

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
(LEY 1474 DE 2011)
ESTATUTO ANTICORRUPCION
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEOZ – CUCUTA**

Responsable:	Carlos Martin Rojas Carvajal Asesor de Control Interno de Gestión	Período Evaluado: Noviembre de 2017 a Febrero de 2018
		Fecha de Elaboración: 13 de Marzo de 2018

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, y conforme al Decreto 943 de 2014 expedido por el Departamento Administrativo de Función Pública DAFP, en el que se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014, la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz presenta y publica el Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno correspondiente a los meses de Noviembre y Diciembre del 2017 y Enero y Febrero de 2018, acorde a la estructura de dicho modelo: módulo de planeación y gestión, módulo de evaluación y seguimiento y el eje transversal de información y comunicación.

De esta forma la entidad propende por el aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios, en la asistencia y apoyo administrativo al señor Gerente de la ESE HUEM, así como en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.

1. Módulo de Control de Planeación y Gestión

Avances

1.1. COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1. ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS:

A partir del 8 de noviembre y hasta el 30 de noviembre de 2017, estuvo disponible para todos los funcionarios, terceros agremiados, contratistas y asociación de usuarios, de la ESE HUEM, la ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA GESTIÓN ÉTICA, a través de la plataforma E-LEARNING al realizarla se ingresaba a la dirección <http://cursos.herasmomeoz.gov.co/>.

El Hospital Universitario Erasmo Meoz mediante Resolución N°001904 del 22 de diciembre del 2017 adoptó la tercera versión del código de ética e integridad para los empleados y trabajadores de la ESE HUEM, y así dar cumplimiento a las políticas y directrices sobre la materia establecida por función Pública el cual fue socializado por medio del correo Institucional a la comunidad hospitalaria, de igual manera cuenta con el Código de Buen Gobierno adoptado en su segunda versión mediante la Resolución No. 000225 del 18 de febrero de 2014. El Hospital cuenta además con un plan actualizado de capacitación para la vigencia 2018 en el cual se encuentra estructurado con

subprogramas de inducción, reducción, y capacitación, mediante los cuales se desarrollan temas de sistema de gestión de seguridad y salud, gestión ambiental, atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo, seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión del riesgo. Además se realizan actividades periódicas para intervenir en el clima laboral a través del desarrollo e intervención en el riesgo psicosocial, liderazgo, comunicación y humanización del buen trato, siguiendo los planes institucionales de gestión del talento humano, estándares de acreditación y MECI y contando con apoyo de las profesionales en formación de psicología organizacional, aplicándose la encuesta de medición de clima laboral.

Para el ingreso, permanencia y retiro del personal se realiza teniendo en cuenta lo consagrado en la ley 909 de 2004 y el manual de funciones del Hospital que establece las funciones y responsabilidades de cada funcionario. Revisadas las evidencias que soportan la ejecución de los diferentes planes y programas liderados por el proceso de Talento Humano, se observa y constata la ejecución de actividades de manera sistemática para el fortalecimiento de competencias, mejoramiento del clima organizacional, fortalecimiento de la cultura ética del servidor público, evaluación del desempeño dentro del marco de lo ordenado por la Ley, el mejoramiento de las condiciones y ambientes de trabajo.

El sistema de monitoreo gerencial por indicadores es una herramienta que le ha servido a la gerencia para la toma de decisiones, las actividades se controlan a través de los indicadores y periódicamente se evalúan y se presentan en comité de calidad, seguridad del pacientes y eventos adversos y el comité coordinador control interno de gestión.

Durante los meses de Noviembre y diciembre de 2017 - Enero y Febrero del 2018 se enfatizaron los siguientes valores:

MES	VALOR	DEFINICION
<i>Noviembre</i>	CULTURALES	Por valores culturales se entiende el sistema según el cual se ejerce la capacidad social de decisión basada en los elementos ideológicos, los cuales forman parte de una cultura que resulta necesario poner en juego para realizar todas y cada una de las acciones sociales, para las cuales es indispensable la concurrencia de creencias y valores de diversas clases, adecuadas a la naturaleza y al propósito de cada acción.
<i>Diciembre</i>	ETICOS	La ética dirige las actitudes y comportamientos, son necesarios para discernir lo que está bien y lo que está mal. Los humanos necesitamos conocer los límites precisos de respetar.
<i>Enero</i>	COMPROMISO	En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, el compromiso es el sentimiento de afecto y aprecio por la Entidad,

		convirtiéndose en parte esencial y necesaria de la organización de tal manera que se trabaje con el firme propósito de contribuir al logro de la misión y visión institucional.
<i>Febrero</i>	<i>HONESTIDAD</i>	En la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, la honestidad es ejercer las funciones y/o actividades del cargo con honradez, preservando el uso de los recursos institucionales que le son confiados. Debe repudiar, combatir y denunciar toda forma de corrupción y actuar de forma sincera con lo que se informa y ofrece, brindando un servicio oportuno, integral y eficiente.

