

E.S.E. HOSPITAL ERASMO MEOZ

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO JULIO- OCTUBRE 2013

Subsistema de Control Estratégico

Avances

En este período se entregaron las cartillas a los promotores éticos, estos a la vez dieron estas cartillas al personal del HUEM, se socializó el código de ética a través de e-mails.

Se entregó por parte de la subgerencia administrativa los distintivos de agentes éticos y promotores éticos del HUEM.

De la misma manera se desarrolló la encuesta de gestión ética según los lineamientos de la cartilla de la gestión ética. Se planeo junto con el practicante en formación de Ingeniería Industrial de la UDES, la muestra de 307 personas del HUEM, se denotó inicialmente apatía por parte del personal pero se pudo finalizar con éxito, en el mes de Octubre se comenzó a socializar la encuesta a los directivos del Hospital.

A partir del mes de Septiembre se comenzó a planear la actualización del Código de Buen Gobierno, actividad que se ha venido desarrollando en los meses de Octubre y Noviembre.

En la gerencia se desarrolló el comité de Buen Gobierno y Subcomité de Buenas prácticas éticas y a otros interesados y se llevó a cabo el taller de actualización del código de buen gobierno y se estableció cronograma de trabajo para los grupos de planeación, gerencia, talento humano, control interno, promotores éticos a fin de realizar la revisión de los artículos de código durante los meses de Octubre y Noviembre.

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

Se resaltan los esfuerzos de la gerencia para superar la crisis financiera y de esa manera salir del riesgo alto en el que nos catalogó el ministerio de salud, de la misma manera es importante destacar los esfuerzos para la recuperación de cartera.

Dificultades

Persisten dificultades aunque en menor grado, en el empoderamiento de los servidores de las herramientas (mapas de riesgos, controles, indicadores, planes

de mejoramiento) a fin de cumplir con los propósitos administrativos y de gobierno. Es una constante las limitaciones económicas y presupuestales para el desarrollo efectivo de todas las actividades propias, tanto administrativas como hospitalarias, lo anterior, no es otra cosa que el resultado de la profunda crisis del sector salud, que ha conllevado a que se tomen medidas drásticas tales como el recorte del presupuesto para la presente vigencia. 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. 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. Constante cambio del personal por diferentes factores, dificulta la participación en materia de inducción, reinducción, capacitaciones entre otros.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

Se realizó el seguimiento a los POAS y los PIAS de la institución.

En el mes de Octubre se comenzaron a estructurar los planes Indicativos y operativos para el año 2014.

Se socializó entre julio y agosto lo relativo al proceso de Gestión Financiera; (subprocesos de Facturación y Auditoria, Ingresos y Egresos)

Se implementaron con éxito los procedimientos de trámites de pagos, y se aprobaron los procedimientos de: Servicios Quirúrgicos, Apoyo diagnóstico Bienes (banco de sangre, Servicio de alimentación), Gestión del talento humano (subproceso de salud ocupacional), apoyo diagnóstico servicios (rehabilitación), Hospitalización.

Los procedimientos de Apoyo diagnóstico Bienes (Servicio de alimentación), Gestión del talento humano (subproceso de salud ocupacional) se socializaron en el mes de Octubre.

Se realizó seguimiento al proyecto de rediseño y reorganización funcional de la ESE HUEM, el cual se encuentra en la fase de formulación de la propuesta.

Durante el periodo se trabajaron los riesgos de los procesos (Urgencias, Consulta Externa, Gestión Financiera, Vigilancia Epidemiológica, docencia e investigación, Gestión del Talento Humano, Gestión de la información y comunicación, Garantía de la calidad y Evaluación del Control Interno) los cuales fueron debidamente aprobados en el comité de control interno. Igualmente se trabajaron los riesgos de los procesos Hospitalización, Servicios Quirúrgicos, Apoyo a la atención (los tres subprocesos), gestión jurídica, planeación estratégica y gerencial, gestión del ambiente y recursos físicos los cuales fueron aprobados, se requiere trabajar lo relativo al proceso de Adquisiciones, Bienes y Servicios. En cuanto a las políticas de operación se recibió la respuesta por parte del Hospital General de Medellín el 15 de Julio del presente año. Se revisaron y

analizaron las Políticas de Operación del Hospital General de Medellín y además se consultó vía Internet otras entidades de salud tales como el Hospital Local Cartagena de Indias y la Red de Salud del Centro ESE, como una guía para determinar el modelo que utilizará el HUEM teniendo como marco referencial las normas y lineamientos que sobre políticas de operación que se definen en el documento Guía General para el Diseño, Desarrollo e Implementación de cada uno de los Subsistemas, Componentes y Elementos de Modelo Estándar de Control Interno - MECI 1000:2005 Segunda Versión del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) editado en el año 2008.

En el mes de octubre se realizó el análisis comparativo para determinar la conducta a seguir con las del HUEM.

Se expidió circular de Planeación en la cual se establece que solo se mantendrán en físico dos manuales de procesos y procedimientos (planeación y CEGDOC) lo anterior con el consenso de la oficina de control interno y la asesora de gerencia con el fin de dar un aporte a la estrategia de cero papel de la institución, los manuales se deberán consultar en la intranet www.huem.ns.

