

E.S.E. HOSPITAL ERASMO MEOZ

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO MARZO- JUNIO 2013

Subsistema de Control Estratégico

Avances

Se definió el cronograma para la gestión ética del año 2013 por parte de los agentes éticos y se aprobó en el comité del 7 de marzo. Se socializaron los valores del código de ética (uno por mes) a partir de marzo con el valor honestidad, abril cumplimiento, mayo servicio y junio justicia; esta actividad se ha venido realizando en diferentes formas, una de estas es el fondo de pantalla y protector de pantalla de los computadores y con la publicación en el boletín de gestión MECI.

Se estableció la estrategia de implementación y seguimiento de los compromisos éticos por áreas, llevándose a cabo reuniones con cada uno de los promotores éticos para acordar el medio de comunicación a utilizar.

La estrategia comenzó a aplicarse el 17 de junio del 2013.

Se definió y aprobó en junio la encuesta de seguimiento al código de ética que se va aplicar en el segundo semestre.

Se realizó el estudio de oportunidad y conveniencia de la cartilla del código de ética (ya se adquirió) y se socializó el código de ética. Se continuó con el desarrollo de los acuerdos éticos por áreas.

El estilo de dirección referente al MECI, fue ejecutado en el comité de control interno.

Dificultades

Aunque se realizan algunos esfuerzos en su implementación, la entidad debe entrar en consonancia con las herramientas (mapas de riesgos, controles, indicadores, planes de mejoramiento) para lograr la efectividad en la toma de decisiones.

Persisten limitaciones de tipo económico para realizar las acciones de mejoramiento de los mapas de riesgos, (y para las actividades en general) se indica que no es responsabilidad de la administración, si no que se trata de un problema general del sistema de salud, aunado al recorte de presupuesto para la vigencia 2013 al que fue sometido la entidad hospitalaria. Las inducciones y reinducciones no son oportunas. Como resultado de diferentes análisis de problemas, se ejecutan ajustes de personal que propenden la mejora de procesos, pero dificultan el desarrollo efectivo de la evaluación de desempeño laboral en concordancia a los

lineamientos del DAFP. La ausencia prolongada por incapacidad médica del líder del Talento Humano ha provocado que este elemento haya decaído. Las capacitaciones, la inducción y reinducción en la institución no han logrado cumplir las metas establecidas, por lo anterior éstos hacen parte del plan de mejoramiento que se suscribió con la Contraloría General del Departamento el 15 de mayo del 2013. Por encontrarse la institución en plan de desempeño y en calificación de alto riesgo se generan variables que inciden en un alto índice de rotación de contratistas y/o agremiados partícipes que prestan servicios en la ESE HUEM, lo cual limita el logro de algunos resultados esperados por la Institución y el modelo estándar de control interno. Manual de funciones desactualizado, no acorde a las actividades desarrolladas por funcionarios. Constante cambio del personal por diferentes factores, dificulta la participación en materia de inducción, reinducción, capacitaciones entre otros.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

El plan de Desarrollo se modificó en el mes de Junio en cuanto a fechas y proyectos.

Se presentó en el comité de control interno (en varias sesiones) el proceso de Gestión Financiera; aprobándose los subprocesos de Facturación y Auditoría, Ingresos y Egresos.

Se busca modificar la estructura organizacional según el plan de desarrollo hasta diciembre del 2014.

Se realizó la capacitación al Gerente, Subgerentes, Líderes y/o Coordinadores sobre la metodología de los Mapas de Riesgos por Procesos.

Se construyó el plan anticorrupción, basado en la metodología del Decreto 2641 del 2012, se aprobó mediante la Resolución 559 del 24 de abril del 2013 y se publicó en la página institucional www.herasmomeoz.gov.co en el link denuncia anticorrupción en el literal documentos de Interés

En el mes de mayo se comenzó a trabajar en la construcción para la actualización de los mapas de riesgos por procesos cumpliendo la metodología establecida por DAFP.

Durante los meses de mayo y junio se trabajó con los procesos de Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Docencia e Investigación.

A los procesos de consulta externa y urgencias les falta la revisión y aprobación del subgerente de salud, previamente a ser presentados al comité de control interno.

En los procesos de hospitalización y servicios quirúrgicos se encuentran identificando las acciones para cada uno de los riesgos.

En el proceso de Gestión de la Información y Comunicación solo falta la identificación de las acciones por el coordinador del área de CEGDOC.