1.1.2. DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La entidad hospitalaria continúa realizando un análisis interno, se sigue evidenciado que en el momento actual no cuenta con suficiencia de auxiliares, técnicos, profesionales y profesionales especializados en el plan de cargos (planta) que ejecuten las actividades de apoyo requeridas para el normal funcionamiento institucional acorde al mapa de procesos y manual de procesos y procedimientos aprobados por la ESE HUEM, producto de ello y dentro de los planes de formalización laboral deberá continuar este proceso de una manera responsable y gradual en el fortalecimiento de estas políticas, propendiendo por un trabajo digno y decente, esto con el fin que los trabajadores puedan ir siendo vinculados con el respeto de los derechos que la Constitución y la Ley les reconoce y sin poner en riesgo la estabilidad financiera de la Empresa.

1.2. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

1.2.1. PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Durante tres semanas consecutivas del mes de Enero del 2018 los Líderes, Coordinadores, Representantes de las agremiaciones sindicales, y veedores de salud se reunieron en el salón VIP para realizar la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la E.S.E H.U.E.M vigencia 2018 de una forma participativa. Este Plan se enfoca en dos componentes, el primero es evitar la corrupción dentro del centro hospitalario y segundo, facilitar el acceso a la información a toda la ciudadanía a través de las diferentes herramientas comunicativas (página web y redes sociales). Profesionales de apoyo de la oficina de Planeación y Calidad manifestaron que durante todo el mes de enero se habilitaron espacios de participación para la comunidad como chat, foro y encuesta, los cuales se habilitaron en la página y redes sociales con la que cuenta la institución.

G.E.L. PROGRAMA CERO PAPEL: La ESE Hospital Universitario ERASMO MEOZ, viene trabajando progresivamente en la adopción e implementación de diversas políticas y estrategias generadas desde el Gobierno Nacional en procura de mejorar la eficiencia de la función pública. Todas las acciones promovidas, son orientadas a impactar

positivamente la eficiencia de la entidad, contribuir al buen uso de los recursos y mejorar el servicio y los trámites a los usuarios. Desde agosto del 2013, de acuerdo al Acta N°06. del comité de Gobierno en Línea, se establece que el responsable de liderar la política de cero papel en la E.S.E. H.U.E.M es el Comité de Gobierno en Línea. La política Cero Papel no implica la eliminación radical de los documentos en papel. Cero Papel se relaciona con la reducción sistemática del uso del papel mediante la sustitución de este elemento por soportes y medios electrónicos; lo cual debe verse reflejado en la creación, gestión y almacenamiento de documento de archivo en soportes electrónicos gracias a la utilización de las T.I.C., En conclusión el Hospital Universitario Erasmo Meoz adoptó en el 2013 la política Cero Papel como compromiso en el desarrollo de acciones tendientes a la reducción del consumo de papel mediante la implementación de buenas prácticas de gestión Documental y buen uso de las T.I.C; involucrando a funcionarios, contratistas y directivos con el objeto de reducir costos de funcionamiento y mejorar el impacto ambiental en lo relacionado con el consumo de papel, dicha política es liderada por el comité de Gobierno en Línea. BENEFICIOS CERO PAPEL Para la entidad y los Funcionarios: -Mejor ambiente de trabajo para los funcionarios. -Procesos y servicios más eficaces e Imprime sólo lo necesario Recuerda imprimir a doble cara Distribuye tus documentos a través de medios electrónicos eficientes. -Aumento de la productividad. -Mejor aprovechamiento de los espacios de almacenamiento. -Optimización de los recursos. -Buenas prácticas en gestión documental. -Disminución de los costos asociados a la administración de papel, tales como almacenamiento e insumos. -Mejorar el acceso a la información dentro de las dependencias. -Mayor control y seguridad en el manejo de la información. -Eliminar la duplicidad de documentos Disminuir los tiempos de disposición de los archivos. -Reducir las necesidades de espacio de almacenamiento. -Mejorar el entorno de trabajo y la comunicación en la entidad. PARA LOS USUARIOS -Acceso rápido y fácil a la información y a los servicios de la entidad. -Mejorar la calidad y rapidez del servicio al reducir los tiempos de respuesta. PARA EL MEDIO AMBIENTE -Ahorro de papel. -Reducción de emisión de residuos. -Disminución del consumo de recursos naturales como los arboles el agua y energía empleados en la fabricación del papel. -Disminución de la contaminación producida. -Disminuir el consumo de energía empleada en imprimir, fotocopiar. -Reducir los residuos contaminantes como tóner, cartuchos de tinta. -Contribuir en el consumo responsable de recursos que no comprometa el desarrollo social y ambiental de las generaciones futuras.

En el salón de sesiones de la Gobernación de Norte de Santander la Asamblea Departamental otorgó al Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya la condecoración Francisco de Paula Santander en el grado de Comendador como representante legal de la E.S.E Hospital Universitario Erasmo Meoz, por su servicio a la salud de los nortesantandereanos. La entrega de la condecoración fue hecha por el Diputado José Luis Duarte en compañía de la Secretaria General Gladys Mogollón.

Dicha ceremonia se desarrolló en el marco de la clausura del último período de sesiones de la Asamblea de Norte de Santander y la posesión de la nueva Mesa Directiva 2018.

El Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, agradece a la Asamblea por esta distinción y reconocimiento a la labor realizada por la E.S.E durante sus 30 años de servicio de salud al departamento y su área de influencia.

El área de nutrición de la E.S.E H.U.E.M recibió reconocimiento por parte de la organización de excelencia en salud; gracias a la Dra. Esperanza Moncada, coordinadora de nutrición y dietética y a todo su equipo de trabajo; la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz fue reconocida por la OES (ORGANIZACIÓN DE EXCELENCIA EN SALUD) Y ABBOTT en la participación del Galardón a la Excelencia en Nutrición

Hospitalaria. El cual contó con la postulación de veinte (20) IPS entre privadas, públicas y mixtas. La ceremonia fue realizada en la ciudad de Bogotá, en donde se conocieron los ganadores del Galardón: Clínica Reina Sofía (primer lugar); Clínica Universitaria Colombia (segundo lugar) y Fundación San Vicente (tercer lugar).

Los organizadores hicieron la invitación a las IPS presentes a continuar liderando el trabajo hacia la excelencia en nutrición hospitalaria como estrategia para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud. En representación de la E.S.E H.U.E.M; asistieron Soraya Tatiana Cáceres Santos, asesora de planeación y calidad, Diana Patricia Prieto Blanco, agremiada participante de Actisalud, nutricionista y dietista del servicio de nutrición de la institución, el equipo de nutrición en cabeza de la Dra. Moncada hicieron entrega del reconocimiento al Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, gerente; en agradecimiento por todo su apoyo al área de Nutrición y Dietética.

El día 17 de noviembre se llevó a cabo la celebración del trigésimo aniversario del Hospital Universitario Erasmo Meoz, la cual contó con la presentación por parte de Adriana Martínez, presentadora de Tu canal y Ludwing Suárez, jefe de prensa de la E.S.E H.U.E.M. Para dar inicio con esta celebración, se realizó la Santa Eucaristía precedida por Monseñor Víctor Manuel Ochoa quien expresó sus felicitaciones a la institución, y así mismo, enfocó su sermón en la humanización de los servicios; durante la eucaristía se contó con el acompañamiento de la banda musical del instituto Salesiano. Seguidamente el Dr. William Villamizar Laguado, gobernador del departamento envió un saludo de felicitación a la institución y exaltó la excelente gestión del Dr. Juan Agustín en la E.S.E, de igual forma el Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya se dirigió a la comunidad hospitalaria enfatizando su discurso en el crecimiento de la institución y así mismo la importancia del mismo en el departamento, por último el Dr. Juan Alberto Bitar Mejía, Director del Instituto Departamental de Salud felicitó al Hospital por los 30 años de servicio a la comunidad.

Una vez terminadas las palabras del gerente, la orquesta sinfónica del Instituto Salesiano deleitó a los asistentes, seguidamente se llevó a cabo la entrega de reconocimientos especiales, en donde diferentes entidades quisieron exaltar la labor de la E.S.E durante estos 30 años, es el caso de Universidad de Santander, Corporación Sin Fronteras, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia y Comfanorte, se hizo el reconocimiento a las áreas que han aportado al crecimiento de la institución y así mismo al personal que ha estado durante 30 años en el Hospital.

Luego de exaltar la labor de la E.S.E y de la comunidad hospitalaria, el grupo de danzas realizó su presentación folclórica en donde alegró a los asistentes con los diferentes ritmos musicales. Seguidamente La caja de compensación familiar, Comfaoriente fue la encargada de dar la serenata al H.U.E.M a cargo del grupo Katarsis, aprovechando el momento se realizó el brindis que estuvo a cargo del Dr. Marco Antonio Navarro Palacio, líder de Talento Humano. Para 2017 la agremiación Sindical Actisalud y la empresa Prodeho dieron un obsequio a la institución el cual fortalece la estrategia yo amo al HUEM, que tiene como objetivo generar sentido de pertenencia por la institución. Este obsequio quedará ubicado en la entrada principal. Para dar cierre a la celebración, el grupo de danzas presentó su baile moderno en donde hizo también su acompañamiento Erasmito (mascota de la E.S.E). En horas de la tarde se realizó la jornada cultural en donde se contó con la participación de la orquesta de la UDES, quienes con sus ritmos pusieron a cantar y bailar a toda la comunidad hospitalaria, luego en compañía de la psicóloga organizacional Yesenia Bohórquez se llevó a cabo la premiación de las olimpiadas 30 años impactando la salud de los nortesantandereanos en donde se contó con una gran participación por parte de la comunidad hospitalaria. El cierre de la tarde cultural lo realizó el profesional en formación de medicina de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, Jesús Coronel, quien realiza su internado en el Hospital.

