

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS

Período evaluado:

1 DE SEPTIEMBRE – 31 DE DICIEMBRE 2015

Fecha de elaboración: **ENERO 2016**

De conformidad con las disposiciones contenidas en el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011, el Jefe de Control Interno de la E.S.E Hospital Universitario de Santander presenta a continuación el informe sobre el estado del control interno en la Entidad, correspondiente al periodo de septiembre a diciembre de 2015

Módulo Control de Planeación y Gestión

Componentes y elementos que permiten asegurar razonablemente que durante la planeación y la ejecución se tienen los controles necesarios para su realización

Dificultades

- Es necesario fortalecer, a través de los procesos, la operativización de las políticas y socializar con el personal que debe conocer y medir los indicadores gerenciales, e iniciar la implementación de los mismos.
- Se debe avanzar en la medición de los indicadores de procesos aprobados en las caracterizaciones, en donde periódicamente se realice análisis de los resultados a través de grupos primarios de cada proceso, tomando acciones pertinentes para la mejora continua.
- Se recomienda tener presente para el manejo de las cajas menores y los avances y anticipos, las medidas de austeridad en el gasto público y su legalización con sus respectivos soportes, no perder el objetivo principal de las cajas menores como es el de sufragar gastos identificados y definidos en el Presupuesto que tengan el carácter de urgente.
- Se recomienda realizar seguimiento a la recuperación de la cartera de Servicios de Salud con las diferentes empresas responsables de apoyo y evaluar la viabilidad de depurar cartera por concepto de pagarés de vigencias anteriores que mediante estudios efectuados consideren irre recuperables en aras de presentar Estados Financieros confiables.
- Fortalecer el principio de Autocontrol en el sentido de verificar con mayor oportunidad las consignaciones pendientes por identificar y las devoluciones por dispersión de nómina, de tal manera que el autocontrol se refleje en mayor frecuencia para la revisión e identificación de dichas consignaciones, de la misma forma ese aumento en la frecuencia del autocontrol permitirá advertir con mayor celeridad los errores y por supuesto generar las acciones correctivas de forma más temprana.
- Se evidencia que las máquinas de lavandería están cumpliendo su ciclo de vida útil para un funcionamiento acorde a lo que la Institución requiere.
- Es importante diseñar una estrategia que permita manejar y controlar los inventarios respecto a montos de medicamentos y materiales médico quirúrgicos de máximos y mínimos.
- Se sugiere realizar una planeación efectiva para poner en funcionamiento todos los Equipos Biomédicos que se han adquirido en la E.S.E. Hospital Universitario de Santander.
- Impartir instrucciones para que cada persona que se encuentra vinculada con la tenencia, uso, custodia y administración de bienes cumpla con lo señalado en el manual de procedimientos de la Entidad así como en la normativa sobre la materia.
- Es necesario culminar la actualización y aprobación de los procesos, procedimientos, formatos y demás documentos que permitan una estandarización de las actividades necesarias para dar cumplimiento a su misión y objetivos dentro del modelo de operación por procesos del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.