El proceso de Gestión del Ambiente y Recursos Físicos se encuentra en la etapa

de identificación de riesgos al igual que en el proceso de Apoyo a la Atención. Se ha trabajado en la construcción de las políticas de operación por procesos. En el mes de mayo de 2013 se presentaron las políticas de operación por procesos al Asesor de Planeación y a su equipo de trabajo y se determinó realizar la consulta al Hospital General de Medellín y su construcción debe ir enfocada a la planeación estratégica y gerencial de la institución.

En el comité de control interno del mes de abril se aprobaron los procedimientos de facturación (Guía de facturación), Gestión de Cartera y Auditoría de Estampillas. La socialización se realizó en el mes de mayo a través de e-mails personalizados de la asociación sindical sintranordessa. También en este mismo comité se aprobó el procedimiento de solicitud de copia de historia clínica, dicho procedimiento se socializó el 7 de junio.

El procedimiento de Egreso del proceso de la gestión financiera se fraccionó en tres procedimientos de trámites y uno de pagos. Estos procedimientos se trabajaron en el mes de abril, mayo y junio junto con la lista de chequeo que suprime varios documentos para el trámite de cuentas.

Se han venido actualizando los procedimientos del Subproceso salud ocupacional del proceso de talento humano, estos cambios se realizaron de acuerdo a la Ley 1562 del 2012.

Se encuentra en actualización los procedimientos de SIAU.

Se han trabajado los procedimientos de almacén con el grupo de trabajo integrado por el líder de recursos físicos, el técnico administrativo con funciones de almacenista, subgerente administrativo y la profesional de apoyo a la subgerencia administrativa y el profesional de apoyo MECI.

Se realizó la modificación del manual de procesos y procedimientos tres veces con los procesos de Urgencias, Consulta Externas, Garantía de la Calidad, Financiera y Gestión de la información y Comunicación.

Publicidad: Existe una cartelera en el primer piso del hospital cerca a la entrada principal y allí se publica el Boletín Gestión MECI, lo relacionado con la ley 1474 del 2011, temas MECI, entre otros.

Los boletines son enviados a través de correos electrónicos institucionales, se publican en la INTRANET y WEB institucional, el historial de las publicaciones se puede verificar en el link MECI.

Se realizó entre abril y mayo la actualización del normograma de la Institución, dicha actualización fue publicada en la Página Web (www.herasmomeoz.gov.co) y en la Intranet (www.huem.ns).

Se destaca lo relativo al cumplimiento del principio de publicidad en las contrataciones lo que ha permitido la participación plural de oferentes y el ahorro en el presupuesto oficial.

Se realizó el seguimiento a indicadores correspondiente al primer trimestre de 2013

En cuanto al desarrollo de la estrategia de gobierno en línea se destacan: Avances en la información mínima a publicar en la página web (censo de pacientes de urgencias, censo de pacientes de hospitalarios, indicadores de producción, documentos de creación de la ESE HUEM, entre otros), elaboración de directrices institucionales para el diseño de material didáctico por parte de los estudiantes en

formación (convenios docencia-servicio) para que puedan ser utilizados y publicados en la página web, se continúa con la medición de visitas en la página web y en la intranet institucional, con una tendencia fluctuante y análisis para motivar la frecuencia de visitas, se rediseñó la imagen de Erasmito (imagen infantil) para lograr coherencia con el dummies institucional, diseño y publicación de formularios para la vinculación y promoción de la revista sinergia en la página web y en la intranet, plan de relanzamiento de foros virtuales con capacitación individual, inclusión en la página web de vínculos a redes sociales: facebook y youtube para videos institucionales, creación del usuario institucional en skype: Ese Hospital Universitario Erasmo Meoz, cuya clave y manejo se encuentra en la oficina de gerencia, socialización del componente elementos transversales del manual 3.0 de la estrategia de gobierno en línea y definición de acciones a seguir, diseño de instrumentos interactivos para la socialización de información en el link de la página infantil, ajustes en el formulario de denuncia anticorrupción en aras de garantizar la eficiencia de los recursos institucionales.

Dificultades

No se realizó el seguimiento del primer trimestre de los POAS y los PIAS de la institución; debido a los múltiples compromisos adquiridos en la oficina de planeación y adicionalmente por las novedades del personal de planeación; reprogramándose dicho seguimiento.

El volumen de los riesgos de algunos procesos ha sido alto.

La aplicación de la lista de verificación por procesos quedo establecida en el segundo trimestre del 2013 esta implementación se encuentra atrasada debido a los movimientos del personal del equipo MECI

Los sistemas de información no satisfacen las necesidades de la totalidad de las dependencias.

