramienta de gestión y de mejora tanto administrativa como operativa en base al desarrollo de lineamientos estratégicos que le permitan a las

entidades evaluar, analizar y trazar los planes de acción con relación a su gestión, tendientes a desarrollar las correcciones o mejoras que sean pertinentes y que contribuyan indudablemente con la promoción e implantación de una cultura de servicio social en pro de alcanzar de mejor forma los propósitos misionales.

4.4 MARCO LEGAL

Seguidamente se esboza el marco legal que se asocia con el desarrollo del objeto de análisis de la presente investigación:

Decreto 1599 de 2.005. (13) Las dinámicas organizacionales emergentes en el país, conllevaron a adoptar un marco general para desarrollar los ejercicios del Control Interno, por medio del Modelo Estándar de Control Interno (MECI), por el cual se pretendió brindar al Estado colombiano una estructura única que fortaleciera los procesos en las entidades, debido a ello, el alcance de mayor peso fue la estandarización de los controles mínimos para dar garantía al cumplimiento de los objetivos de las organizaciones al igual que la adopción de los instrumentos de evaluación de los sistemas de control interno.

Decreto 4485 de 2.009. (14) Este Decreto es el encargado de actualizar la Norma Técnica de Calidad, a través de la cual se articula la operatividad con los elementos del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con el propósito de facilitar a las entidades su adecuada y optima implementación.

Decreto 2623 de 2009. (15) Por este Decreto se crea el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano al igual que la instancia encargada de coordinar las políticas, estrategias, metodologías, programas, actividades y mecanismos enfocados a fortalecer la Administración al servicio del ciudadano.

Decreto 2482 de 2012. (16) Decreto a través del cual, el Gobierno Nacional integró todas las herramientas de gestión, presentando a las entidades el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), el cual consolida el Sistema de Desarrollo Administrativo formulando cinco políticas utilizando distintos requerimientos y directrices que las entidades habían implementado de manera aislada, exigiendo a las entidades distintos informes y reportes de manera repetitiva que se presentaban en varios formatos y momentos. Dentro de estas políticas se puede encontrar la Gestión de la Calidad y el MECI se estableció como la herramienta ideal para el seguimiento y control del Modelo. El Modelo MIPG presenta un único instrumento de evaluación que se conoce como el Formulario Único de Reporte de Avances a la Gestión (FURAG), por el cual se recoge y analiza la información sobre el avance de las políticas de desarrollo administrativo, mientras el MECI se evalúa por medio de su propio instrumento.

Decreto 943 de 2014. (17) Por medio de este Decreto, se realiza el ajuste del MECI a las nuevas dinámicas de planeación y de gestión, lo anterior enfocado a establecer una mayor coherencia con el MIPG, actualizándolo en una versión más moderna y de mucha mayor comprensión para las entidades.

Ley 1753 de 2015. (18) Esta Ley dispone el desarrollo de un proceso de fusión del sistema de desarrollo administrativo y el de gestión de calidad, al igual que la articulación con el de control interno, para la adopción de un modelo único.

5 DISEÑO METODOLÓGICO

5.1 ENFOQUE

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, debido a que por medio de esta se pueden observar las variables de estudio de una manera práctica y profunda con el fin de explicar las situaciones particulares que aparecen en el problema de la investigación. Adicionalmente, se recolecta información por medio de encuestas, con el fin de cuantificar y analizar los datos, confiando en la medición numérica y uso del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) para establecer los resultados. Estos resultados por lo general son informes estadísticos, en los cuales se utilizan gráficos para su mayor comprensión y analizar las variables de estudio con una mayor precisión y profundidad.

5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se llevó a cabo es descriptiva y exploratoria, ya que lo que se pretende es conceptualizar todos los aspectos de la institución orientado con las normas exigidas en este tipo de aspectos, exponiendo de manera sistemática, el estado actual de la E.S.E., a partir de lo observando se plantean los aspectos que se puede mejorar, puesto que se pretende implementar herramientas de mejora, y de nuevos métodos que permitan reorganizar las rutinas laborales, mejorando por ende de manera práctica los procesos en toda la organización.

5.3 DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

La ESE Hospital San Bernabé E.S.E. ubicada en la Carrera 7 Calle 6 Esquina del municipio de Bugalagrande Valle, es una institución de baja complejidad que fue creada mediante Acuerdo Municipal No. 001 del 19 de marzo de 1996 y con estatutos adoptados mediante Acuerdo 060 de la Junta Directiva. La entidad es una institución hospitalaria de carácter público descentralizada, del orden municipal, constituida de acuerdo con las exigencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Empresa Social del Estado, licenciada para la prestación de servicios ambulatorios hospitalarios del primer nivel de atención, en los procesos de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, control de riesgo, tratamiento y rehabilitación.*

Misión: El Hospital San Bernabé de Bugalagrande – Valle del Cauca, es una Empresa Social del Estado, de baja complejidad que busca prestar servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, orientados al mejoramiento del estado de salud de sus habitantes, con una atención segura, humanizada, con calidad y calidez.

Visión: El Hospital San Bernabé E.S.E, será reconocido en el mercado para el año 2023, como una IPS pública autosostenible, con políticas estratégicas eficientes y eficaces, dirigidas a garantizar su objeto social, atendiendo los desafíos del sector, enmarcadas en la búsqueda de un Hospital Seguro y Humanizado.

El Hospital San Bernabé cuenta con 15 puestos de salud habilitados, los cuales se encuentran distribuidos en la zona rural del Municipio de Bugalagrande de la siguiente forma:

*Hospital San Bernabé ESE. Informes, documentos y archivos internos. Bugalagrande; 2018

Tabla 1. *Puestos de Salud del Municipio de Bugalagrande*

PUESTO DE SALUD	DISTANCIA DE LA CABECERA MUNICIPAL
Puesto de salud Mestizal ubicado en Corregimiento de Mestizal	2 km
Puesto de salud Guayabo ubicado en Corregimiento El Guayabo	6 km
Puesto de salud San Antonio ubicado en Corregimiento San Antonio	8 km
Puesto de salud Uribe ubicado en Corregimiento La Uribe	6 km
Puesto de salud Overo el poblado en Corregimiento El Overo	3 km
Puesto de salud Galicia en Corregimiento Galicia	18 km
Puesto de salud Tetillal en Vereda Tetillal	25 km
Puesto de salud Paila Arriba en Corregimiento Paila Arriba	20 km
Puesto de salud Ceilán en Corregimiento Ceilán	39 km
Puesto de salud Chic oral en Vereda Chicoral.	24 km
Puesto de salud Alto Bonito en Vereda Alto Bonito	48 km
Puesto de salud El Rocío en Vereda El Rocío.	42 km
Puesto de salud El Placer en Vereda El Placer.	33 km
Puesto de salud El Overo La María en Corregimiento El Overo	3 km
Puesto de salud Chorreras en Corregimiento Chorreras.	42 km

Fuente: Archivos Hospital San Bernabé 2018.

Servicios

En la actualidad, el Hospital San Bernabé se presenta como un prestador de servicios de baja complejidad, con un gran impacto en los habitantes del Municipio de Bugalagrande y su área de influencia, presentando un enfoque especial en el desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ofreciendo a sus usuarios una atención humanizada y segura. Los productos y servicios que presta el Hospital San Bernabé son los siguientes:

- Hospitalización:
  - Adultos.
  - Obstetricia.
  - Pediátrica.
- Urgencias.
- Consulta externa
  - Enfermería.

- Medicina General.
- Odontología general.
- Terapia Respiratoria.
- Fisioterapia.

❖ Urgencias.

❖ Traslado Asistencial Básico (TAB).

❖ Apoyo Diagnóstico:

- Laboratorio clínico.
- Servicio farmacéutico.
- Toma de muestras uterinas.
- Toma de muestras de laboratorio clínico.
- Esterilización.

❖ Promoción y Prevención:

- Vacunación.
- Atención preventiva en salud oral e higiene oral.
- Planificación familiar).

❖ Rehabilitación y terapias.

❖ Atención de partos.

❖ Actividades extramurales:

- Visitas domiciliarias e institucionales por plan de intervenciones colectivas y talleres colectivos.
- Brigadas de salud.
- Curso psicoprofiláctico.
- Entre otras actividades

5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La ESE Hospital San Bernabé en el municipio de Bugalagrande Valle se encuentra actualmente conformada por una planta de personal compuesta de 47 funcionarios,

quienes a su vez se dividen en: 21 que se desempeñan en el área administrativa y 26 en el área asistencial.

Adicionalmente, el Hospital San Bernabé por servicios personales indirectos contrata asesorías externas primordiales para el funcionamiento de apoyo en los procesos del sistema obligatorio de garantía de la calidad, auditoria médica, asesoría jurídica, contador, gestión financiera y de talento humano, al igual que personal de apoyo a las áreas asistenciales como: consulta externa, apoyos diagnósticos, urgencias y promoción y prevención, de acuerdo a la necesidad de los servicios.

5.5 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En función de la ejecución del objeto general de la presente investigación se realiza un estudio de tipo inductivo-deductivo, y lógico. En donde se da de forma inductiva-deductiva debido a que se razona y analizan una serie de fenómenos y eventos a partir de observaciones particulares que conducen a la obtención de conclusiones generales, así mismo se razona frente a la objetividad de los diagnósticos arrojados por la realidad presente en la institución partiendo de un contexto general hacia contextos específicos, para luego conocer la naturaleza por medio de hechos particulares, lo cual conlleva a un conocimiento general para conseguir un dominio sobre ella, en lo que diferentes generalidades presentan diversas problemáticas frente al contexto institucional cercano.

5.6 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.6.1 Fuentes primarias.

Las fuentes primarias de información se enfocaron inicialmente en los Directivos y servidores del Hospital al ser estas personas las que se encuentran directamente

involucrados con la actividad, siendo de gran importancia la información que proporcionaron, para dar trascendencia al desarrollo de la presente investigación, los cuales se constituyeron en una fuente especializada en el tema objeto de estudio, para abarcar a plenitud y con acierto los objetivos propuestos.

5.6.2 Fuentes secundarias.

En vista a que las opiniones citadas de algunos autores son importantes porque suministran información básica para la investigación se acudió a fuentes secundarias tales como:

- Revistas científicas y académicas de amplia difusión y divulgación sobre temas relacionados con la gerencia, control, gestión y administración de entidades públicas y privadas.
- Artículos sobre la temática
- Internet

5.6.3 Técnicas de recolección de la información

Entrevistas. Se utilizó la entrevista como medio para conocer e identificar los posibles obstáculos e inconvenientes que limitan la eficiencia y productividad de las labores de los empleados y directivos. Mediante el uso de cuestionarios como herramienta, que encontró una aproximación a las necesidades concernientes a la solución de la problemática en estudio.

Diagnóstico inicial: Se realizó un diagnóstico de la institución utilizando el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con el fin de conocer la realidad del Hospital, y a partir de ello planificar lo que se debe ejecutar para comenzar, seguir, completar o terminar con el proceso de acuerdo al resultado expuesto.

Análisis documental: Se realizó un análisis de todos aquellos documentos que la empresa suministro los cuales explican diversos procedimientos relacionados con la

institución, y los cuales sirvieron como insumo para estructurar el autodiagnóstico del MIPG.

5.6.4 Tratamiento de la información.

La información obtenida por medio de las fuentes de información, se analiza de manera cuantitativa, puesto que el alcance de los objetivos se refiere a tratamientos prácticos específicos que indicaron la funcionalidad de la propuesta.

5.6.5 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión propuestos para el desarrollo de la presente investigación son:

- El personal de operativo y administrativo que pertenece al Hospital San Bernabé de Bugalagrande – Valle del Cauca.
- El personal de salud del Hospital San Bernabé que acepto participar en la investigación.

5.6.6 Criterios de exclusión

- Personal en periodo de vacaciones o periodo de licencia.

5.7 VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Tipo de Atención prestada al usuario	Se define como la prestación oportuna y efectiva de servicios de atención en salud	Atención medica mediante actividades, procedimientos e intervenciones en una institución prestadora de servicios de salud, a los usuarios que lo necesitan.	Cualitativa	Razón	El tipo de atención en los diferentes servicios se identifica en la calidad inmersa en el servicio prestado.
Mejoramiento en la calidad del servicio prestado a la comunidad	Diseño de estrategias a corto mediano y largo plazo para ser implementados en pro del bienestar de la comunidad en general.	Desarrollo de programas de educación, prevención y jornadas de salud que contribuyen en la reducción de patologías que son de común proliferación en el entorno de influencia de la institución.	Cualitativa	Razón	Bajos porcentajes de incidencia de enfermedades de alta prevalencia en la población.
Articulación del sector público y privado a nivel regional	Coordinación interinstitucional del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social frente a sus competencias durante la prestación de los diferentes servicios a la comunidad.	Optimización de la red de servicios presente en la región con el fin de minimizar el nivel de saturación que tienen los servicios de salud frente a la demanda actual.	Cualitativa	Razón	Atención óptima y adecuada de acuerdo a los recursos disponibles frente a la demanda presente en la región.
Capacidad de la infraestructura actual	Se define como el conjunto de recursos tanto físicos como humanos con los que cuenta la institución y con los cuales gestiona la demanda actual de usuarios.	Administración optima y efectiva de los recursos institucionales con el propósito de cubrir la demanda actual.	Cuantitativa	Nominal	Número de atenciones registradas durante cada periodo.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
Protocolos de Coordinación optima del personal	Diseño de esquemas funcionales e integrales de identificación de habilidades y técnicas acordes al área que ocupan y ocupará cada profesional que se encuentra vinculado y se vincule a la institución.	Establecimiento de mecanismos de control y optimización del trabajo de forma integrada y coordinada entre áreas en función de mejorar la atención al usuario.	Cualitativa	Razón	Coordinación efectiva de todos procesos y puestos de trabajo apoyada bajo un seguimiento continuo.
Fallas en la prestación de los Servicios de salud	Es la calidad percibida tanto por los usuarios como del personal vinculado a la institución.	Deficiencia en la prestación oportuna en los diferentes servicios que oferta la institución a la comunidad en general.	Cualitativa	Razón	• Falla en el personal institucional frente a la atención prestada. • Negligencia. • Fallas originadas por diversos factores.
Diseño de un área estratégica para la gerencia del talento Humano	Reestructuración y mejoramiento del área de talento humano	Optimización de la gestión actual del área de talento humano.	Cualitativa	Razón	Mejor coordinación de la planta de cargos en la institución.
Implementación de un sistema de monitoreo y supervisión permanente	Desarrollo de controles de auditoria que contribuyen a mejorar la gestión actual en la institución a través de la revaloración constante de todas sus actividades y procesos.	Proceso de implementación de un sistema de control interno que permite garantizar el normal desarrollo de las actividades en la institución minimizando al máximo los riesgos inherentes a la razón social institucional.	Cualitativa	Razón	Reducción en los errores en procedimientos operativos y administrativos.

6 DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ A PARTIR DE LA IDENTIFICACIÓN DEL GRADO DE DESARROLLO DE LAS DIMENSIONES DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG).

Para el Hospital San Bernabé siempre ha sido de vital importancia mantenerse como pionero en la prestación de servicios de salud, teniendo como ventaja ser la única ESE del Municipio, por ello el Hospital ha implemento el Sistema de Gestión de la Calidad y el MECI, los cuales se han constituido en la estructura en la que se basa la Institución para la prestación de sus servicios, permitiendo a partir de ello tener certificados sus procesos y procedimientos establecidos conforme a los estándares de salud, en procura de la satisfacción del cliente y una mejor calidad en los servicios prestados.