Avances

- Se revisaron y ajustaron las funciones del código de ética y buen gobierno con el fin de garantizar la articulación con la plataforma estratégica.
- Se elaboró, aprobó y se socializó a los distintos servicios asistenciales y administrativos de la E.S.E. HUS el procedimiento para la notificación de casos de riesgo o vulneración de derechos de los usuarios al Comité de Ética Hospitalaria de la E.S.E. HUS.
- Se ajustaron los principios y valores, siendo estos concertados a través de elección por parte de los colaboradores, realizando actividades que involucraron la participación de los funcionarios de la Entidad, a fin de que los colaboradores de la Empresa se sientan identificados con los lineamientos de carácter ético.
- Se elaboró y divulgó el instructivo en el que se especifican normas de buen comportamiento, que define que son y que no son conductas agresivas y se establecieron los pasos a seguir en el manejo de situaciones de comportamiento agresivo y abusivo.
- Se definieron los parámetros para el seguimiento a la evaluación del desempeño a todos los colaboradores de la Institución.
- Se mide la adherencia del conocimiento adquirido, en el personal de la institución que ha recibido capacitación.
- Se realizó manual para la elaboración, implementación y evaluación de los indicadores, en donde se hizo énfasis en aquellos que medirán la gestión clínica de la institución.
- Se brindó capacitación personalizada a cada líder de proceso en la identificación, análisis, valoración y generación de políticas de administración del Riesgo y se conformaron equipos de trabajo por proceso que deben realizar las actividades para la mitigación del riesgo.
- Se socializó el manual de interventoría institucional.
- Se ejecutaron jornadas de divulgación de las políticas de humanización y atención centrada en el usuario.
- Durante el año 2015 se realizaron dos jornadas de inducción general al personal nuevo de la Subgerencia de Servicios de Enfermería.
- El Comité de Educación de la Subgerencia de Servicios de Enfermería realizó dos cursos de educación continua durante el año 2015: Cuidado integral del paciente adulto y pediátrico con Quimioterapia y Patología Oncohematológica la cual fue dirigida a personal de Enfermería, Auxiliares de Enfermería de los Servicios de Oncología, Medicina Interna Mujeres y especialidades Hemato-Oncológica, Pediatría, la cual fue apoyada por la Secretaría de Salud Departamental dando cumplimiento a los cursos requeridos por la Resolución 2003 de 2014. El segundo curso de educación continua fue: Reforzamiento de competencias en transfusión sanguínea, realizado del 14 de septiembre al 4 de diciembre de 2015.
- Consolidación del Grupo de Formación y Cultura.
- Diseño y aprobación del Plan Institucional de Formación y Capacitación PIC 2015, resolución 191 de 2015 "Por medio de la cual se adopta el Plan Institucional de Formación y Capacitación dirigido a los funcionarios de planta de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander".
- Ejecución de actividades de formación, hasta la fecha 428 capacitaciones.
- Ampliar la cobertura del PIC a los diferentes servicios y personas indiferentemente del tipo de vinculación.
- Estandarización del modelo de inducción y reinducción. Se realizaron tres jornadas de inducción y reinducción para el personal del ESE Hospital Universitario de Santander.
- Diseñar y ejecutar el programa de educación continuada a la Junta Directiva.
- Cumplir con el Plan Institucional de Formación y Capacitación PIC 2015, con un cumplimiento del 88% del Plan Institucional de Capacitación.
- Apoyar la participación al curso de señas básicas para la atención a población con discapacidad auditiva, dando cumplimiento a las acciones de Habilitación, con una intensidad de 32 horas.
- Se consolida el Grupo de Formación y Cultura de la Unidad Funcional de Talento Humano, Diseñando, Ejecutando y/o Apoyando actividades de Formación a todo el personal de la E.S.E. HUS.