La médica en formación María Camila Gómez Morales de la Universidad de Pamplona quien realiza su internado en la E.S.E H.U.E.M; presentó su caso clínico " Glioma extraocular en escolar masculino con neurofibromatosis tipo 1: Reporte de caso y revisión en el III Encuentro de Investigación en Medicina y Salud organizado por el departamento de Medicina de la Universidad de Pamplona. Es importante destacar que la estudiante tuvo como tutores al Dr. Albert Cova Marique y a la Dra. Nubia Gómez González, ambos médicos pediatras del Hospital Universitario Erasmo Meoz, quienes aportaron sus conocimientos en el enfoque de dicha investigación; y así mismo, al área de Docencia e Investigación de la institución la cual es liderada por la Dra. Francy Archila Flórez, Luego de presentar diferentes casos, por otros estudiantes de medicina, los jurados dieron como ganadora la Investigación de la médico interna Gómez Morales.

El Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, gerente de la E.S.E H.U.E.M; recibió en su despacho un reconocimiento por parte de la Fundación Niños y Niñas con Cáncer – Soñar Cúcuta, la cual cuenta con sus oficinas en el tercer piso del Hospital. Para esta entrega, Pilar Serrano, presidenta de la Fundación junto con algunos niños que hacen parte de esta empresa sin ánimo de lucro, hicieron entrega de una placa en la cual otorgan el reconocimiento a la E.S.E. Hospital Universitario Erasmo Meoz, por sus 30 años de servicios al Departamento en beneficio de la comunidad con calidad y profesionalismo. Así mismo, El Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya, manifestó su agradecimiento ante este reconocimiento y expresó que los niños siempre serán una prioridad.

1.2.2. MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS

La Misión, Visión y Objetivos Institucionales son entendidos por todos los servidores quienes prestan un servicio con calidad a todos los ciudadanos, ofreciéndoles un trato amable, digno, humanizado y dando respuesta en alto porcentaje en forma oportuna y efectiva a sus requerimientos. Nuestros grupos de valor y partes interesadas tienen una percepción favorable de la imagen y buen nombre de la ESE HUEM. La ESE tiene documentados el programa de auditoría, mapa de riesgos Anticorrupción e Institucional que contienen las acciones mínimas que debe realizar los servidores públicos para materializar los valores y principios contenidos en éstos. Para los perfiles de los empleos, la ESE HUEM considera los aspectos claves para su buen desempeño seleccionando el personal idóneo acorde con sus competencias. Los servidores han sido seleccionados acorde con la norma que les aplica. La inversión en formulación y capacitación de acuerdo con el plan institucional de capacitación, se realiza con base en necesidades priorizadas y se dirige a capacitaciones o programas que las resuelvan. Las acciones implementadas por la ESE HUEM en relación con la seguridad y salud en el trabajo de los servidores previenen la ocurrencia de riesgos. La medición del clima laboral y las evaluaciones de desempeño se realizan conforme a lo establecido en la Ley

Se estructura el Modelo de Operación por Procesos o elemento de control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de la entidad pública, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los Servidores Públicos. Se tienen identificados los Procesos Estratégicos,

Misionales, de Apoyo y los de Evaluación y Control, necesarios para el cumplimiento de las competencias que las normas vigentes le asignan a la E.S.E. HUEM.

El mapa de procesos de la Entidad, se encuentra publicado en la página web de la Institución para conocimiento de la comunidad; De acuerdo a las diferentes auditorías que realizó la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión durante el 2017, donde se evidencia la necesidad de efectuar ajustes y en algunos casos fusiones de procedimientos y/o actividades de los mismos, y/o cargos de responsables, y/o puntos de control, se han ido ajustando los mismos atendiendo las recomendaciones formuladas en los Comité Coordinador de Control Interno de Gestión – S.I.G. Se adelanta actualización tanto de procedimientos como de formatos aprovechando la conformación del equipo MECI con dos nuevos profesionales de apoyo para esta área.

El Hospital cuenta con Manual de Funciones para el personal de planta, publicado en la página web de la Entidad. De esa misma manera, la Entidad cuenta con Manual de procesos y procedimientos adoptado mediante acto administrativo y publicado en la intranet del Hospital, en estos momentos se viene adelantando la etapa de revisión, actualización y ajustes a las caracterizaciones a procesos y a los procedimientos de cada proceso y subproceso, los cuáles son socializados con los diferentes líderes y aprobados en el Comité Coordinador de Control Interno de Gestión – S.I.G, y en Comité de Calidad, Seguridad del Paciente y Eventos Adversos.

1.2.3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Durante tres semanas consecutivos los Líderes, Coordinadores, representantes de las agremiaciones sindicales, y veedores de salud se reunieron en el salón VIP para realizar la construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la E.S.E H.U.E.M de una forma participativa. Este Plan se enfoca en dos componentes, el primero es evitar la Corrupción dentro del centro hospitalario y segundo, facilitar el acceso a la información a toda la ciudadanía a través de las diferentes herramientas comunicativas (página web y redes sociales). El profesional de apoyo a la oficina de Planeación y Calidad manifestó que durante todo el mes de enero se habilitaron espacios de participación para comunidad como chat, foro y encuesta, los cuales se habilitaron en la página y redes sociales con las que cuenta la institución.