Es de vital importancia para la institución articular todos sus recursos físicos y humanos en pro de dinamizar, mejorar y optimizar los resultados surgidos de la actual gestión, por lo tanto, los procesos tendientes a fortalecer tanto la oferta como la atención al público en general se configura como una respuesta oportuna ante un aumento de la demanda, por tal razón, la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lo cual se constituye en la oportunidad de fortalecer y mejorar el funcionamiento de los procesos misionales, gerenciales y de talento humano.

En consideración a lo expuesto, la realización de la presente investigación ha tenido como propósito diagnosticar la situación actual de la gestión institucional en el Hospital San Bernabé, con la firme intención de identificar los aspectos y procesos que requieren ya sea de una reestructuración, mejoramiento o fortalecimiento, por lo tanto, la aplicación del esquema diagnóstico del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) dentro del contexto de la institución permite para este caso a través de seis de sus siete dimensiones conocer e identificar de forma meticulosa las necesidades que se encuentran presentes en la institución con respeto a su gestión, lo cual servirá como

complemento estratégico que facilitara una toma de decisiones de forma acertada y oportuna con relación al bienestar social e integral como razón de ser misional.

Antes de exponer los hallazgos encontrados durante el desarrollo de la investigación, seguidamente se describe de forma puntual algunos de los aspectos característicos más relevantes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) como herramienta de mejoramiento estratégico.

Se desarrolló un diagnostico tomando como base la información obtenida a través de entrevistas y cuestionarios aplicados en la institución, la cual fue ingresada al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) con la intensión de determinar el estado actual de la entidad, por lo tanto, la herramienta de autodiagnóstico incluida en el modelo facilito la valoración de los aspectos más significativos y el contexto en general del Hospital San Bernabé a través de cada una de las siete dimensiones en las que se divide el Modelo Integrado de Gestión y Planeación, el cual ha contribuido en la obtención de unos hallazgos e información clave que le servirá a la institución para adoptar una serie de cambios y nuevas posturas que le ayudaran a fortalecerse como una institución de carácter social que presta servicios de salud de alta calidad y acreditación a la comunidad.

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se encuentra conformado por siete dimensiones, las cuales se dividen en componentes, estas a su vez se encuentran conformadas por categorías, y estas últimas se constituyen a partir de variables. Por otra parte, para la calificación en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) se estableció un parámetro basado en una escala de 5 niveles, los cuales a su vez se encuentran diferenciados por colores como se observa a continuación:

Cuadro 1. Niveles de calificación

Puntaje	Nivel	Color
0 - 20	1	
21 - 40	2	
41 - 60	3	
61 - 80	4	
81 - 100	5	

Fuente: Manual Operativo Sistema de Gestión, Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional, 2018.

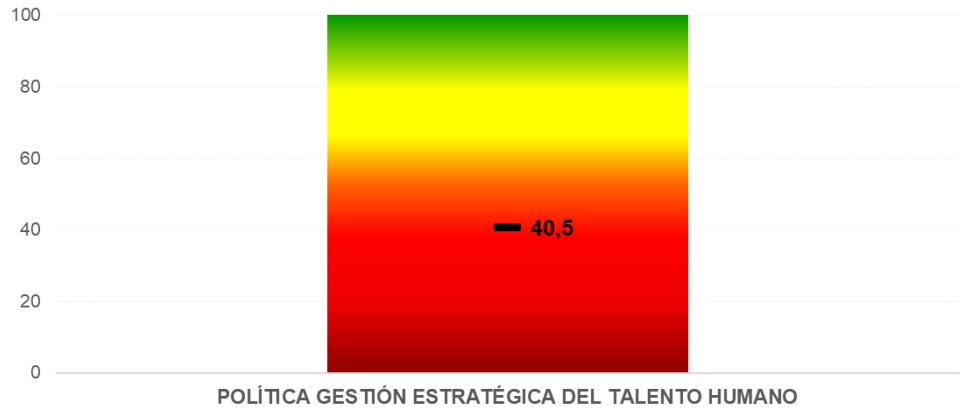
De acuerdo a los propósitos que motivaron el desarrollo de la presente investigación, a continuación, se presentan los hallazgos que se detectaron a través del diagnóstico que se realizó por medio de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

6.1 DIMENSIÓN 1: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

En lo concerniente al contexto relacionado con la gestión del talento humano en el Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande Valle, de acuerdo con lo se registra en el gráfico 1, se muestra de forma general para esta dimensión un puntaje total para la entidad del 40,5%, el cual revela que la meta proyectada con relación a tener una gestión de talento humano optima aún se encuentra lejos de los objetivos trazados por la institución en este campo, lo cual demuestra que en la institución hace falta realizar actividades de mejora y reestructuración en las políticas laborales direccionándolas de la forma más acertada posible desde el departamento de Talento Humano.

A partir de lo identificado en la dimensión que evalúa la gestión del talento humano en el Hospital San Bernabé, se empezara a trabajar en la institución en una serie de programas integrales, los cuales se mencionan en el siguiente apartado, los cuales se enfocaran en la promoción de buenas prácticas laborales, programas de integración, entre otros.

Gráfico 1. Política de la Gestión Estratégica del Talento Humano



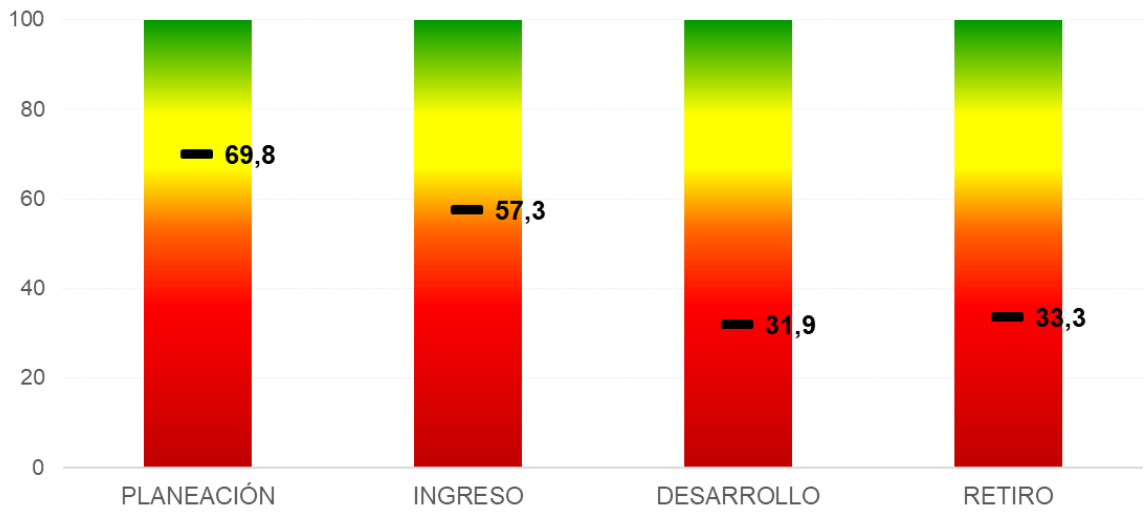
Fuente: Autoría propia

A continuación, se presentan los componentes característicos que conforman la Gestión Estratégica del Talento Humano en el Hospital San Bernabé con relación a su comportamiento dentro del contexto institucional.

6.1.1 Componentes de la Gestión Estratégica del Talento Humano

Al evaluar los cuatro componentes que constituyen la Gestión Estratégica del Talento Humano en la institución, se puede apreciar en el gráfico 2 el siguiente comportamiento:

Gráfico 2. Componentes de la Gestión Estratégica del Talento Humano



Fuente: Autoría propia

Como se puede apreciar en el gráfico 2 se muestra que el componente que registra el mejor comportamiento de los cuatro que conforman la dimensión de la Gestión Estratégica del Talento Humano, es la planeación con 69.8% siendo la más representativa de las cuatro, empero, aún es necesario incluir más herramientas de gestión institucional que permitan mejorar este componente en particular, en segundo lugar el componente asociado al ingreso a la institución con una puntuación del 57.3% muestra que un poco más de la mitad de los ingresos de funcionarios a la institución se han dado de forma acertada.

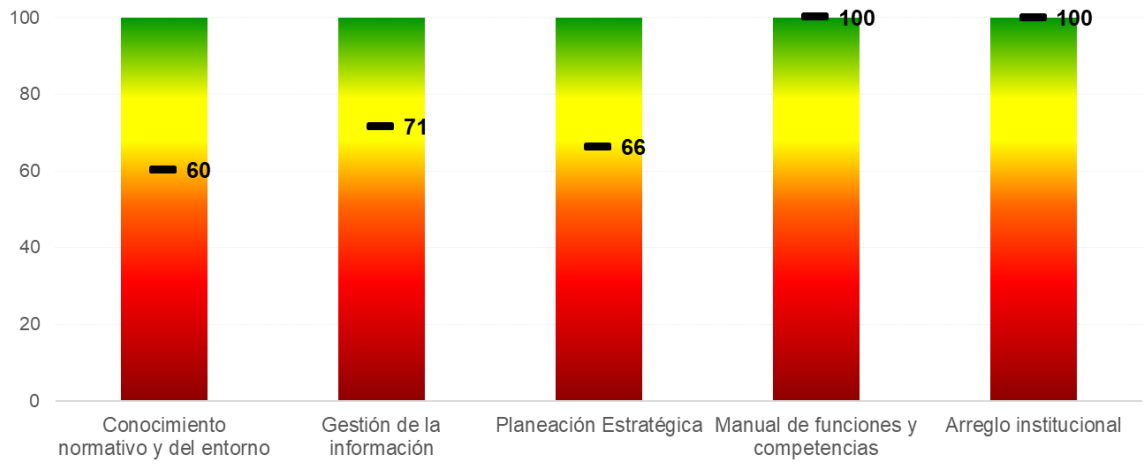
Sin embargo, en cuanto a los componentes de desarrollo y el de retiro para estos casos se dio una calificación del 31,9% y del 33,3% respectivamente, constituyéndose en las más bajas de los cuatro componentes valorados, lo cual demuestra en este sentido que es necesario realizar un ajuste estratégico a las políticas diseñadas por Talento Humano, con el propósito de garantizar el crecimiento y bienestar de los funcionarios dentro del normal ejercicio de su profesión, lo cual a su vez redundara en una mejor calidad tanto la atención como en el servicio prestado al público en general.

6.1.1.1 Categorías por componente en la Gestión Estratégica del Talento Humano

El diagnostico en arrojado sobre los cuatro componentes que constituyen la Gestión Estratégica del Talento Humano de la institución detecto los siguientes hallazgos:

El componente de planeación en la Gestión Estratégica del Talento Humano del Hospital San Bernabé registro el siguiente comportamiento de acuerdo a lo valorado a través del MIPG:

Gráfico 3. Categorías del componente 1: Planeación



Fuente: Autoría propia

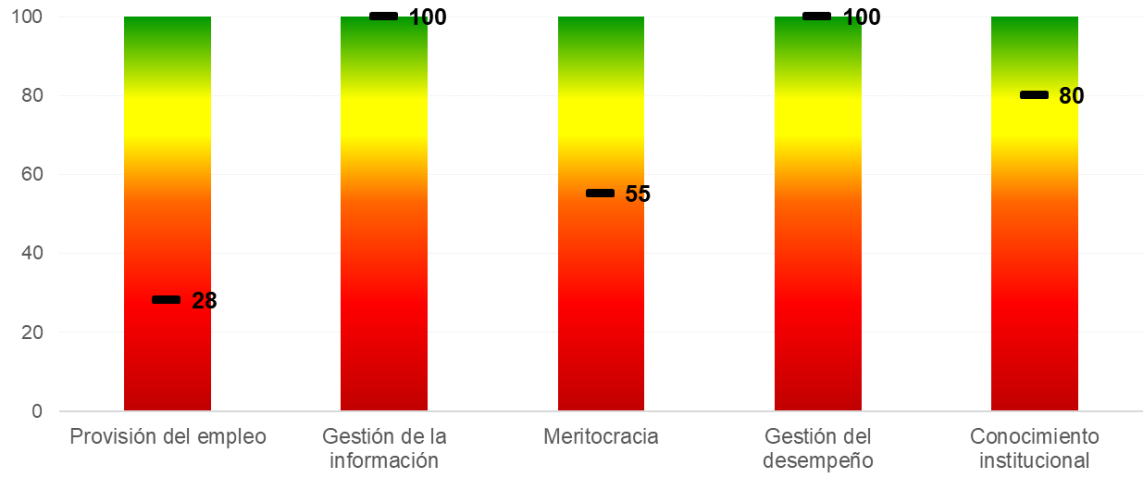
Al observar el grafico 3 las categorías que han cumplido con el 100% de los objetivos institucionales han sido la de la comprensión del manual de sunciones y competencias, y por otro lado la del arreglo institucional, esto se ha dado debido a que los funcionarios tienen claridad sobre los diferentes actos administrativos y lineamientos institucionales en torno a la creación o modificación de la planta de personal vigente.

Seguidamente el componente relacionado con la gestión de la información a pesar de no alcanzar el total de la meta proyectada alcanzo un puntaje del 71%, seguidamente la planeación estratégica con su 66% representa otro de los componentes que registran que la información está siendo manejada de forma estratégica con el fin de tener mayor

accesibilidad a la normatividad aplicable al contexto de Talento Humano en la institución. Por otro lado, el conocimiento normativo y del entorno reporto una calificación del 60%, siendo el primer componente valorado el que presento la menor calificación de los cuatro.

Finalmente, es destacar que los funcionarios cuentan con un conocimiento certero con relación a las funciones que desempeñan y al tipo de entidad al que se encuentran vinculados, aparte de conocer su entorno, también cuenta con los elementos que permiten formular una planeación estratégica con la intención de optimizar la gestión del área, lo cual va permitir crear un mejor ambiente laboral.