- Cumplimiento de un 85% de las Actividades Programadas en el Plan de Bienestar Social e Incentivos, Clima Organizacional y Cultura Institucional.
- Se brinda apoyo en el Diseño, Ejecución de Actividades formativas a los diferentes Servicios de la Institución y a las Empresas Contratistas de Personal.
- Con el desarrollo de las actividades del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, se logró el cumplimiento del cronograma de actividades propuesto para el año 2015, a la vez que se ha logrado sensibilizar a los trabajadores en:
 - Normas de Bioseguridad.
 - Importancia del uso de elementos de protección personal.
 - Riesgo Público
 - Riesgo Biológico
 - Comunicación asertiva y Resolución de Conflictos
 - Liderazgo y Toma de Decisiones
 - Autoestima y desarrollo personal
 - Importancia del reporte oportuno de accidentes de trabajo
- Entre las actividades que se realizan en el Programa de Vigilancia Epidemiológica de Riesgo Osteomuscular, se encuentra la realización de inspección de puestos de trabajo (IPT) con el fin de conocer las situaciones de riesgo de los puestos de trabajo, para posteriormente realizar una valoración de las condiciones de salud (valoración de postura, pruebas semiológicas) con el fin de realizar un tamizaje de posibles patologías osteomusculares; de acuerdo a la información anterior, se entrega a la persona un plan casero de trabajo para mejorar condiciones de salud en cuanto a mecánica corporal e higiene postural.
- El área de salud ocupacional realiza la evaluación técnica de las propuestas presentadas por diversas entidades contratantes del HUS teniendo en cuenta los ítems contemplados en el instructivo de seguimiento para el cumplimiento de los estándares de gerencia del talento humano del manual de acreditación ambulatorio y hospitalario, GTH-IN-04, habiéndose realizado aproximadamente 100 evaluaciones durante el año.
- El personal adscrito al área de Farmacia es idóneo y cuenta con las debidas capacitaciones para desempeñar sus labores, las cuales se realizan mensualmente según cronograma elaborado a comienzo del año en curso.
- Se evidencia que en el Servicio Farmacéutico se verifican y controlan las condiciones ambientales realizando la lectura dos veces al día, registrando los resultados en el formato control de condiciones ambientales (FC-R-03).

Módulo Evaluación y Seguimiento

Considera aspectos que permiten valorar la efectividad del control interno, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos, y los resultados de la gestión.

Dificultades

- Se evidencia la necesidad de reforzar las buenas prácticas adoptadas de seguridad del paciente mediante sesiones breves en las que participa el coordinador del servicio, el personal asistencial, el referente de seguridad del paciente de la oficina asesora de calidad y la subgerente de enfermería.
- Se sugiere que se analice el indicador haciendo referencia a la comparación del resultado del indicador y la meta establecida en la ficha técnica y para los casos en los que no se alcanza a cumplir la meta establecida se debe describir la acción correctiva con la que se dará tratamiento al mismo. En todos los casos se dará tratamiento de acción correctiva al indicador que no cumpla las metas, a menos que el resultado no haya sido cumplido por causas externas no controladas por el proceso, las cuales deben ser descritas y evidenciadas en el informe.