1.2.4. INDICADORES DE GESTION

Continua vigente el Manual de Indicadores adoptado por la ESE HUEM mediante la Resolución 1728 de 2011, este es un instrumento de gestión que pretende hacer un aporte al desarrollo del ejercicio del seguimiento y control, facilitando un instrumento que suministre a la Gerencia información oportuna, veraz y objetiva que le sirva como elemento válido para ejercer el control y el proceso de retroalimentación comparativa frente a sus resultados, orientados a garantizar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de la salud que presta la ESE HUEM, mediante el establecimiento de indicadores e índices que consoliden toda la información técnica y normativa necesaria para evaluar las actividades que se producen todos los días en la ESE HUEM, e igualmente efectuar comparaciones periódicas de los procesos implantados y los resultados obtenidos.

Este manual aplica para todos los procesos, los productos, las áreas, los objetivos, los programas, los proyectos y demás de la ESE HUEM; los indicadores que se plantean pueden ser de carácter cuantitativo y cualitativo. Las áreas principales en las cuales se pueden aplicar indicadores de gestión son: Áreas Misional: Hace referencia a los procesos básicos, aquellos que son relevantes y contribuyen directamente a la razón de ser de la organización. Se ejecutan con la guía y el liderazgo de la alta gerencia. Áreas de Apoyo: Es aquella, como su nombre lo indica, cuyo objetivo es prestar apoyo a los misionales o sirven para la toma de decisiones sobre planeación, control y mejoras en las operaciones de la organización.

El responsable de efectuar el análisis de los indicadores es el líder del proceso quien debe evaluar el desempeño de los procesos históricamente. Adicionalmente, es responsable de la formulación e implementación de las acciones necesarias para alcanzar los resultados esperados a partir del análisis de los datos del indicador. El líder de cada proceso debe reportar el comportamiento, seguimiento y análisis causal correspondiente a cada indicador a la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión trimestralmente para ser presentado en el Comité de Control Interno o en el Comité de Calidad según correspondan.

Los indicadores son una herramienta decisiva para realimentar un proceso, de monitorear el avance o la ejecución de un proyecto y de los planes estratégicos entre otros y son mucho más importantes aún si su tiempo de respuesta es inmediato o muy corto, ya que de esta manera las acciones correctivas son realizadas sin demora y en forma oportuna.

1.2.5. POLITICAS DE OPERACIÓN

Este documento es el que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la ESE HUEM, armonizando con enfoque sistémico la misión y visión institucional, orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de nuestra entidad. Establecen las acciones y mecanismos asociados a los procesos que permiten prever los riesgos que inhiben el cumplimiento de las metas y sus resultados; definen parámetros de medición del desempeño de los procesos y de los servidores que tienen bajo su responsabilidad su ejecución. Así mismo, facilitan el control administrativo y reducen la cantidad de tiempo que los administradores ocupan en tomar decisiones sobre asuntos rutinarios. Estas guías de acción son de carácter operativo, de aplicación cotidiana y dan seguridad y confianza a quien debe responder por la ejecución de procedimientos y actividades muy específicas.

1.3. COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO

1.3.1. POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

Los líderes de los procesos identifican los riesgos institucionales, revisan las mejores prácticas de gestión y desempeño de los integrantes de su equipo de trabajo.

1.3.2. IDENTIFICACION DEL RIESGO

Para identificar los riesgos institucionales los líderes de los procesos tienen en cuenta los resultados de la evaluación de la gestión de riesgos en periodos anteriores. Esta información se valida por la oficina de control interno quien es la encargada de valorar estos riesgos, implementar barreras de control, realizar seguimientos y analizar los resultados obtenidos para ser llevados al Mapa de riesgos institucional. Las decisiones en el ejercicio de planeación se toman con base en los resultados de la evaluación de la gestión de riesgos.

1.3.3. ANALISIS Y VALORACION DEL RIESGO.

Los líderes del proceso construyen los mapas de riesgo de su respectivo proceso con el acompañamiento y asesoría del equipo S.I.G. haciéndose por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión el respectivo seguimiento, asesorando en el proceso de identificación de los riesgos institucionales y con base en ellos realizar las recomendaciones preventivas y/o correctivas con cada uno de los responsables y en su momento se hace la presentación de los mapas de riesgos sujetos a modificación o actualización para el análisis y/o aprobación por parte del Comité de Control Interno.

Es importante recalcar en este documento que cada uno de los responsables de las respectivas áreas deben poner en práctica todas y cada una de las recomendaciones derivadas de los procesos de auditoría interna que realiza esta Oficina Asesora propendiendo por el bienestar de la institución.

Dificultades

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad.

Se han ido superando las debilidades en el monitoreo y valoración permanente de los riesgos las cuales requieren mayor atención por parte de los responsables de su administración y concretar las acciones definidas en los mismos.