Gráfico 4. Categorías del componente 2: Ingreso

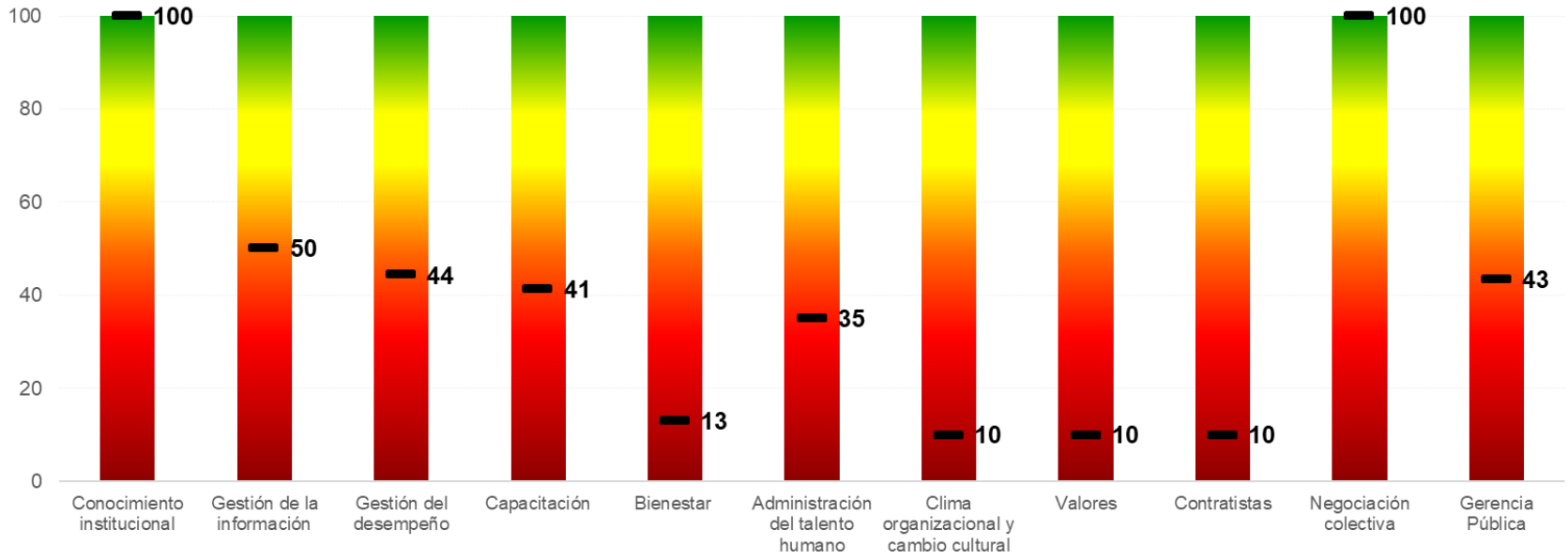


Fuente: Autoría propia

Al igual que en la categoría anterior, la categoría de ingreso presenta 2 componentes en los que ambos alcanzaron el 100% de puntuación cada uno, siendo estos la gestión de la información y la gestión del desempeño, lo cual demuestra que el manejo de la información en el área de Talento Humano se maneja de forma coordinada y organizada, debido a que la información está debidamente ordenada conforme a la normatividad legal e institucional facilitando el acceso a esta cuando esta es requerida. En cuanto al conocimiento institucional, esta categoría reporto una calificación del 80%, lo cual evidencia que en la mayoría de casos se realiza una completa inducción a nuevos funcionarios que ingresan a la institución.

En cuanto a la meritocracia esta presenta un puntaje de 55%, en este caso se puede apreciar que aún faltan herramientas con un mayor grado de exigencia que permitan evaluar de mejor forma las competencias en los candidatos que aspiran a cubrir vacantes temporales o de libre nombramiento y remoción. Por último, la categoría de provisión del empleo presento una muy baja calificación con tan solo un 28%, lo que significa que se necesita de un plan de acción que permita cubrir las vacantes que se generan de forma oportuna y con el personal que cumplan con los parámetros establecidos para cada cargo, igualmente, la implementación de mecanismos de verificación ha permitido mejorar la identificación dentro de los procesos de admisión de funcionarios en cuanto si se trata de servidores con carrera administrativa.

Gráfico 5. Categorías del componente 3: Desarrollo

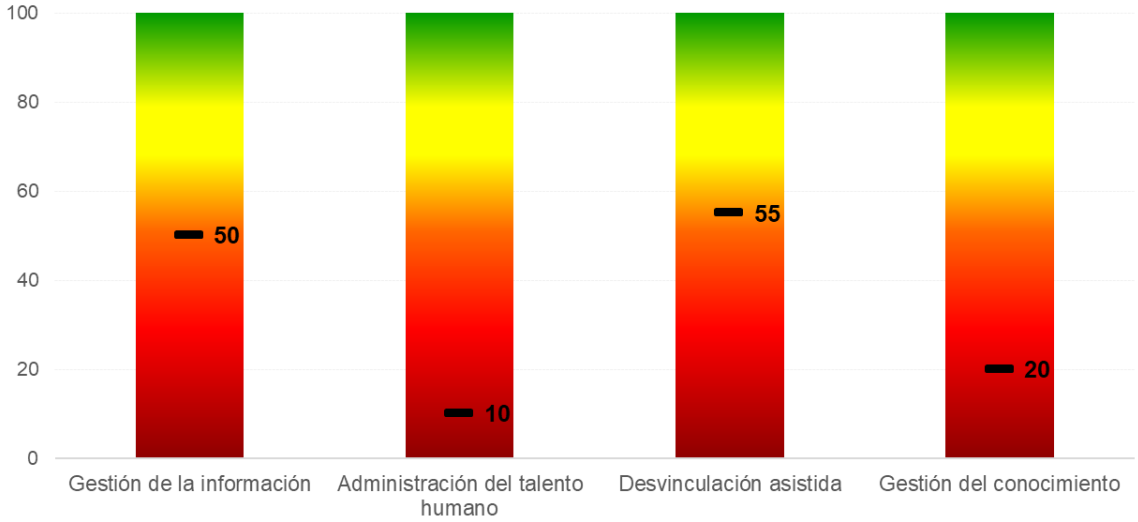


Fuente: Autoría propia.

Frente al componente de desarrollo, tan solo 2 de las 11 categorías alcanzaron el puntaje más alto, es decir 100% para cada una, siendo estas las del conocimiento institucional y la de negociación colectiva , lo cual se justifica en el hecho de que por lo menos cada 2 años se realizan reinducciones al personal en ejercicio , adicionalmente las condiciones de trabajo han sido negociadas bajo acuerdos concertados con sindicatos y asociaciones de forma oportuna.

En cuanto a las demás categorías del componente de desarrollo, se encontró que tan solo una de estas alcanzado un 50% de calificación, la cual fue la de la gestión de la información, mientras que las demás ni siquiera superaron el puntaje en mención, en donde la gestión del desempeño obtuvo un 44%, seguida por la gerencia publica con un 43%, luego la capacitación con un 41%, la administración del talento humano con un 35%, y finalmente con las que registraron una calificación bastante desfavorable fueron: el clima organizacional y cambio cultural; valores y por ultimo contratistas, las cuales reportaron una calificación del 10% cada una, por lo tanto la tendencia de todas las categorías que no alcanzaron ni siquiera un 50% de aprobación se debe principalmente a que no se cuentan los mecanismos suficientes para facilitar la gestión de los conflictos ante la gestión emanada de Talento Humano.

Gráfico 6. Categorías del componente 4: Retiro



Fuente: Autoría propia.

En lo concerniente a las categorías del componente de retiro, se encontró que la que recibió una mejor valoración fue la de la desvinculación asistida con un 55%, seguida muy de cerca con la de la gestión de la información con un 50%, no obstante, las dos restantes recibieron un puntaje bastante bajo, es decir, la gestión

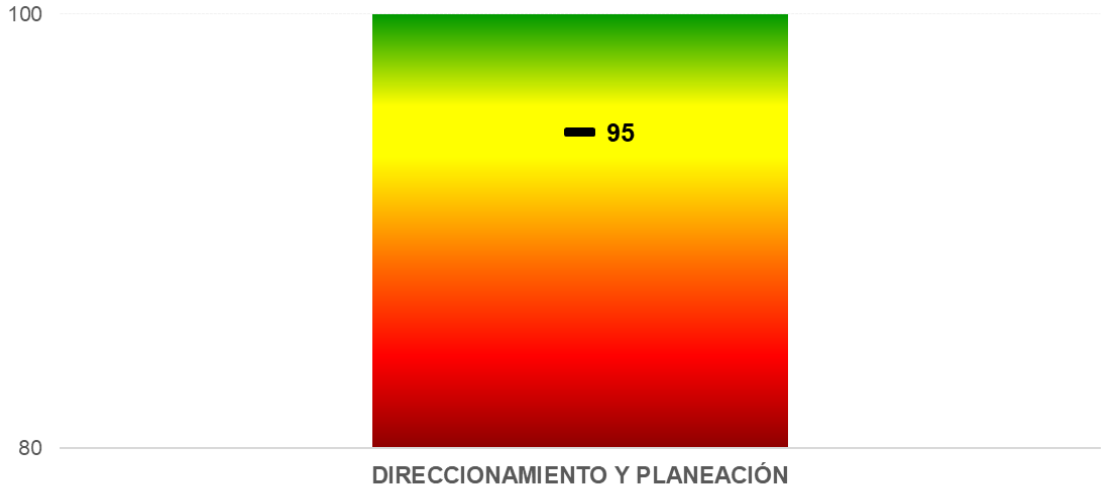
del conocimiento con un 20% y la administración del talento humano con un 10%, por lo tanto, este componente se constituye en uno de los peor valorados, razón que se justifica en la ausencia de mecanismos efectivos que permitan mejorar la transmisión del conocimiento por parte de los servidores que se retiran de la institución a quienes continúan vinculados con el ánimo de darle continuidad a la gestión misional sin mayores traumatismos.

6.2 DIMENSIÓN 2: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

En cuanto al direccionamiento estratégico y planeación presente en el Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande Valle, se encontró que esta dimensión presenta una calificación favorable de conformidad con la valoración que se obtiene a partir del análisis hecho a través del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), en donde se alcanza en buena parte el objeto misional trazado inicialmente por la institución, y el cual obtuvo una favorabilidad del 95%, lo cual se puede observar en el gráfico 7.

Efectivamente, la dimensión del direccionamiento estratégico y planeación se constituye en la mejor valorada dentro del contexto institucional del Hospital San Bernabé y con el mayor puntaje de las dimensiones que se evaluaron, lo que justifica en el impacto positivo que la institución ha ido creando con el paso del tiempo en la región y en su contexto cercano, debido también a que la comunidad a través de sus diferentes grupos de interés social se han sentido identificados con la institución a raíz de que esta ha contribuido con el bienestar en común.

Gráfico 7. Direccionamiento Estratégico y Planeación



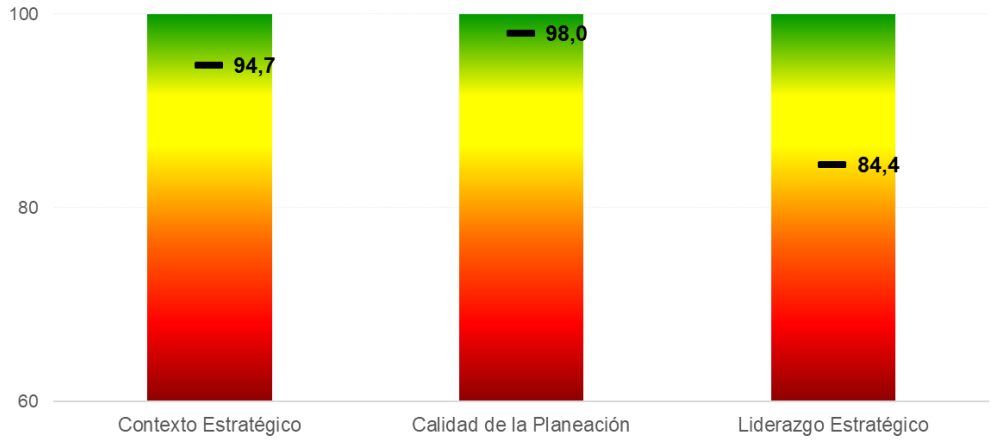
Fuente: Autoría propia.

A continuación, se presentan los componentes particulares que integran la dimensión que analiza el Direccionamiento Estratégico y Planeación en el Hospital San Bernabé con relación a su desempeño e imagen institucional frente al contexto social y cultural beneficiario de la gestión desarrollada por la institución.

6.2.1 Componentes del Direccionamiento Estratégico y Planeación

Tras valorar los tres componentes que componen la dimensión del Direccionamiento Estratégico y Planeación en el Hospital San Bernabé, se identificaron los resultados que seguidamente se pueden observar en el gráfico 8.

Gráfico 8. Componentes del Direccionamiento Estratégico y Planeación



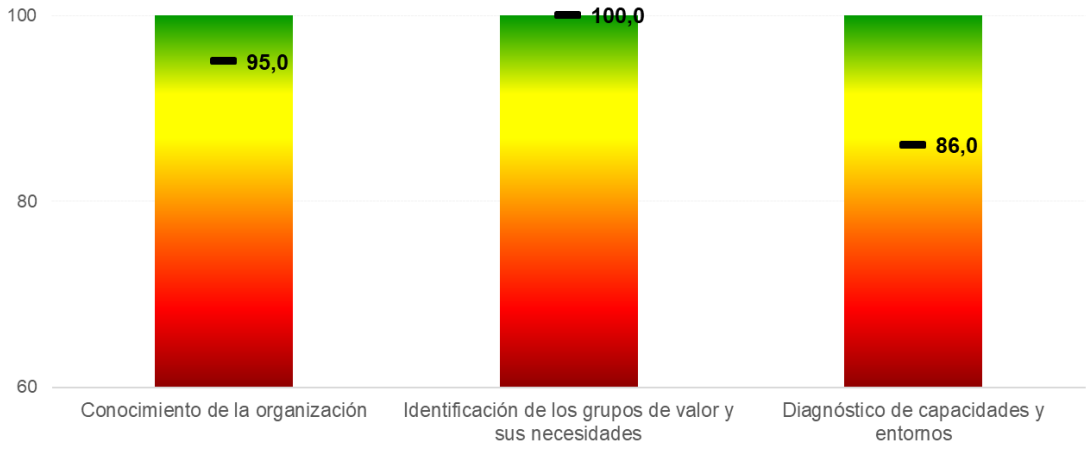
Fuente: Autoría propia.

Dentro de la dimensión del Direccionamiento Estratégico y Planeación se puede apreciar que todos los componentes fueron altamente valorados con puntajes superiores al 80%, en donde específicamente: la calidad de la planeación recibió un puntaje del 98%, mientras que el contexto estratégico obtuvo un 94,7%, finalmente, el liderazgo estratégico fue valorado con un 84%, lo cual ha tenido su origen en el hecho de que la institución goza de amplio reconocimiento y aceptación entre la comunidad debido a la amplia cobertura y oferta de servicios que esta tiene en la jurisdicción del municipio de Bugalagrande

6.2.1.1 Categorías por componente del Direccionamiento Estratégico y Planeación

En función del diagnóstico desarrollado a partir de la valoración de los tres componentes que componen el Direccionamiento Estratégico y Planeación en la institución registro los siguientes resultados:

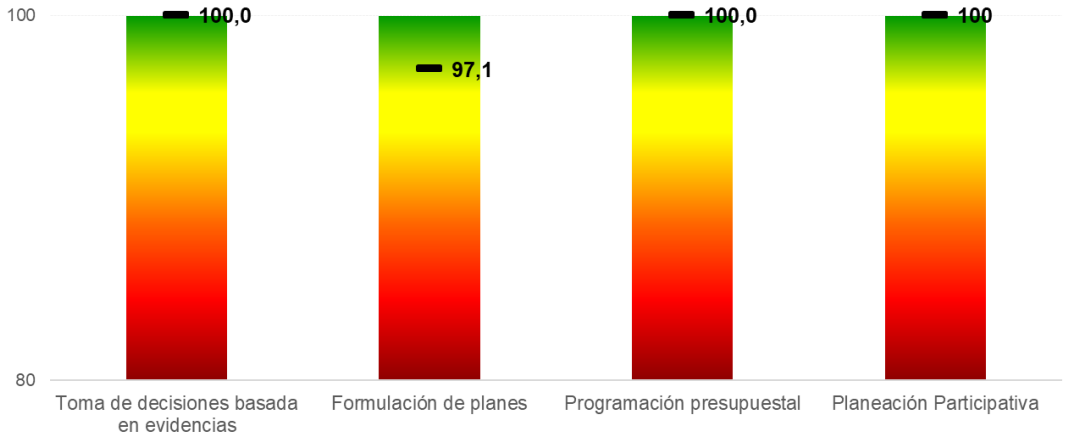
Gráfico 9. Categorías del componente 1: Planeación



Fuente: Autoría propia.