Falta compromiso de los líderes en la revisión permanente que debe realizarse a los mapas de riesgo, por tanto no se actualizan en debida forma, no se verifica si los controles son pertinentes para la mitigación del riesgo. Las Tablas de Retención Documental (TRD) no han sido desarrolladas en la institución.

Ausencia del manual de documentos.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

Se realizaron auditorías en diferentes áreas de la entidad (servicio de apoyo diagnostico y terapéutico- banco de sangre, contratación, adquisición de bienes y servicios, Dumian medical, nutrición y alimentación, PQR, tesorería (ajustes de la elaboración de pagarés), costos, estampillas, contabilidad, presupuesto; como resultado de las mismas se elaboraron los informes del caso y se hicieron las recomendaciones respectivas.

De la misma manera dentro de los roles de la oficina asesora de control interno se han realizado seguimientos y acompañamientos a: inventario de farmacia, expedición de certificados de nacidos vivos y de defunción (mal elaborados), manejo de historias clínicas, carros de paro, cumplimiento de horarios de

agremiados y a los turnos del personal de planta, socialización del autocontrol en las dependencias auditadas, legalización de las actas de bajas de bienes de elementos devolutivos, verificación del cumplimiento de los compromisos establecidos dentro del plan integral de residuos sólidos hospitalarios.

Como parte de la evaluación correspondiente a la oficina asesora se trabajó en la consolidación, suministro y soporte de la información solicitada por los entes de control (ministerio de salud, contraloría general del departamento etc).

Dificultades

Ausencia de empoderamiento a los líderes de cada proceso en el tema de planes de mejoramiento en lo que respecta a seguimiento e inventario de los mismos para transmitir a las personas a su cargo la cultura del mejoramiento continuo.

Ha sido muy compleja la recolección de información referente a los planes de mejoramiento para consolidar un inventario de los mismos. No se realizan los planes de mejoramiento o correctivos necesarios de acuerdo a las recomendaciones realizadas en las auditorías

Estado general del Sistema de Control Interno

El MECI es un modelo que debe estar en continuo desarrollo ya que su correcta implementación denota una excelente imagen institucional y ciudadanos satisfechos con la calidad de los servicios que se le prestan.

La institución ha trabajado de manera aceptable en la implementación del MECI y los funcionarios han comprendido que el objetivo del MECI es orientar a la entidad hacia el cumplimiento de sus objetivos y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado

Es importante acotar que ha sido buena en términos generales la adaptación de los funcionarios frente al modelo, aunque se requiere enfatizar y persistir para que todos se empoderen del mismo, lo utilicen como herramienta en sus labores diarias.

Es de resaltar la existencia de instrumentos del modelo el boletín de Gestión MECI, la lista de verificación por procesos con enfoque de eficiencia y eficacia, el normograma etc.

Se reitera nuevamente que el Hospital no cuenta con tablas de retención documental, ni manual de control documental y que es imperioso trabajar en estos aspectos.

Se resalta el desarrollo de la estrategia gobierno en línea de conformidad con la normatividad de la materia.

Se tienen mapas de riesgos por procesos, pero es fundamental que la revisión se realice de manera constante, igualmente se debe avanzar en la ejecución de las actividades de mejoramiento descritas en los mapas y en la verificación de los controles para mitigar la probabilidad y el impacto de la ocurrencia del riesgo.

Un aspecto relevante ha sido la realización de las auditorías, ya que se ha verificado el cumplimiento de procedimientos, proyectos y programas, manual de funciones, manual de contratación e interventoría, cumplimiento de recomendaciones de órganos externos y el acatamiento de la normatividad vigente; como resultado de las referidas auditorías se han generado los planes de mejoramiento respectivos. Se puede concluir que el modelo MECI se ha venido

implementando conforme a la norma y de acuerdo a las necesidades institucionales.

Recomendaciones

En este acápite a pesar de tornarse reiterativo es imperioso hacer las respectivas sugerencias:

Se requiere de manera urgente la implementación de las tablas de retención documental (TRD).

Es necesaria la adopción del manual de control de documentos.

Se requiere el archivo de gestión central.

Se requiere de manera urgente se realice el inventario de activos fijos de la institución para dar cumplimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General del Departamento.

Socializar y revisar de manera continua los mapas de riesgos de la institución, realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento y la efectividad de los controles.

Colaborar con la oficina asesora de control interno para realizar la consolidación del inventario de planes de mejoramiento.

Tener en cuenta las recomendaciones dadas por la oficina de control interno como producto de las auditorías realizadas

Organizar eficientemente la metodología de trabajo del equipo de apoyo MECI.

Fortalecer el elemento del talento humano.