2. Modulo de Evaluación y Seguimiento

Avances

2.1. COMPONENTE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

2.1.1. EVALUACION DEL CONTROL Y GESTION

Con la expedición del Decreto 1499 del 2017 se definió un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993. Por lo anterior el Informe Ejecutivo Anual inicialmente reglamentado a través del artículo 2.2.21.2.5 del Decreto 1083 del 2015, fue modificado por el Decreto 1499 del 2017, razón

por la cual será a través del aplicativo FURAG que se estará recolectando la información

sobre del avance del Sistema de Control Interno, por tratarse de una dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, en consecuencia el reporte del 28 de febrero del informe Ejecutivo Anual de Control Interno vigencia 2017, corresponderá al reporte presentado a través del FURAGII en noviembre del 2017, se presentaron los siguientes resultados:



INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS MECI

La ESE HUEM presenta un indicador de madurez MECI del 80.76% definido como SATISFACTORIO, es decir que cumple con la aplicación del Modelo de Control Interno, se toman decisiones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y

externa, permitiendo la actualización de sus procesos

ITEM	DETALLE	FACTOR	PUNTAJE	NIVEL
1	5 niveles de madurez	ENTORNO DE CONTROL	3,45	INTERMEDIO
2	4 niveles de madurez	INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	4,05	SATISFACTORIO
3	4 niveles de madurez	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4,21	SATISFACTORIO
4	4 niveles de madurez	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	4,75	AVANZADO
5	4 niveles de madurez	SEGUIMIENTO	4,69	SATISFACTORIO
INDICADOR DE MADUREZ MECI			80,76	SATISFACTORIO

2.2. COMPONENTE AUDITORIA INTERNA

2.2.1. AUDITORIA INTERNA

La oficina de control interno monitorea la aplicación y la efectividad de los controles diseñados, la auditoría interna es un proceso continuo y sistemático que ha permitido no solo el desarrollo de la gestión misional, administrativa y financiera sino también crear en los funcionarios de la ESE una cultura de autocontrol, autogestión y auto regulación; pilares fundamentales del Modelo Estándar de Control Interno-MECI-. Este proceso le ha permitido a la institución prevenir desviaciones en los resultados de la gestión, monitorear el cumplimiento de metas, y proponer e implementar mejoras para los procesos. Los informes de auditoría interna presentan una estructura y lenguaje sencillo y fácil de entender, permiten la toma de decisiones oportunas para prevenir situaciones de riesgo para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos y proporcionan a la Alta Dirección un aseguramiento de la efectividad de la gestión del riesgo.

La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión de acuerdo con el Plan Anual de Auditorías propuesto para la vigencia 2017, cumplió con el 90% y ejecución de cada una de las auditorías internas programadas, logrando el cumplimiento total durante los primeros meses de 2018, emitiéndose los planes de mejoramiento con los líderes de cada proceso para el seguimiento respectivo por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión.

Además el cumplimiento mensual del Comité Coordinador de Control Interno de Gestión – S.I.G en Gerencia, consolida la actualización y/o ajustes a diferentes procedimientos de las áreas permitiendo un mejor desempeño funcional. En el Comité se han venido presentando los ajustes a los respectivos procedimientos, formatos, guías, etc.

2.3. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1. PLANES DE MEJORAMIENTO

Los Planes de Mejoramiento para la E.S.E HUEM son el instrumento que recoge la información y articula todas las acciones prioritarias que se implementaran para mejorar aquellos eventos indeseables que por ende estén incumpliendo la normatividad o pongan en riesgo la buena gestión del Hospital y por consiguiente el logro de nuestros objetivos, es bueno resaltar que estos Planes de Mejoramiento son generados a partir de una

Auditoría Interna o Externa por un ente de control y también por alguna recomendación o solicitud de alguno de nuestros funcionarios del Hospital para mejorar y fortalecer una actividad, procedimientos o proceso en particular. Estos Planes de Mejoramiento pueden ser producto de acciones correctivas o acciones preventivas. Se solicita la presentación al Líder del área auditada del respectivo Plan de Mejoramiento dentro de los ocho (8) días siguientes a su notificación, presentándose algunos casos de incumplimiento en estos términos y por consiguiente contraviniendo lo establecido por la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión.

Durante la vigencia del 2017 la ESE HUEM presenta nueve (9) planes de mejoramiento. Estos planes de mejoramiento contienen un total de doscientos noventa y seis Acciones (296). Tras el seguimiento y verificación de cumplimiento y desarrollo de las mismas se evidenció:

Ciento cincuenta y uno (151) acciones cumplidas equivalentes a un 51 % ,
 Ciento veintinueve (129) acciones en desarrollo que corresponden al 43%. Es de resaltar que hay acciones que se encuentran adelantadas solo es cumplir con plazo para presentarlo a aprobación de los diferentes comités y otras que el plazo de ejecución hasta diciembre de 2018

Dieciséis (16) acciones no iniciadas equivalentes al 6%. Al igual, que en las anteriores algunas de las acciones descritas como no iniciadas su plazo contempla el cumplimiento de las mismas hasta finales del 2018.