Las tres categorías del componente de planeación recibieron una apreciación favorable, en donde la identificación de los grupos de valor sus necesidades obtuvo un 100% de la calificación, lo cual evidencia que la institución tiene claro el actuar de su objeto misional dentro de la comunidad, en especial la que se está beneficiando de forma directa, seguido muy de cerca por el componente del conocimiento de la organización con un 95%, mientras que el diagnostico de capacidades y entornos con un 86% de valoración.

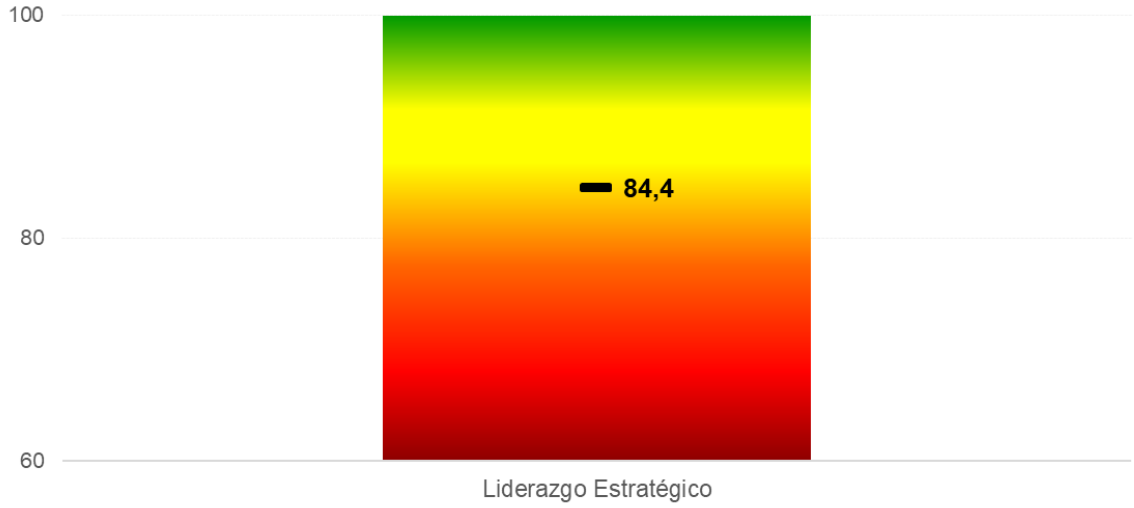
Gráfico 10. Categorías del componente 2: Calidad de la Planeación



Fuente: Autoría propia.

La Calidad de la Planeación se caracterizó por ser la categoría mejor valorada de la dimensión del Direccionamiento Estratégico y Planeación, donde se obtuvieron tres puntajes de 100% en sus cuatro categorías, es decir: la toma de decisiones basada en evidencias; la formulación de planes; y la planeación participativa recibieron similar valorar, por último, la formulación de planes fue la de menor calificación y no por ello represento una apreciación negativa, la cual obtuvo un 97,1% de aprobación.

Gráfico 11. Categorías del componente 3: Liderazgo Estratégico



Fuente: Autoría propia.

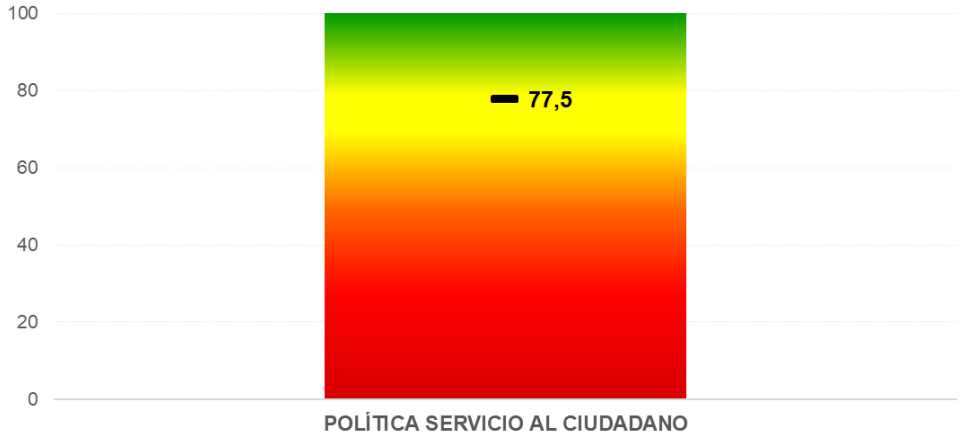
Por su parte, la única categoría que constituye el componente de Liderazgo Estratégico obtuvo igualmente una valoración positiva equivalente al 84,4%, lo cual en parte ha sido fruto de la participación de funcionarios de la institución en los equipos de trabajo en el ejercicio de planeación institucional en aras de contribuir en el continuo mejoramiento y alcance de los diferentes objetivos institucionales.

Utilizar la información generada en el análisis de capacidad institucional, informes de gestión, desempeño y cumplimiento de planes en vigencias anteriores, resultados de la evaluación de indicadores y de riesgos, autoevaluación, auditorías internas y externas, resultados de las estrategias de rendición de cuentas y de la consulta, diagnóstico o planeación participativa realizada, ejecuciones presupuestales, entre otras evidencias vitales para la proyección estratégica de la entidad (analítica institucional)

6.3 DIMENSIÓN 3: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO

La Gestión con Valores para el Resultado dentro del contexto de actuación del Hospital San Bernabé, registra una puntuación aceptable que corresponde a un 77,5% representado en la valoración final de esta dimensión, lo cual significa que la percepción del usuario, con relación a los servicios ofrecidos si han cumplido en buena parte con sus expectativas, por lo tanto, este tipo de información le servirá a la institución para analizar la gestión desarrolla en aras de fortalecer y mejorar los diferentes procesos en torno a la misión y visión institucional.

Gráfico 12. Política de Servicio al ciudadano

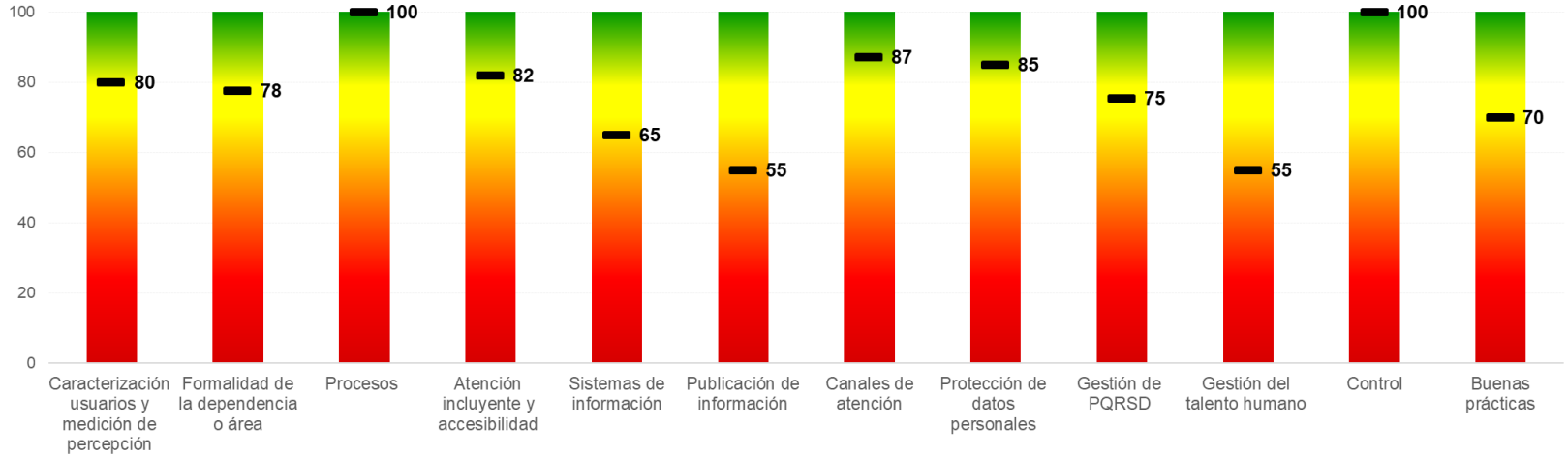


Fuente: Autoría propia.

6.3.1 Calificación por Categorías de la Política de Servicio al ciudadano

Dentro de la calificación que recibieron las 12 categorías que conforman la Política de Servicio al ciudadano, se aprecia que el 50% de estas recibieron calificaciones superiores al 80% de valoración, lo cual las ubica en un nivel de valoración alto, mientras que el 33% de las categorías analizadas reportaron una puntuación comprendida entre el 60% y 80% respectivamente, mientras que tan solo el 17% apenas sobrepaso el 50% de calificación en promedio.

Gráfico 13. Categorías de la Política de Servicio al ciudadano



Fuente: Autoría propia.

De acuerdo con lo observado en el gráfico 13, en el cual se expone la tendencia que registraron las Categorías de la Política de Servicio al ciudadano, se evidencia que 2 de estas categorías alcanzaron el 100% de la valoración, es decir, tanto los procesos como el control lograron obtener una puntuación totalmente aceptable, seguidamente, 4 de estas categorías obtuvieron una puntuación superior al 80%, siendo estas: los canales de atención con un 87%; la protección de datos personales con otro 85%; la atención incluyente y accesibilidad registraron un 82%; y otro 80% correspondiente a la caracterización de usuarios y medición de la percepción.

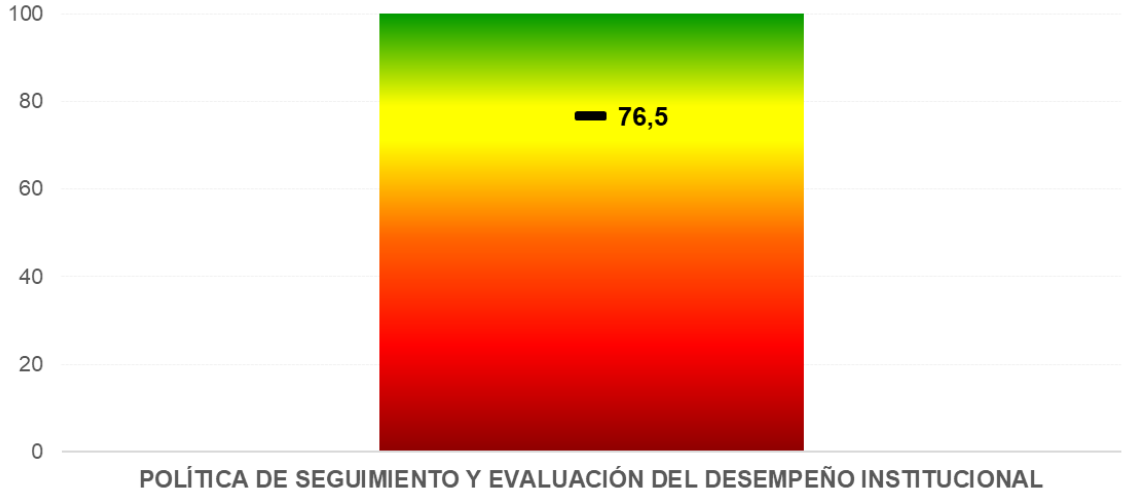
De otro lado, las otras seis Categorías, reportaron puntajes inferiores al 80% de calificación, en donde: la formalidad de la dependencia o área obtuvo un 78%, seguida muy de cerca por la gestión de PQRSD tuvo una calificación del 75%, mientras que las buenas practicas lograron un 70% de calificación, así mismo, los sistemas de información alcanzaron un 65%, finalmente, 2 de las categorías valoradas dentro de la Política de Servicio al ciudadano obtuvieron un puntaje cada una equivalente al 55% de la calificación final, siendo estas: la publicación de información, y la gestión del talento humano.

En definitiva, los anteriores resultados reflejan evidentemente que la institución cuenta con canales de atención al público que han permitido mejorar la gestión de procesos que ayudan a dinamizar y mejorar la atención prestada al ciudadano, a partir del diseño y puesta en marcha de sistemas de información para el registro ordenado y adecuado ante la gestión que finalmente se da en torno a las necesidades de los usuarios de la institución, lo cual ha ido siendo reforzado a través de los diferentes protocolos institucionales previamente establecidos.

6.4 DIMENSIÓN 4: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Frente a la Dimensión que se encarga de analizar los aspectos relacionados con la Evaluación de Resultados en el Hospital San Bernabé, esta presento una calificación efectiva del 76,5% como valoración final de dicha dimensión, la cual justificó su puntuación en la utilidad práctica que ha tenido la información procedente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para formular o reformular planes de acción, programas o proyectos, que por ende han permitido precisar o redefinir cursos de acción, trayectorias de implementación, objetivos, metas y resultados institucionales establecidos con anterioridad y que han recibido nuevos impulsos en aras de conocer estos ayudan a resolver las problemáticas presentes en la comunidad como razón de ser institucional.

Gráfico 14. Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

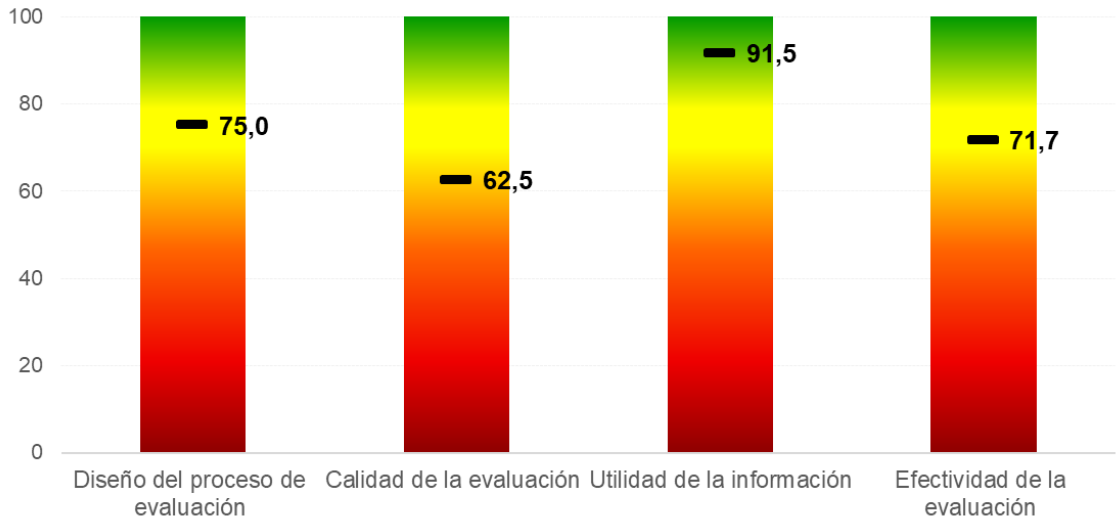


Fuente: Autoría propia.

6.4.1 Calificación por Categorías de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

En la valoración de las cuatro categorías constitutivas de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, se encontró que todas recibieron una calificación aceptable comprendida entre el 62% y el 91,5% como puntaje máximo obtenido, por tanto, a continuación, se presenta de forma gráfica la tendencia de las calificaciones enunciadas.

Gráfico 15. Calificación por Categorías de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional



Fuente: Autoría propia.