En cuanto a la publicidad institucional hay una cartelera en el primer piso del hospital cerca a la entrada principal y en ella se publican 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. La actualización del normograma de la Institución se viene realizando regularmente en la Página Web (www.herasmomeoz.gov.co) y en la Intranet (www.huem.ns).

Se resalta la 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 segundo trimestre de 2013

En cuanto al desarrollo de la estrategia de gobierno en línea se destacan: Socialización a la comunidad hospitalaria (usuarios internos y externos) de los servicios y links de la página web institucional para promocionar su uso.

Modernización de Erasmito (imagen institucional infantil) y del enlace web para niños.

Cumplimiento en un 75% de la información mínima a publicar en la página web.

Publicación de videos institucionales.

Diseño y ejecución de acciones de promoción y divulgación de la estrategia gobierno en línea en la institución: "Fin de Semana de G.E.L".

Diseño y socialización de acciones para Implementación de la Política de cero papel en la ESE HUEM al 50% del personal de la ESE.

Definición de variables y fuentes para la caracterización de usuarios de la ESE HUEM de acuerdo al manual 3.0 y la guía para la caracterización de usuarios de las entidades públicas.

Generación e implementación de nuevos formatos y/o trámites a través de la página web: hoja de vida y certificaciones para convenios de docencia-servicios.

Socialización para el inicio de la participación de la ESE HUEM en el Programa

Ciudadanía Digital

Dificultades

No se ha dado aplicación al instrumento lista de verificación por procesos, esta actividad ha venido dilatándose en el tiempo, los resultados de la aplicación son de gran importancia pues apuntan a varios elementos del MECI.

Falta celeridad en el desarrollo de las políticas de operación por procesos, a pesar de que se inició a trabajar en las mismas desde comienzo del año 2013, los avances son pocos significativos.

Dificultad para trabajar en los riesgos correspondientes a adquisición de bienes y servicios.

No se evidencian avances de trabajo en los procedimientos de patología, laboratorio clínico, referencia y contrarreferencia y gestión jurídica.

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

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

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 (presupuesto, contabilidad, docencia e investigación, hospitalización, revisión de carros de paro); como resultado de las mismas se elaboraron los informes del caso y se hicieron las recomendaciones respectivas.

Igualmente se realizaron arqueos de caja menor y la revisión de algunas órdenes de trabajo (contratación) generándose los informes del caso.

Dentro de los roles de la oficina asesora de control interno se ha desarrollado lo relativo al fomento de la cultura del autocontrol, con charlas en los diferentes servicios sobre el tema y con la utilización de los canales de información institucionales.

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.

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.

No se ha podido llevar a cabo el inventario de planes de mejoramiento, a pesar de que se ha indicado en repetidas ocasiones la obligatoriedad de que dichos planes sean remitidos a la oficina asesora de control interno de gestión.

No se han tenido en cuenta en la mayoría de los casos las recomendaciones realizadas en las auditorías.

En el seguimiento a los riesgos se observa que muchas de las acciones

planteadas no son conducentes para evitar o mitigar el riesgo, así mismo algunos de los indicadores deben ajustarse para que sean efectivos en la medición.

Estado general del Sistema de Control Interno

El objetivo del MECI está definido en el Decreto 1599 de 2005, en los siguientes términos: El Modelo Estándar de Control Interno que se establece para las entidades del Estado proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado. Este Modelo se ha formulado con el propósito de que las entidades del Estado obligadas puedan mejorar su desempeño institucional mediante el fortalecimiento del Control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

El MECI está concebido como un modelo de gestión que proporciona a los gerentes públicos las herramientas para llevar a cabo su trabajo de manera idónea, transparente y ágil. El modelo comprende un resumen ejecutivo, un marco teórico y el manual de implementación.

El MECI por tanto, debe permanecer en continua evolución 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.

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.

Se destacan la existencia de instrumentos del modelo como el boletín de Gestión MECI, el normograma institucional 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 destaca el desarrollo óptimo de la estrategia gobierno en línea de conformidad con la normatividad de la materia.

Se trabajó en el período en la revisión de las acciones y riesgos de los mapas de riesgos por procesos, fruto de ello se presentaron y aprobaron por parte del comité los nuevos mapas de riesgos. También en el aspecto evaluativo es menester destacar la realización de las auditorías, a través de las cuales han 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

Es importante en cuanto a las recomendaciones manifestar lo siguiente:

- Realizar de manera urgente la aplicación de la lista de verificación por procesos.
- Avanzar en el tema de políticas de operación por procesos.
- Definir lo concerniente a los procedimientos de patología, laboratorio clínico, referencia y contrarreferencia y gestión jurídica.
- Avanzar en la construcción del procedimiento de adquisición de bienes y servicios así como lo relativo al mapa de riesgos de dicho proceso.
- 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 avanzar en la realización del inventario de activos fijos de la institución para dar cumplimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental.
- 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.