CONSOLIDACION DE PLANES DE MEJORAMIENTO

DEPENDENCIA	CUMPLIDAS	EN DESARROLLO	NO INICIADAS	TOTAL
CONTRALORIA	16	13	0	29
ACREDITACION-	7	5	0	12
HABILITACION	2	2	0	4
PAMEC	3	2	1	6
SUPERSALUD	29	30	0	59
IDS	4	3	0	7
EPS	5	1	0	6
ARCHIVO GRAL DE LA NACION	0	5	6	11
AUDITORIAS- CONTROL INTERNO	85	68	9	162
TOTAL ACCIONES	151	129	16	296
PORCENTAJE (%) DE CUMPLIMIENTO	51%	43%	6%	100%

Dificultades

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

Avances

3.1. COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

LA E.S.E H.U.E.M desarrolló espacios académicos, durante los días 14, 15,16, 18 y 19 de noviembre desarrolló la jornada académica 30 años impactando la salud de los Norte santandereanos, actividad que fue programada como preámbulo al trigésimo aniversario del Hospital. En el área de Consulta Externa se realizó el curso Teórico - práctico de Reanimación Cardiopulmonar, dirigido por el Dr. Rosendo Cáceres apoyado por el Dr. Miguel Chaín. El personal inscrito registro su asistencia a dicha actividad, la jornada contó con diferentes horarios para grupos de 70 personas aproximadamente. Para esta convocatoria se inscribieron alrededor de 370 personas entre ellas personal del Hospital y de igual forma de otras empresas de la ciudad. Así mismo, la Brigada de Emergencia de la E.S.E H.U.E.M apoyará con la seguridad de los asistentes.

Para dar apertura a este evento el Dr. Juan Agustín Ramírez Montoya dio un saludo a los asistentes en donde agradeció su participación y así mismo, exaltó la labor del área de Planeación y Calidad por el desarrollo de la actividad, seguidamente dio paso a la ing. Soraya Tatiana Cáceres Santos, asesora del área anteriormente mencionada quien fue la encargada de dar las palabras de apertura de la jornada académica. Luego de las palabras de apertura se dio el inicio al desarrollo de las charlas en donde se contó con la participación de grandes exponentes que laboran en la institución el caso de la Dra. Luz Hidela Patiño Sánchez (Anestesióloga – especialista en cuidados paliativos), Dra. Zulma Urbina (intensivista), Divier Judith Vargas Conde (profesional de enfermería), Andrea Botello (profesional de enfermería – seguridad del paciente) y el Dr. Rosendo Cáceres (anestesiólogo) Así mismo, aceptaron la invitación a esta jornada profesionales externos como el Dr. Sergio Luengas y la Dra. Sofía Rincón de la Organización para la excelencia de la salud (OES); Dr. Andrés Aguirre Martínez (director del hospital Pablo Tobón Uribe y presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas); Dra. María Isabel Riachi y el Dr. Ricardo Luque del Ministerio de Salud y Protección Social; Dr. Juan Carlos López de la Fundación Santafé de Bogotá; Dr. Oscar José Cáceres Rincón -SENA Cúcuta; Dr. Jaime Hernán Rodríguez Mora del Instituto de Evaluación de Tecnologías de la Salud (IETS), y las psicólogas Carla Piazzolla, Graciela Espinel. Desde el desarrollo de la jornada se contó con la participación activa por parte del personal de la institución y de igual forma de externos en donde se sensibilizaron a cerca de la importancia de la humanización en cada accionar del día a día, por más pequeño que sea.

Es así como la humanización se ha convertido en un tema de importancia para las personas que trabajan en el área de la salud, puesto que el objetivo principal es el ser humano con todas sus necesidades como ayudar para lograr la adaptación, compañía, explicaciones acerca de su situación de salud, incertidumbre por el futuro; por tanto se debe brindar una atención integral de calidad, tanto en lo físico, emocional y espiritual tratando al paciente con respeto y dignamente como persona no como un número o patología, así mismo, el paciente tiene derechos como el de ser escuchado, saber acerca del tratamiento y procedimientos que se le vayan a realizar, mantener la confidencialidad,

respetar sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga de la enfermedad que padece.

En cuanto a la información y comunicación pública el Hospital ha realizado acciones permanentes con el fin de dar respuestas oportunas a sus usuarios, para cumplir con la satisfacción de las necesidades de forma oportuna, en la contestación de las solicitudes, quejas y reclamos y en la publicación de los informes de gestión, indicadores y demás información de interés de la comunidad.

Además se cuenta con: Página web, intranet, cartelera virtual, correo electrónico institucional, carteleras físicas en las unidades funcionales de atención, buzón de quejas y reclamos y espacios para la presentación de rendición de cuentas a la comunidad.

Los sistemas de Información implementados en la Institución, facilitan la gestión y el control de los procesos. La Entidad cuenta con manual de comunicaciones y utiliza las diferentes formas y medios de comunicación como Intranet, Página Web, comunicación directa en los comités, carteleras, folletos, boletines y comunicaciones internas para la socialización al cliente interno y externo sobre sus objetivos, metas, resultados, actividades a desarrollar y demás necesarias y requeridas.

Dificultades

Las normales que se presentan en el desarrollo de las funciones en cumplimiento de la misión institucional y los requerimientos normativos, las cuales se ajustan al momento de ser detectadas, garantizando de esta forma la continuidad del servicio con eficiencia, eficacia y oportunidad.