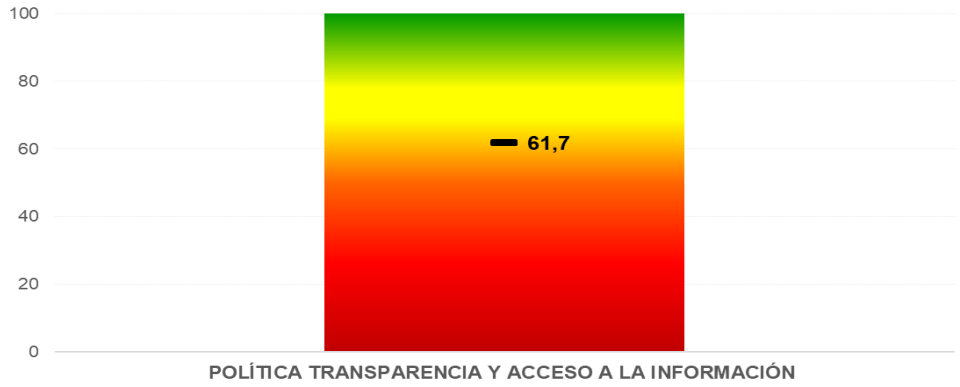
En las calificaciones recibidas, la que mejor sobre sale entre las cuatro categorías es la de la Utilidad de la información con 91,5% de valoración, en segundo lugar, se encuentra la del Diseño del proceso de evaluación, la cual recibe un 75% como calificación, mientras que la Efectividad de la evaluación obtiene un 71,7%, y en último lugar, la Calidad de la evaluación fue la Categoría que recibió menor calificación de las cuatro en mención.

De acuerdo con lo antes descrito se puede establecer que las calificaciones favorables recibidas en las cuatro categorías que conforman la dimensión de la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional, basan su favorabilidad, en el hecho de que se ha enfocado la evaluación como un proceso encaminado a promover la buena gestión y a mejorar el desempeño institucional, lo cual se ha ido fomentando en la institución como una práctica constante tanto en la gestión como en la misión institucional.

6.5 DIMENSIÓN 5: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La información y el empleo de la comunicación como elementos de intermediación en la gestión institucional, se constituyen en la clave para identificar las necesidades presentes en la población como factor influyente en la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de la atención y servicios prestados, de acuerdo al flujo de información divulgada de forma veraz, oportuna, relevante, confiable y de fácil acceso a toda la comunidad. Por tanto, es valorada con un 61,7%, lo cual la ubicada en un nivel que apenas si supera el nivel intermedio en la valoración general.

Gráfico 16. Política de Transparencia y Acceso a la Información

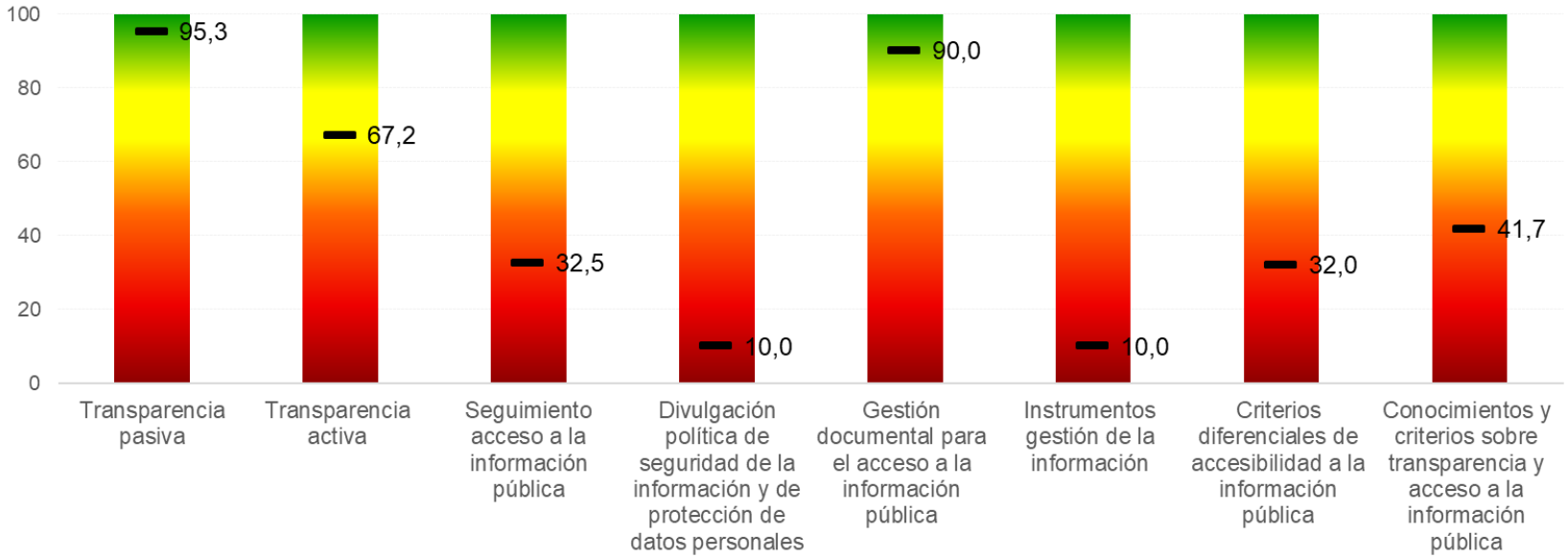


Fuente: Autoría propia.

6.5.1 Calificación por Categorías de la Política de Transparencia y Acceso a la Información

En las ocho categorías que forman parte de la Política de Transparencia y Acceso a la Información, se estableció que más del 50% de estas reportaron una calificación sumamente desfavorable si las comparamos con las categorías de las demás dimensiones a excepción de 2 que lograron alcanzar un puntaje superior al 90%, por tanto, a continuación, se presenta en el gráfico 17 el comportamiento de las categorías con relación a la dimensión que forman:

Gráfico 17. Calificación por Categorías de la Política de Transparencia y Acceso a la Información



Fuente: Autoría propia.

Tan solo 2 de las 8 categorías que forman parte de la Política de Transparencia y Acceso a la Información han logrado obtener una calificación aceptable, tratándose en primer lugar de: la transparencia pasiva con 95,3% de la calificación, seguido por la gestión documental para el acceso a la información pública con un 90% de valoración, en cuanto a la siguiente categoría que recibió una calificación satisfactoria es la relacionada con transparencia activa con un 67,2 de puntaje aprobatorio, lo que significa que tan solo un 38% del grupo de categorías que conforman la dimensión 5 obtuvieron una calificación aceptable.

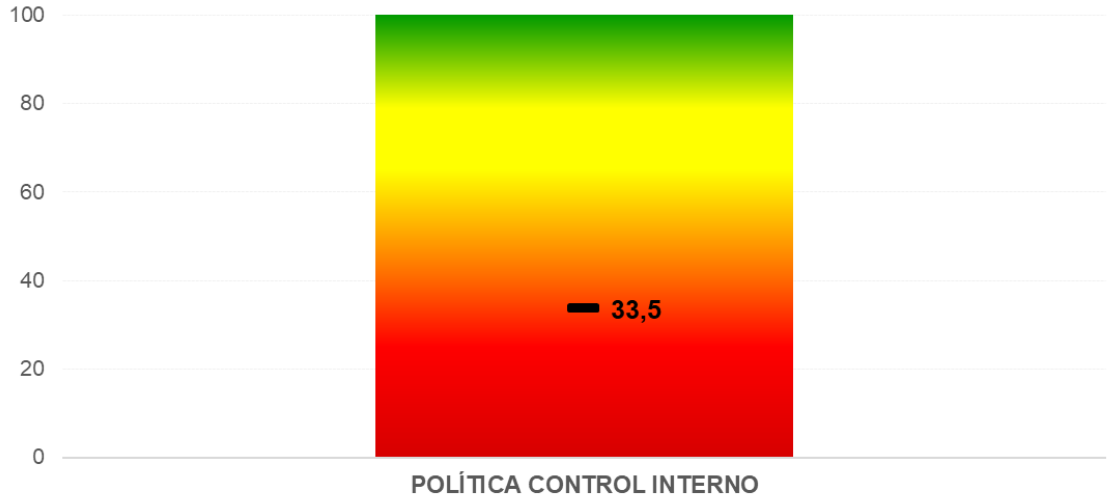
Sin embargo, para el caso del 62% restante de las categorías que conforman la dimensión, se identificó que presentan una puntuación lejana del 50%, la cual se reflejó en: conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información pública con un 41.7% de calificación, luego se obtuvo 32.5% en el seguimiento en el acceso a la información pública, muy de cerca con un 32% de calificación sobre los criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública fue la siguiente categoría, y finalmente, las calificaciones más bajas las recibieron: la divulgación política de seguridad de la información y la protección de datos personales; por el otro lado, instrumentos de gestión de la información recibieron en ambos casos una calificación de tan solo el 10%.

Lo anterior solo refleja que se requieren de unas mejoras significativas en lo concerniente a la exposición de la gestión institucional no solo en cuanto a sus resultados financieros, sino que igualmente sobre los operativos, en especial empleando medios digitales y en línea como un medio de difusión más oportuno de fácil y rápido acceso para la comunidad en general, lo cual significa que la institución necesita optimizar sus herramientas de gestión en línea como estrategia pedagógica y comunicativa que permita reforzar la gestión realizada por los funcionarios a través de la simplificación y facilitación de al menos de algunos de los trámites requeridos por la ciudadanía a través de medios electrónicos.

6.6 DIMENSIÓN 7: CONTROL INTERNO

Al comparar la dimensión que se centra en valorar todo lo relacionado con los diferentes procesos y elementos característicos de la Política de Control Interno presente en la actualidad dentro del contexto institucional del Hospital San Bernabé, se identifica evidentemente, que se trata de la dimensión que más sido impactada de forma negativa con relación a la calificación global reciba, al compararla con la valoración global dada a todas las demás dimensiones medidas a través del MIPG, lo cual arrojo como puntaje final un 33,5% de valoración, por lo tanto, surge entonces la necesidad de rediseñar y replantear la Política de Control Interno a partir de determinar las mejoras a que haya lugar, dotando de mejores herramientas a las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno, en donde se asignen en cabeza de las personas idóneas, las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control.

Gráfico 18. Política de Control Interno

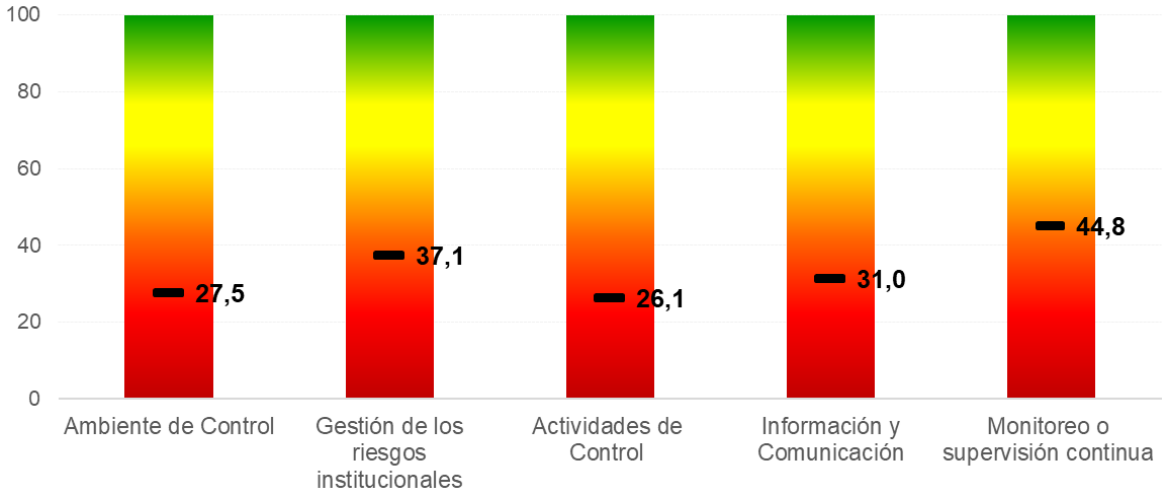


Fuente: Autoría propia.

6.6.1 Componentes de la Política de Control Interno

Frente a la calificación dada a los 5 componentes que forman parte de la Política de Control Interno del Hospital San Bernabé, se logra establecer que todos los elementos presentaron una calificación que más bien tiende a la baja, debido a que ningún componente alcanza a superar el umbral del 50% de valoración, es decir: el monitoreo o supervisión continua fue la que presento la mayor puntuación con un 44,8%, seguido por la gestión de los riesgos institucionales con un 37,1%, por su parte, el componente de la información y comunicación obtuvo un 31% de apreciación, mientras que el ambiente de control alca un 27,5, y por ultimo las actividades de control contaron con tan solo un 26,1 de calificación final.

Gráfico 19. Componentes de la Política de Control Interno



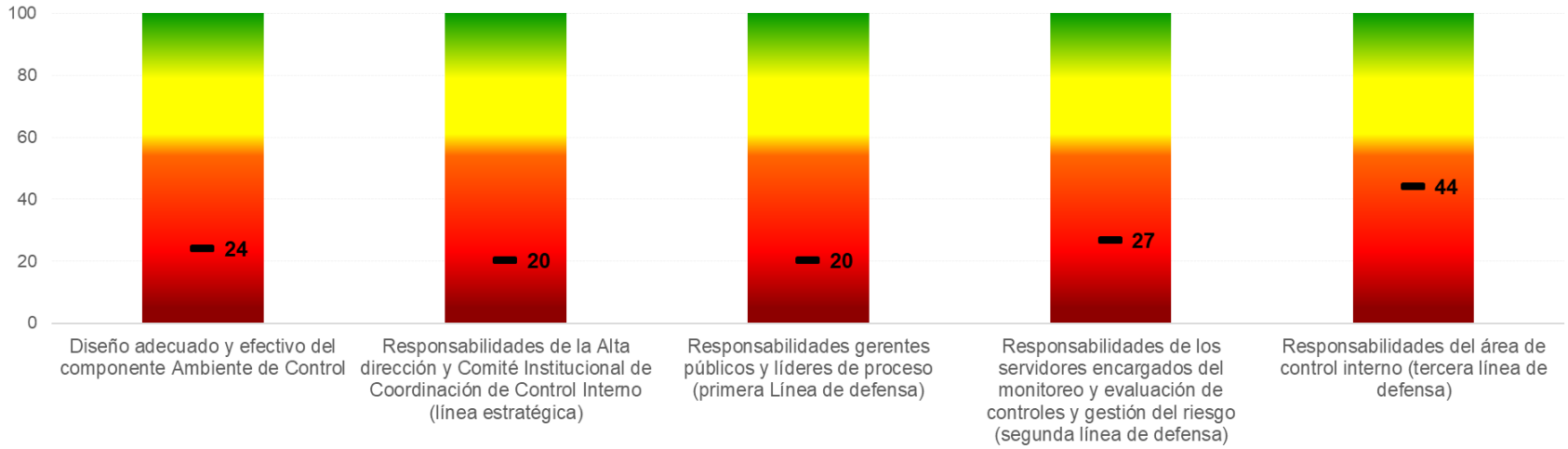
Fuente: Autoría propia.

Está claro que la implementación de un sistema de control interno más eficiente se estado constituyendo en un factor indispensable para lograr garantizar el objeto misional de la institución en aras de continuar sosteniendo la imagen actual, y por ende mantener y mejorar la oferta actual tanto en servicios con en la atención oportuna prestada a la comunidad en general.

6.6.1.1 Categorías por componente de la Política de Control Interno

En función del diagnóstico desarrollado a partir de la valoración de los cinco componentes que integran la Política de Control Interno dentro del Hospital San Bernabé, se describen a continuación los siguientes hallazgos:

Gráfico 20. Categorías del componente 1: Ambiente de Control

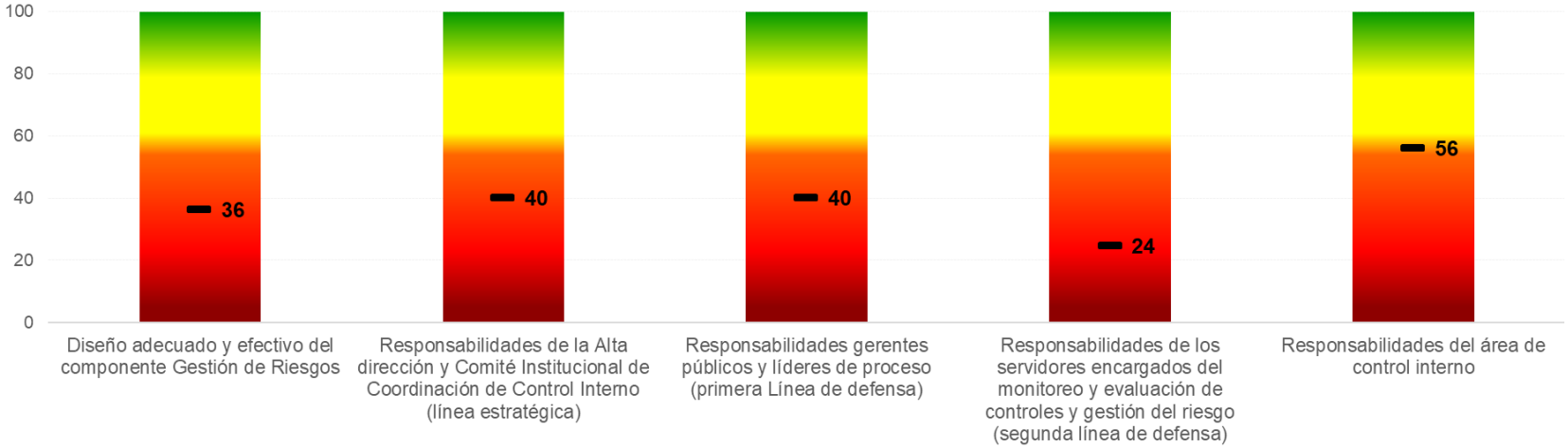


Fuente: Autoría propia.

En el gráfico 20 se aprecia que la mayoría de las categorías no alcanzan ni siquiera el 30% de puntuación, tan solo una categoría sobrepasa el 40%, siendo esta la categoría de las responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa) con un puntaje del 44%, detrás de esta le sigue la de las responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa) con un 27% de

calificación, luego se encuentra el diseño adecuado y efectivo del componente ambiente de control con un 24% de valoración, para el caso de las 2 siguientes categorías ambas recibieron una calificación individual del 20% respectivamente, las cuales se tratan de: responsabilidades de la alta dirección y comité institucional de coordinación de control interno (línea estratégica); y la responsabilidad de gerentes públicos y líderes de procesos (primera línea de defensa).

Gráfico 21. Categorías del componente 2: Gestión de los Riesgos Institucionales

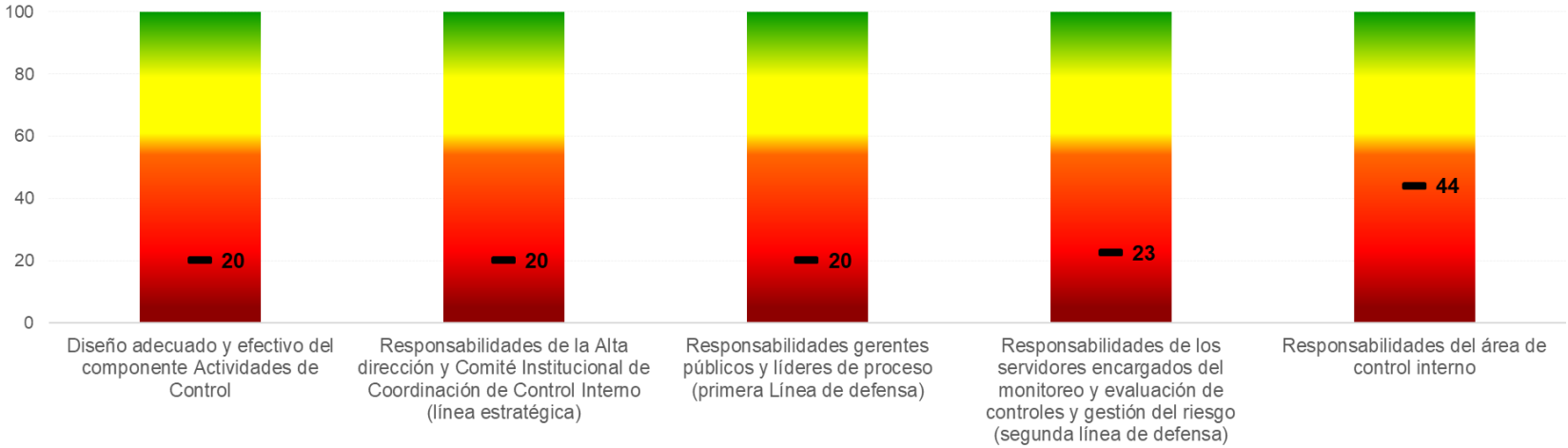


Fuente: Autoría propia.

Dentro del componente se puede observar que la mayoría de categorías tienden a superar el 40% de valoración, en donde solo 3 de las 5 categorías la alcanzan, siendo tan solo una categoría la que alcanza a sobrepasar el 50%, de calificación final: la cual correspondió a la categoría de las responsabilidades del área de control interno con un puntaje del 56% siendo esta la de mayor puntaje, seguidamente las categorías de responsabilidades de la alta dirección y

comité institucional de coordinación de control interno (línea estratégica); y las responsabilidades de gerentes públicos y líderes de procesos (primera línea de defensa) recibieron cada una un 40%, al compararlas con el componente anterior ambas presentan un comportamiento simultáneamente similar, por su parte, la categoría del diseño adecuado y efectivo del componente ambiente de control con un 36%, y en último lugar, las responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa) con un 24% de calificación. De igual forma, es evidente la ausencia de control interno en los diferentes estamentos institucionales, lo cual se ha ido reflejando en la puntuación dada dentro de la dimensión concerniente a las Políticas de Control Interno.

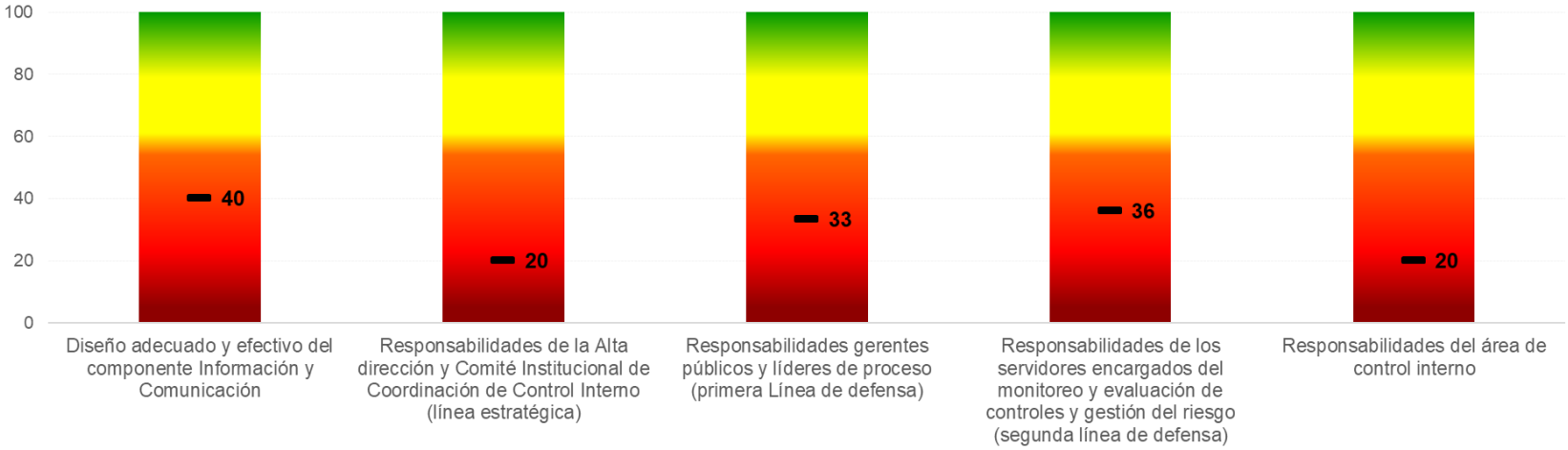
Gráfico 22. Categorías del componente 3: Actividades de Control



Fuente: Autoría propia.

Al revisar el gráfico 22 se observar que la tendencia en las categorías tiende a ser cada vez menor si se les compara con las de los dos componentes anteriores, por lo tanto, como se aprecia en el gráfico 2 el 80% no supera el 25% de puntuación, es decir, 3 de las 5 categorías obtuvieron un 20% de valoración, siendo estas: el diseño adecuado y efectivo del componente actividades de control; las responsabilidades de la alta dirección y comité institucional de coordinación de control interno (línea estratégica); y las responsabilidades de gerentes públicos y líderes de procesos (primera línea de defensa), por otra parte, las responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa) obtuvo un 23% de calificación final, mientras que las responsabilidades del área de control interno con un puntaje del 44% se constituyó en la categoría mejor valorada del componente de las actividades de control.

Gráfico 23. Categorías del componente 4: Información y Comunicación

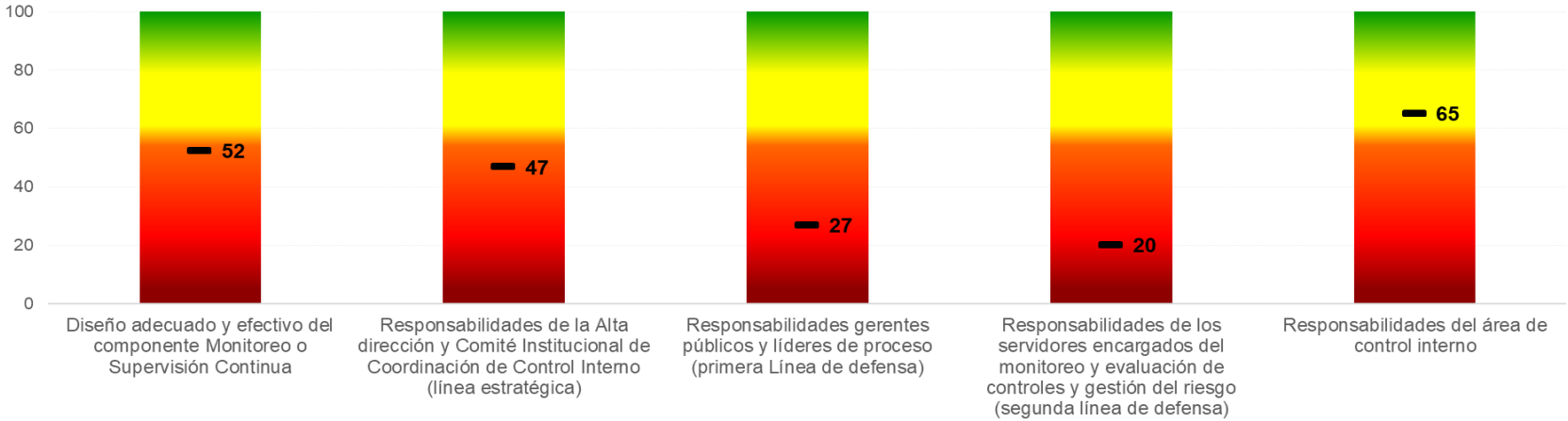


Fuente: Autoría propia.

La tendencia en las categorías que conforman los componentes en la dimensión continúa manteniendo un comportamiento tiende a la baja frente a las demás dimensiones evaluadas por el MIPG, por lo tanto, como se aprecia en el gráfico 23, la puntuación más alta la recibió la categoría del diseño adecuado y efectivo del componente información y comunicación con un 40% de calificación final, en segundo lugar, las responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa) recibe una valoración del 36% respectivamente, muy de cerca, la categoría de las responsabilidades de gerentes públicos y líderes de procesos (primera línea de defensa) cuenta con aprobación de 33%, finalmente, 2 de las categorías obtienen cada una un 20% de calificación, siendo estas: las responsabilidades de la alta dirección y comité institucional de coordinación de control interno (línea estratégica); y las responsabilidades del área de control interno.

En síntesis, se puede establecer que las responsabilidades estratégicas en la institución no están del todo debidamente delimitadas, razón por la cual se requerirá adoptar un plan de acción que permita redefinir el contexto con la intención de mejorar el control efectuada a la gestión institucional actual en aras de contribuir con el fortalecimiento del objeto misional.

Gráfico 24. Categorías del componente 5: Monitoreo o Supervisión Continua



Fuente: Autoría propia.

De las 5 componentes valorados en la dimensión de Control Interno, se observa de acuerdo al gráfico 24, que el componente 5 es el mejor valorado de la dimensión, debido a que por lo menos, 2 de las 5 categorías registraron una calificación superior al 50%, siendo la más alta las responsabilidades del área de control interno, la cual recibe un puntaje del 65%, y en segundo lugar, la categoría del diseño adecuado y efectivo del componente monitoreo y supervisión continua con un 52% de valoración final, seguida muy de cerca por las responsabilidades de la alta dirección y comité institucional de coordinación de control interno (línea estratégica) con un 47% de calificación, sin embargo, 2 de las categorías obtuvieron puntajes inferiores al 30% en promedio, en donde: las responsabilidades de gerentes públicos y líderes de procesos (primera línea de defensa) reporto una calificación del 27%, mientras que las responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa) obtiene el puntaje más bajo del componente 5 con un 20% de valoración.

De acuerdo a lo registrado en el diagnóstico de la dimensión 7, la cual concierne a las Políticas de Control Interno de la institución, se estableció que fue la dimensión que obtuvo la peor calificación y valoración de las 6 dimensiones valoradas a través del MIPG, y esto fundamentalmente, se debe a los precarios instrumentos y protocolos de Control Interno con los que cuenta actualmente el Hospital San Bernabé, razón más que suficiente para llevar a cabo la reformulación de las estrategias administrativas pertinentes que contribuyan con la mejora al control efectuado sobre las diferentes actividades y procesos desarrollados en la institución, esto con el propósito de garantizar la trascendencia y buena imagen de la institución a través del tiempo, lo cual como objetivo misional debe aportar de forma constante a garantizar el bienestar común.

A continuación, se proponen y presentan los planes de acción que permitirán fortalecer y mejorar la gestión institucional a partir de lo valorado anteriormente por el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

7 PROPOSICIÓN DE PLANES DE ACCIÓN A PARTIR DE LO VALORADO POR EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) PARA OPTIMIZAR LA GESTIÓN INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE – VALLE DEL CAUCA.