La Oficina de Control Interno continúa adelantando seguimiento a la oportuna respuesta de cada una de las peticiones presentadas ante CEGDOC con el fin que las mismas sean emitidas dentro de los términos legales evitando situaciones comprometedoras para la Institución, procurando mejorar el manejo de las comunicaciones en el Hospital.

Estado general del Sistema de Control Interno

El Hospital avanza en la mejora de la calidad en la prestación de los servicios al usuario, se profundiza a través de la Oficina de Control Interno de Gestión en las políticas del fortalecimiento de la cultura del autocontrol, autorregulación y autogestión para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Con base a los resultados ya referidos, se evidencia un equipo de trabajo alineado y comprometido con la gestión del día a día, implementando modelos que permiten el autocontrol, seguimiento y evaluación permanente, sin perder de vista la responsabilidad social del Hospital con la comunidad hospitalaria y la ciudadanía en general

Recomendaciones

La Oficina de Control Interno considera que es importante que la Administración continúe desarrollando el acompañamiento, seguimiento y adelantando las acciones que contribuyan a lograr un sistema de gestión que opere con calidad y con niveles altos de satisfacción de los usuarios por los servicios prestados, haciendo énfasis en el cumplimiento oportuno del servicio que garantice su calidad, al igual que un sistema propositivo que impulsa la mejora continua.

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema único se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación, a través de desarrollar una cultura organizacional fundamentada en: el control, el seguimiento, la evaluación, la gestión del conocimiento, el mejoramiento continuo, la seguridad digital, la calidad, y, los principios de integridad y legalidad.

MIPG opera a través de la puesta en marcha de siete (7) dimensiones, entre las cuales se encuentra el Talento Humano como corazón del Modelo; el Direccionamiento Estratégico y Planeación; Gestión con Valores para Resultados; Evaluación de Resultados; Información y Comunicación; Gestión del Conocimiento y la Innovación; y, Control Interno. MIPG incorpora el ciclo de gestión PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar) y, adicionalmente, incluye elementos propios de una gestión pública moderna y democrática: la información, la comunicación, y la gestión del conocimiento y la innovación. El Control Interno se integra, a través del MECI, como una de las dimensiones del Modelo, constituyéndose en el factor fundamental para garantizar de manera razonable el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Adicionalmente, cada dimensión se desarrollará a través de Políticas de Gestión y Desempeño Institucional (decreto 1499 de 2017): 1. Planeación Institucional, 2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público, 3. Talento humano, 4. Integridad, 5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, 6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos, 7. Servicio al ciudadano, 8. Participación ciudadana en la gestión pública, 9. Racionalización de trámites, 10. Gestión documental, 11. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea, 12. Seguridad Digital, 13. Defensa jurídica, 14. Gestión del conocimiento y la innovación, 15. Control interno, 16. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional.

Como complemento a los resultados de FURAG II es recomendable que la entidad aplique la herramienta de autodiagnóstico facilitada en <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/index.html>, con el fin de tener información detallada, oportuna y en tiempo real, sobre el estado de la implementación de MIPG .

La nueva estructura del MECI busca una alineación a las buenas prácticas de control, razón por la cual la estructura del MECI se fundamenta en cinco componentes, a saber: (i) ambiente de control, (ii) administración del riesgo, (iii) actividades de control,

(iv) información y comunicación y (v) actividades de monitoreo. Esta estructura está acompañada de un esquema de asignación de responsabilidades y roles para la gestión del riesgo y el control, el cual se distribuye en diversos servidores de la entidad, no siendo ésta una tarea exclusiva de las oficinas de control interno: (i) Línea estratégica, conformada por la alta dirección y el equipo directivo; (ii) Primera Línea, conformada por los gerentes públicos y los líderes de proceso; (iii) Segunda Línea, conformada por servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (jefes de planeación, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos donde existan, comité de contratación, entre otros); y (iv) Tercera Línea, conformada por la oficina de control interno.

Por lo tanto se puede concluir en lo siguiente:

- Trabajar decididamente en los programas de formalización laboral, propendiendo por un trabajo digno y decente, esto con el fin que los trabajadores puedan ir siendo vinculados con el respeto de los derechos que la Constitución y la Ley les reconoce y sin poner en riesgo la estabilidad financiera de la Empresa.
- Mejorar los horarios de visitas de los familiares a los pacientes internos tanto en hospitalización como en urgencias.
- Concentrar la atención en los planes de mejoramiento constituidos como una única herramienta que detalla las oportunidades de mejora generadas en cada una de las auditorías realizadas.
- Dar cumplimiento a las acciones establecidas tanto en los Planes de Mejoramiento como en los Mapas de Riesgos definidos por cada uno de los procesos.
- Incrementar la aplicación y análisis de los Indicadores establecidos en el Manual respectivo.
- Insistir en el cumplimiento oportuno y con calidad en cada uno de los servicios que se prestan en la ESE HUEM por ser este nuestro objetivo misional.

CARLOS MARTIN ROJAS CARVAJAL
Asesor de Control Interno de Gestión
ESE HUEM