A continuación, se presentan y proponen los planes de acción que permitirán dar cumplimiento a lo proyectado en el Hospital San Bernabé, sirviendo adicionalmente como complemento a la gestión actualmente presente, a través de la implementación de la diferentes herramientas, protocolos, esquemas y cambios que se describirán a continuación, los cuales permiten reafirmar los objetivos misionales ante la situación actual de la entidad frente a las metas proyectadas, igualmente, a partir de lo aquí mencionado se podrá emplear para proponer nuevos objetivos misionales, lo cual efectiva contribuirá a darle continuidad a los objetivos trazados previamente desde la institucionalidad, y en procura de mantener y garantizar la razón de ser que origino la fundación y creación de la institución.

7.1 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 1: GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

El área de gestión humana para cualquier institución u organización es fundamental para garantizar tanto su funcionamiento como su continuidad, por esa razón, la constante reinvención y valoración de todos los elementos que la integran ayudan indiscutiblemente a que una organización o institución independientemente de su carácter público o privado se fortalezca y conserve un crecimiento sostenido, en síntesis, el área o departamento de talento humano se constituye en uno de los principales pilares que sostiene el actuar operativo y misional en toda organización o institución.

7.1.1 Planes de Acción como complemento de mejora a la Política de la Gestión Estratégica del Talento Humano

De acuerdo al enfoque actual que presenta la Política de Gestión Estratégica del Talento Humano del Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande, a continuación, se proponen los siguientes planes de acción que permitirán optimizar la gestión de la política en mención:

7.1.1.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de los Componentes de la Planeación dentro de la Gestión Estratégica del Talento Humano

1. Vinculación de servidores y contratistas con hojas de vida conforme a lo establecido de acuerdo al SIGEP, en donde se verifica su realidad actual, y el cual contribuirá con depurar y seleccionar el personal que cumpla con los requerimientos de la institución
2. Diseñar un plan periódico de vacantes y provisión de recursos humanos en donde se proyecte los recursos que se requieran para proveer las vacantes a través de concurso.
3. Caracterizar a toda la planta de personal, donde se identifiquen aspectos tales como la propensión, limitaciones físicas, fuero sindical, nivel educativo, entre otros.
4. Concertar y desarrollar un plan estratégico de talento humano que permita medir, analizar y valorar el comportamiento del clima organizacional dentro de la institución.

7.1.1.2 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de los Componentes del Ingreso dentro de la Gestión Estratégica del Talento Humano

1. Implementar mecanismos para evaluar las competencias que deben cumplir los candidatos a cubrir vacantes, ya sean estas temporales, de libre nombramiento o de remoción, esto con el propósito de mejorar los procesos actuales de selección del personal idóneo de acuerdo a las características del cargo a cubrir.
2. Proveer las vacantes en forma definitiva o temporal de forma oportuna, de acuerdo con los parámetros establecidos dentro del plan anual de vacantes.

3. Diseñar listas de posibles candidatos elegibles en la institución, con el propósito de realizar concursos de promoción o ascenso que le permita al personal crecer de forma profesional al tener la oportunidad de participar en un esquema de ascenso justo y equitativo que permita reasignar de forma efectiva al personal de acuerdo a las necesidades de la institución.

7.1.1.3 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de los Componentes del Desarrollo dentro de la Gestión Estratégica del Talento Humano

1. Desarrollar protocolos de valoración periódica del desempeño laboral en torno al servicio prestado al usuario, así como de la gestión a cargo.
2. Formular proyectos de capacitación y aprendizaje continuado.
3. Implementar un programa de bilingüismo en la institución.
4. Diseñar e implementar un plan de bienestar, incentivos y reconocimiento.
5. Promover e integrar programas de teletrabajo en el Hospital.
6. Implementar y viabilizar horarios laborales flexibles.
7. Medir el clima laboral por lo menos una vez al año.
8. Identificar y canalizar las situaciones que atenten contra la integridad moral e individual y profesional del personal en la institución.
9. Realizar ejercicios de integración activa del personal en la evaluación de la gestión, con el fin de identificar oportunidades de mejora y de identificación ideas innovadoras que permitan fortalecer el objeto misional.
10. Diseñar protocolos de evaluación y desarrollo de competencias directivas, gerenciales y actitudinales que contribuyan al fortalecimiento de la gestión institucional.
11. Reestructuración y mejoramiento de la acción reguladora del comité de ética médica hospitalaria.
12. Optimizar y mejorar los procesos en torno al reclutamiento de candidatos idóneos para ocupar cargos estratégicos dentro de la institución de indole gerencial o directivo.

7.1.1.4 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de los Componentes del Retiro dentro de la Gestión Estratégica del Talento Humano

1. Elaborar un informe en donde se identifiquen y describan las razones causantes de retiro, lo cual servirá de información clave en el desarrollo de un plan de previsión del talento humano.
2. Articular procesos donde se realice la transferencia efectiva de conocimientos de parte de quienes se retiran a los que entran a suplirlos en los cargos que ocupaban en la institución.

7.2 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 2: DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION

Para el caso de esta dimensión los planes de acción relacionados a continuación servirán de complemento para fortalecer aún más el direccionamiento estratégico y planeación en el Hospital, teniendo en cuenta que esta fue la dimensión que registro la mejor valoración de todas las dimensiones analizadas a través del MIPG:

7.2.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Gestión de la Política de Direccionamiento y Planeación

1. Garantizar la administración adecuada del riesgo, en todas las áreas de la institución.
2. Generar proyectos articulados y de desarrollo sostenido de los procesos liderados por la institución, y que tienen un alto impacto social en la comunidad.
3. Mejorar la capacidad de la infraestructura tecnológica y de comunicación instalada.

7.3 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 3: GESTIÓN CON VALORES PARA EL RESULTADO

Seguidamente, se presentan algunas de las acciones que contribuirán a mejorar y optimizar la gestión en torno al alcance de mejores y mayores resultados:

7.3.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora del Servicio ciudadano

1. Caracterizar a los usuarios o grupos de interés beneficiados de la gestión institucional.
2. Mejorar y optimizar la política de transparencia, participación y servicio al ciudadano.
3. Desarrollar las acciones que se requieran para facilitar una atención accesible, considerando las necesidades de la población que presentan discapacidades físicas o motrices.
4. Optimizar la consulta en línea de bases de datos con información relevante para el usuario, en donde se organice la información, trámites y servicios que presta la institución. Así mismo, se deben desarrollar mecanismos garantes de los derechos de los ciudadanos, en donde se puedan atender quejas y reclamos en relación con omisiones o acciones erróneas en la institución.
5. Diseñar y habilitar un formulario a través de la página Web del Hospital que permita recensionar peticiones, quejas, reclamos y denuncias, ofreciendo también la posibilidad de realizarlo a través de dispositivos móviles.
6. Valorar periódicamente el desempeño de los funcionarios con relación al servicio prestado al usuario.

7.4 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 4: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se formulan algunas de las acciones que pueden contribuir en la optimización y mejora de los próximos resultados a partir del análisis y evaluación de los resultados institucionales actuales.

7.4.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Gestión Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

1. Realizar una evaluación y seguimiento continuo a los indicadores con base a las metas institucionales trazadas por las diferentes áreas.
2. Sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación, estructurando un control efectivo que permita valor la gestión de las diferentes áreas, a partir del desarrollo de ejercicios de autoevaluación, en donde se evalué la gestión de los funcionarios frente planes, programas y proyectos que estén desarrollo o se tengan en proyección.
3. Redefinir periódicamente el planteamiento de objetivos y resultados misionales con el propósito de contribuir en la resolución de problemas y necesidades identificadas en la ciudadanía.
4. Identificar las brechas presentes entre los resultados alcanzados y los objetivos planteados.
5. Realizar ejercicios de retroalimentación a partir del análisis del logro de las metas y resultados establecidos en la planeación para fortalecer la capacidad de aprender, replanteando los procesos o aspectos poco funcionales.

7.5 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 5: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La información y comunicación como medio de canalización difusión y promoción de la gestión se constituyen en el contexto de interacción integral que debe velar por que se garantice la debida transmisión de la información relevante al público en general de forma oportuna y pertinente, al respeto se relacionan a continuación, las acciones y protocolos que pueden contribuir aún más a optimizar la gestión de la institución en la comunidad:

7.5.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Política de Transparencia y Acceso a la Información

Transparencia pasiva

1. Facilitar al usuario la información sobre el estado de su PQRS a partir del momento de su recepción hasta la resolución de su caso específico.
2. Tener como principio institucional ofrecer un servicio amable y digno a los usuarios.

Transparencia activa

1. Desarrollar actividades y espacios de participación ciudadana de forma frecuente y dinámica.
2. Sistematizar todos sus trámites a través de medios electrónicos.
3. Diseñar un plan anticorrupción de forma participativa, a partir de las observaciones y recomendaciones de los funcionarios y representantes de la comunidad.
4. El equipo de funcionarios debe considerar como una premisa la transparencia y el acceso a la información como una herramienta fundamental para mejorar la democracia, la rendición de cuentas, prevenir la corrupción y mejorar la calidad de los servicios ofertados a la comunidad.
5. La institución debe publicar en su sitio Web de transparencia y acceso a la información las noticias de la entidad relacionadas con la información específica de: servicios, horarios de atención, mecanismos de atención a PQRS, manejo de

contratistas, contratación, entes de control que vigilan la institución, y publicar sus bases de datos abiertos.

Seguimiento y acceso a la información pública

1. Realizar seguimiento a la gestión de forma frecuente frente al marco de transparencia.
2. Medir la gestión y resolución de problemas y necesidades de los usuarios.
3. Implementar una encuesta de satisfacción al ciudadano en línea fácilmente accesible a través de cualquier dispositivo móvil.

Divulgación de la política de seguridad de la información y de protección de datos personales

1. Aprobar e implementar una política de seguridad y protección de la información y datos personales.

Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública

1. Caracterizar a los usuarios de los diferentes servicios de salud con el fin de ajustar y adaptar sus procesos de acuerdo a sus necesidades.
2. Disponer de canales de comunicación óptimos y adecuados que se ajusten a las necesidades de los usuarios.
3. La Entidad debe contar con recursos en su página web para permitir el acceso a la información a la población con discapacidad (ej. videos con lenguaje de señas o con subtítulos).

7.6 PLANES DE ACCIÓN DIMENSIÓN 7: CONTROL INTERNO

El control interno como aspecto de importancia estratégica para cualquier tipo de institución se constituye en el componente regulador idóneo para garantizar la normalidad en el desarrollo de la misión institucional, sin embargo, en la institución evaluada se identificó una serie de grandes falencias en el sistema de control interno que podrán superarse aplicando los siguientes aspectos propuestos:

7.6.1 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora del Ambiente de Control

- **Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control.**

1. Demostrar el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, por parte de todos los servidores de la entidad, independientemente de las funciones que desempeñan.
2. Cumplir las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno y determinar las mejoras a que haya lugar, por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.
3. Asumir la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la consecución de los objetivos institucionales, por parte de la alta dirección.
4. Dar carácter estratégico a la gestión del talento humano de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad.
5. Asignar en personas idóneas, las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control.

- **Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica).**

1. Cumplir con los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público.
2. Determinar las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad.
3. Desarrollar los mecanismos incorporados en la Gestión Estratégica del Talento Humano.

- **Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa).**

1. Promover y cumplir, a través de su ejemplo, los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público, en el marco de integridad.
2. Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo.
3. Proveer información a la alta dirección sobre el funcionamiento de la entidad y el desempeño de los responsables en el cumplimiento de los objetivos, para tomar decisiones a que haya lugar.
4. Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los servidores a su cargo, evaluar su desempeño y establecer las medidas de mejora.
5. Asegurar que las personas y actividades a su cargo, estén adecuadamente alineadas con la administración.

- **Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).**

1. Aplicar los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público.
2. Facilitar la implementación, monitorear la apropiación de dichos estándares por parte de los servidores públicos y alertar a los líderes de proceso, cuando sea el caso.

3. Apoyar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales.
4. Monitorear y supervisar el cumplimiento e impacto del plan de desarrollo del talento humano y determinar las acciones de mejora correspondientes, por parte del área de talento humano.
5. Analizar e informar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso sobre los resultados de la evaluación del desempeño y se toman acciones de mejora y planes de mejoramiento individuales, rotación de personal.

❖ **Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa).**

1. Evaluar la eficacia de las estrategias de la entidad para promover la integridad en el servicio público, especialmente, si con ella se orienta efectivamente el comportamiento de los servidores hacia el cumplimiento de los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público; y si apalancan una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles.
2. Evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos.
3. Proporcionar información sobre la idoneidad y efectividad del esquema operativo de la entidad, el flujo de información, las políticas de operación, y en general, el ejercicio de las responsabilidades en la consecución de los objetivos.

7.6.2 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Gestión de los riesgos institucionales

❖ **Diseño adecuado y efectivo del componente Gestión de Riesgos.**

1. Identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad

2. Brindar atención prioritaria a los riesgos de carácter negativo y de mayor impacto potencial.
3. Considerar la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional.
4. Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno.

- **Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica).**

1. Asumir la responsabilidad primaria del Sistema de Control Interno y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo.
2. Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad.
3. Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles.

- **Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa).**

1. Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.
2. Definen y diseñan los controles a los riesgos.
3. A partir de la política de administración del riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección. Con base en esto, establecen los mapas de riesgos.
4. Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos. Implementan

procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisan la exposición de la entidad al fraude con el auditor interno de la entidad.

- **Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).**

1. Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada.
2. Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de fraude.
3. Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI.
4. Monitorear cambios en el riesgo legal, regulatorio y de cumplimiento.
5. Consolidar los seguimientos a los mapas de riesgo.
6. Establecer un líder de la gestión de riesgos para coordinar las actividades en esta materia.
7. Elaborar informes consolidados para las diversas partes interesadas.
8. Seguir los resultados de las acciones emprendidas para mitigar los riesgos, cuando haya lugar.
9. Los supervisores e interventores de contratos deben realizar seguimiento a los riesgos de estos e informar las alertas respectivas.

- **Responsabilidades del área de control interno.**

1. Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna.
2. Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías.
3. Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad.

7.6.3 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de las Actividades de Control

- **Diseño adecuado y efectivo del componente Actividades de Control.**

1. Determinar acciones que contribuyan a mitigar todos los riesgos institucionales.
2. Definir controles en materia de tecnologías de la información y la comunicación TIC.
3. Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.

- **Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica).**

1. Establecer las políticas de operación encaminadas a controlar los riesgos que pueden llegar a incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales.
2. Hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de controles.

- **Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa).**

1. Mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control en el día a día.
2. Diseñar e implementar procedimientos detallados que sirvan como controles, a través de una estructura de responsabilidad en cascada, y supervisar la ejecución de esos procedimientos por parte de los servidores públicos a su cargo.
3. Establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes, con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna.
4. Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control.

5. Diseñar e implementar las respectivas actividades de control. Esto incluye reajustar y comunicar políticas y procedimientos relacionados con la tecnología y asegurar que los controles de TI son adecuados para apoyar el logro de los objetivos.

- **Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).**

1. Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por los gerentes públicos y líderes de proceso.
2. Asistir a la gerencia operativa en el desarrollo y comunicación de políticas y procedimientos.
3. Asegurar que los riesgos son monitoreados en relación con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.
4. Revisar periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia y actualizarlas de ser necesario.
5. Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea.
6. Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos.
7. Grupos como los departamentos de seguridad de la información también pueden desempeñar papeles importantes en la selección, desarrollo y mantenimiento de controles sobre la tecnología, según lo designado por la administración.
8. Establecer procesos para monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente.

- **Responsabilidades del área de control interno.**

1. Proporcionar seguridad razonable con respecto al diseño e implementación de políticas, procedimientos y otros controles.
2. Proporcionar información sobre la eficiencia, efectividad e integridad de los controles tecnológicos y, según sea apropiado, puede recomendar mejoras a las actividades de control específicas.

7.6.4 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora de la Información y Comunicación

- **Diseño adecuado y efectivo del componente Información y Comunicación.**

1. Obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.
2. Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.
3. Comunicarse con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno.

- **Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica).**

1. Responder por la fiabilidad, integridad y seguridad de la información, incluyendo la información crítica de la entidad independientemente de cómo se almacene.
2. Establecer políticas apropiadas para el reporte de información fuera de la entidad y directrices sobre información de carácter reservado, personas autorizadas para brindar información, regulaciones de privacidad y tratamiento de datos personales, y en general todo lo relacionado con la comunicación de la información fuera de la entidad.

- **Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa).**

1. Gestionar información que da cuenta de las actividades cotidianas, compartiéndola en toda la entidad.
2. Desarrollar y mantener procesos de comunicación facilitando que todas las personas entiendan y lleven a cabo sus responsabilidades de control interno.

3. Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales.
4. Asegurar que entre los procesos fluya información relevante y oportuna, así como hacia los ciudadanos, organismos de control y otros externos.
5. Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados.
6. Implementar métodos de comunicación efectiva.

- **Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).**

1. Recopilar información y comunicarla de manera resumida a la primera y la tercera línea de defensa con respecto a controles específicos
2. Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos
3. Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias
4. Proporcionar a la gerencia información sobre los resultados de sus actividades
5. Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno

- **Responsabilidades del área de control interno.**

1. Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la entidad y recomienda, según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y salvaguardas.
2. Informar sobre la confiabilidad y la integridad de la información y las exposiciones a riesgos asociados y las violaciones a estas.
3. Proporcionar información respecto a la integridad, exactitud y calidad de la comunicación en consonancia con las necesidades de la alta dirección.
4. Comunicar a la primera y la segunda línea, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación.

7.6.5 Acciones y Protocolos a Desarrollar Para Alcanzar la Optimización y Mejora del Monitoreo o supervisión continua

- **Diseño adecuado y efectivo del componente Monitoreo o Supervisión Continua.**

1. Realizar autoevaluaciones continuas y evaluaciones independientes para determinar el avance en el logro de las metas, resultados y objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno.
2. Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas.
3. Realizar evaluaciones continuas a los diferentes procesos o áreas de la entidad, en tiempo real, por parte de los líderes de proceso, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros.
4. Determinar, a través de auditorías internas, las debilidades y fortalezas del control y de la gestión, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados.

- **Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica).**

1. Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa.
2. Asegurar que los servidores responsables (tanto de la segunda como de la tercera línea defensa cuenten con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias.

Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa).

1. Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso.
2. Informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad.

3. Comunicar deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda.

- **Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).**

1. Llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno.
2. Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles.
3. Suministrar información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecidas.
4. Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones.

- **Responsabilidades del área de control interno.**

1. Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa.

8 EXPOSICION DE LOS BENEFICIOS QUE SE OBTENDRÁN A PARTIR DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE ACCIÓN INFLUIDOS POR LAS DIMENSIONES DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG) EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL DEL HOSPITAL SAN BERNABÉ DEL MUNICIPIO DE BUGALAGRANDE

Después de conocer los hallazgos detectados a través de la valoración efectiva del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el contexto Institucional del Hospital San Bernabé del Municipio de Bugalagrande, se presentan a continuación los principales beneficios que puede alcanzar la institución al adoptar, implementar y aplicar de forma efectiva los planes de acción anteriormente mencionados, lo cual evidentemente, contribuirá a crear mayor confianza y seguridad en las diferentes gestiones y procesos que la institución viene desarrollando, por lo tanto, de acuerdo con lo plasmado en el Manual Operativo Sistema de Gestión publicado por la Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional (12), seguidamente se presentan y describen los principales beneficios y alcances que pueden contribuir en el fortalecimiento tanto de la gestión y misión institucional basándose fundamentalmente en la introducción de buenas prácticas que conlleven al alcance de mejores resultados.

En consideración a lo señalado, seguidamente se presentan los beneficios y alcances más significativos que la institución puede alcanzar tras implementar las acciones y protocolos mencionados en la presente investigación, esto a modo de proyección de lo que se puede lograr en relación al alcance y optimización de la misión institucional.

8.1 POLÍTICA DE RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES

Partiendo de una política integral de fortalecimiento institucional basada en la simplificación efectiva de procesos, es pertinente mencionar que la racionalización de

trámites permitirá simplificar, eliminar, optimizar y articular, procesos, trámites, autorizaciones y procedimientos, que contribuirá a lograr una mejor atención al usuario de forma ágil y oportuna, eliminando con ello diversos trámites burocráticos que son innecesarios, y que por ende atentan contra la calidad del servicio prestado, adicionalmente, otro de los beneficios a lograr es la reducción de costos y ahorro en tiempos, a partir de la supresión y eliminación de documentos, procesos y procedimientos que no generan valor agregado al servicio prestado.

Existen de acuerdo a lo mencionado en el Manual Operativo Sistema de Gestión pública (12) una serie de aspectos claves que permitirá indudablemente optimizar y mejorar la calidad de la atención y los servicios prestados a la comunidad basándose inicialmente en la identificación de trámites de alto impacto, en los cuales se debe en primer lugar verificar si existen procesos, documentos o elementos que no están generando valor agregado al servicio o atención prestada, los que posteriormente deberán ser valorados, luego se procede con su eliminación, supresión o rediseño según sea el caso.

8.2 POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA GESTIÓN PÚBLICA

El diseño, difusión, introducción y puesta en marcha de espacios de participación ciudadana dentro de lo que concierne a la gestión pública del Hospital San Bernabé del municipio de Bugalagrande, permitirá a través de diagnósticos, valoraciones y seguimientos en base a lo valorado en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, implementar cambios que ayudan a definir las herramientas y elementos que facilitaran el acercamiento de la ciudadanía con relación a la gestión pública de la institución en aras fomentar un ambiente de inclusión donde sean escuchadas propuestas emanadas de parte de la comunidad, así mismo, los diferentes eventos de participación ciudadana servirán como elementos de retroalimentación que permitirán a la administración del Hospital redefinir, mejorar o complementar sus políticas de atención a la comunicación.

Por otra parte, el hecho de publicar y difundir los resultados generados periodo tras periodo por la institución, contribuyen indiscutiblemente a fomentar un ambiente de transparencia y buenas practicas ante la comunidad, ello debido a que la gestión que desarrolla como institución pública se ha constituido en un alto potencial para crear cada vez más un impacto positivo en la región y convertirse en un ejemplo de buena gestión, administración y cumplimiento óptimo de la función pública.

8.3 OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA GESTIÓN DE LAS ENTIDADES

La optimización de recursos permitirá a la institución desarrollar una mejor gestión al reducir los costos de operación y administración, basándose principalmente, en la eliminación de todos aquellos procesos y procedimientos que le han venido representando no solo desperdicios de insumos a la institución, sino que también conllevado a algunos funcionarios a utilizar tiempo que se podría emplear en actividades que si contribuyan de forma significativa en la gestión y misión institucional.

Por otra parte, el establecimiento de alianzas público-privadas con otras organizaciones a nivel regional permitirán realizar e integrar alianzas interinstitucionales de forma estratégica que conllevarán a la entidad a aunar esfuerzos, y por ende optimizar la atención prestada a la comunidad, lo cual le facilitara al usuario acceder a diferentes servicios ya sea que estos los preste la institución o se remitan a otra que cuente con otro tipos de servicios complementarios a la salud o que por el nivel de complejidad requiera una atención especializada, siempre y cuando la entidad tenga un déficit en recursos físicos, financieros o humanos.

9 CONCLUSIONES

El Hospital San Bernabé goza actualmente de una buena imagen y reconocimiento a nivel regional, lo cual le facilitado la obtención y culminación de diversos procesos de certificación que han ido acreditando a la institución como ente que presta servicios de calidad de forma integral a la comunidad en general.

En lo concerniente a la dimensión que valora específicamente la gestión del talento humano y sus políticas, esta arrojó una puntuación en promedio inferior al 50%, lo cual indica que el área de gestión humana en la institución presenta grandes falencias en sus políticas estructurales en cuanto a su función de planeación y control para la cual fue conformada inicialmente, lo cual es fiel reflejo de que se requieren ajustes que permitan fortalecer sus políticas en aras de optimizar y mejorar la gestión partiendo de la reorganización de los procesos existentes en torno al personal vinculado a la institución.

La dimensión que evaluó el direccionamiento estratégico y planeación se ha caracterizado en la institución por ser un área estratégica y de vital importancia para la institución, esto debido a que la institución a nivel regional se ha posicionado de forma efectiva creando un impacto positivo en toda la comunidad, lo cual también se debe a que es la única institución prestadora de servicios de salud dentro de la jurisdicción del municipio de Bugalagrande, y adicionalmente, la gran mayoría de funcionarios se encuentran alineados de forma acertada con el objeto misional del Hospital, lo que ha contribuido a que la institución garantice su trascendencia a través del paso del tiempo y de las exigencias y necesidades presentes en la comunidad.

Frente a la gestión con valores para el resultado, se encontró que en cuanto a lo que se valoró en la política de servicio al ciudadano, la puntuación fue ampliamente aceptable y muy cercana al 80%, lo cual indica, que la percepción que tiene el ciudadano del común frente a la gestión institucional llevada a cabo es muy positiva, lo cual evidencia que la

institución se ha esmerado en prestar una atención propicia y adecuado al público, que igualmente se reflejado en la calidad de los servicios prestados.

Al revisar la evaluación de resultados, este arrojo una muy buena calificación muy cercana al 80%, lo cual evidencia que las políticas de seguimiento y valoración del desempeño institucional son cada vez más efectivas, sin embargo, se requiere continuamente estar desarrollando procesos de mejora, actualización y optimización que permitan alcanzar el 100% de las metas trazadas por la institución.

Por su parte, la valoración de la dimensión de información y comunicación registro una puntuación que apenas si superó el 60% de valoración, lo cual denota que las políticas de transparencia y acceso a la información cumplen con estándares propicios para su guarda, custodia y manejo, sin embargo, hace falta implementar mejoras en los sistemas y políticas de manejo y control de la misma en pro de garantizar la información de todas las personas y procesos que de una u otra forma se ven involucrados en las diferentes actividades y procesos institucionales.

Sin embargo, la dimensión que registro la más baja calificación fue la del Control interno, lo cual evidencia que es notoria la necesidad de mejorar y complementar los protocolos de gestión asociados al control interno, esto con la intensión no solo de regular todos los procesos, procedimientos y actividades que se realizan de forma interna y externa en torno a los propósitos misionales de la institución, sino que adicionalmente ayudara a dar un valor agregado al servicio y atención prestados al público en general.

Es de destacar que la institución se caracteriza por ser un centro de atención de baja complejidad, no obstante, a medida que la institución vaya adquiriendo equipos de mayor avance tecnológico, se contrate a más profesionales, y se oferten servicios de mayor complejidad, ello le permitirá volverse cada vez más competitiva en el contexto local, logrando con ello mejorar su cobertura en servicios a la comunidad.

10 RECOMENDACIONES

Es de vital importancia realizar los ajustes y cambios pertinentes que permitan crear los protocolos y comités de control interno, quienes serán garantes de que la institución está realizando procesos y procedimientos de forma idónea y transparente, por lo tanto, la socialización de los planes de acción para mejorar el control interno en la institución ante la comunidad y los funcionarios servirá como marco referente de inclusión y participación ciudadana en las decisiones estratégicas de la institución, que por ende servirán de insumo para apropiar y evaluar los elementos que permitan conforman los comités de control interno así como de su normatividad institucional que será guía de la gestión por la cual deben velar dentro del actuar institucional y las buenas prácticas en los servicios y procesos presentes actualmente en la institución.

A partir de lo observado en la investigación llevada a cabo, se sugiere diseñar programas de bienestar en la institución que permitan contrarrestar los casos en los que se han detectado falencias en cuando al nivel de interpretación y manejo de situaciones por parte de algunos de los funcionarios.

Es preciso destacar que se debe replantear y evaluar, la posibilidad de gestionar y apropiar mayores recursos para adquirir más equipos, y contratar a más profesionales con el propósito de ampliar la oferta de nuevos servicios, y de esa forma mejorar la cobertura en servicios que actualmente presenta la institución.

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Nota de Información/2009/1: La crisis financiera y la salud mundial. [Internet] [Consultado 2019 Julio 20] Disponible en: https://bit.ly/2OBIuET
2. Dinero. Sector salud: ¿una década perdida? [Internet]. Bogotá D.C.: Dinero-Publicaciones-Semana S.A.; 25 de noviembre de 2018. [¨Consultado 5 Agosto 2019]. Disponible en: https://bit.ly/2RlpZB6
3. Torres Hernández Z. Administración estratégica. México D.F.: Grupo Editorial Patria S.A. de C.V.; 2014. ISBN ebook: 978-607-438-868-8.
4. Minsalud, Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud. Bogotá D.C.; 2018.
5. Conexión ESAN [internet] Lima: Universidad ESAN; 11 de mayo de 2016 [Consultado 2019 agosto 1] Disponible en: https://bit.ly/2KYfb8t.
6. Fonseca Luna O. Sistemas de Control Interno Para Organizaciones. 1 ed. Lima: Instituto en Investigación en Accountibility y Control – IICO; 2011.
7. Hernández Royett J, Hernández YF, Gil MA y Cárdenas Barboza E. Evaluación del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) en las entidades territoriales del Estado colombiano. AGLALA. 2018; 2215-7360, 9(1): 443-463.
8. Engativá Pardo BJ. Propuesta de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión a la Gestión documental de una entidad pública [Especialista en Gerencia de la Calidad]. Bogotá D.C.: Fundación Universidad de América, Facultad de Educación Permanente y Avanzada; 2018.
9. Real Lozano G. Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el Hospital del SARARE E.S.E municipio de Saravena- Arauca. [Trabajo de grado Administrador de Empresas]. Villavicencio: Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, administrativas y Contables; 2019.

10. Rodríguez Cruz M. El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en el desarrollo del Talento Humano del Fondo Rotatorio de la Policía. [Tesis de Especialización En Finanzas y Administración Pública]. Bogotá D.C.: Universidad Militar Nueva Granada, Facultad de Ciencias Económicas, Dirección de Postgrados; 2018.
11. López Carrizosa FJ. Indicadores de gestión. Bogotá D.C.: ICONTEC; 2011.
12. Colombia. Presidencia de la Republica. Manual Operativo Sistema de Gestión. Bogotá D.C.: Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional; 2018..
13. Colombia. Presidencia de la Republica. Decreto 1599 por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. Diario Oficial, 45920 (mayo 26 2005).
14. Colombia. Presidencia de la Republica. Decreto 4485 por el cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Diario Oficial, 47538 (Nov 18 2009).
15. Colombia. Presidencia de la Republica. Decreto 2623 por el cual se crea el Sistema Nacional de Servicio al Ciudadano. Diario Oficial, 47409 (Jul 13 2009)..
16. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 2482 por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión. (Dic 3 2012).
17. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto 943 por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). Diario Oficial, 49158 (mayo 21 2014).
18. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1753 por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 20142018 “Todos por un nuevo país. Diario Oficial, 49538 (jun 9 2015).