Avances

- Se realiza seguimiento cuatrimestral a la Administración del Riesgo por parte de Control Interno.
- Periódicamente se realiza seguimiento para monitorear el grado de mantenimiento de las mejoras logradas en cada ciclo de autoevaluación de la acreditación y asegurar la implementación de los diferentes planes de mejoramiento.
- Se realizó seguimiento al Plan de acción que surgió de la actualización del MECI en donde se evidencia que se implementaron y cerraron el 84% de las actividades planificadas, quedando en desarrollo y pendiente por cerrar un 16% de las acciones, obteniendo un cumplimiento al 88% los requisitos del Modelo Estándar de Control Interno, MECI 2014.
- Se realizó la evaluación de adherencia a procedimientos que garanticen las buenas prácticas de seguridad del paciente la cual se desarrolló mediante un proceso de observación por parte de médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, docentes y camilleros.
- Se realizó autoevaluación de los estándares de habilitación en los meses de octubre y noviembre con la participación con todo el equipo de la Oficina Asesora de Calidad en el cual se evaluó los servicios: Hospitalización (Pediatria, Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Quirúrgicos y Neonatal), Unidad de Quemados, UCI-P, UCI-A , Oncología, Radioterapia, Urgencias, Consulta Externa, Quirófanos, Esterilización, Toma de Muestras de Laboratorio Clínico, Laboratorio Clínico, Transfusión Sanguínea, Laboratorio de Patología, Farmacia, Imágenes Diagnósticas y ambulancias (transporte básico y transporte medicalizado), se generó la consolidación pertinente con base en los hallazgos encontrados en la lista de chequeo establecidas en la Resolución 2003 de 2014 para cada servicio de la E.S.E HUS.
- Se realizaron las visitas de seguimiento de la relación docencia servicio en todos los servicios de la E.S.E. HUS, donde las IES en convenio realizan sus prácticas formativas.
- Se realizaron las rondas de seguridad que se denominaron sesiones breves en seguridad, teniendo en cuenta la necesidad de reforzar las buenas prácticas adoptadas de seguridad de paciente en las cuales participa: el coordinador del servicio, el coordinador asistencial, el referente de seguridad del paciente de la oficina de calidad y la subgerente de enfermería.
- Se realizó revisión y proyección de planes de mejora se adaptaron las guías y se está realizando socialización de las mismas con el equipo médico de las diferentes áreas.
- se realizó verificación de cumplimiento del Protocolo Monitorización de Líquidos de algunos servicios Hospitalarios y Urgencias de la ESE Hospital Universitario de Santander. A la fecha el promedio de cumplimiento del Protocolo Monitorización de Líquidos de los Servicios de Hospitalización y Urgencias de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en el mes de Diciembre de 2015, es de 87,05% con una calificación BUENO.
- Se realiza seguimiento trimestral a los planes de acción 2015 están publicados en la web. Fueron diseñados por los líderes de los procesos y contienen los productos verificables en la vigencia.
- Se ha ejecutado el programa anual de auditorías realizándose en este periodo las siguientes auditorias:
 - Auditoría Revisión Proceso de tesorería – conciliaciones bancarias
 - Auditoría Revisión Proceso de Cartera - pagares
 - Auditoría Inventario Almacén General
 - Auditoría Revisión Proceso de Servicios Básicos
 - Auditoría Revisión Proceso de Talento Humano
 - Auditoría Inventario Farmacia
 - Auditoría Arqueos selectivos y aleatorios a Cajas Menores
 - Auditoría Revisión selectiva y aleatoria de Activos Fijos
 - Auditoría Revisión Proceso de Mantenimiento
 - Auditoría Revisión Proceso de Jurídica
- Algunos de los seguimientos realizados en el periodo, son: Informe de Seguimiento al Plan Operativo Anual, Informe de Austeridad del Gasto Público, Seguimiento al Mapa de Riesgos Institucional, Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción, Seguimiento al Modelo Estándar de Control Interno (MECI).

Eje transversal: Información y comunicación

Vincula a la Entidad con su entorno, facilita la ejecución de sus operaciones internas y la participación directa del usuario.

Dificultades

- Se deben publicar en la página web los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.
- Para la sección de Peticiones, Quejas y Reclamos de la página web institucional, se debe habilitar un enlace de ayuda en donde se detallen las características, requisitos y plazos de respuesta de cada tipo de solicitud de acuerdo con lo previsto en el Código Contencioso Administrativo, así mismo se debe habilitar un mecanismo a través del cual el ciudadano pueda hacer seguimiento en línea al estado de sus solicitudes, peticiones, quejas y reclamos.
- Adecuar el funcionamiento de la administración acorde de las tablas de retención documental de las distintas dependencias, sin embargo este aspecto amerita capacitación a las áreas para mayor conocimiento de las disposiciones del manejo documental expedido por el archivo General de la Nación.

Avances

- Se documentaron los procedimientos que conforman el plan de gerencia de la información que incluyen los mecanismos que garanticen razonablemente la satisfacción de la calidad y seguridad de la información y medición de las solicitudes de información.
- Se actualizó la política de comunicación con los usuarios, la cual contiene la matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria.
- Se definió el proceso institucional de transmisión, captación, consolidación y análisis de la información.
- Mensualmente se realizan encuestas de satisfacción a los usuarios de las cuales se hace un análisis junto con Epidemiología y los resultados son enviados a calidad para su respectiva aprobación para así luego remitirlos a la Subgerencia del servicio implicado para que este haga el respectivo plan de mejora.
- Se cuenta con 13 buzones de sugerencias ubicados de manera estratégica, uno en cada servicio, donde se encuentran establecidos los pasos para diligenciar el formato.
- Están establecidos los formatos para el registro de las expresiones de los usuarios tanto a través de los buzones de sugerencias como de manera personal en la Oficina de Información y Atención al Usuario, además cuentan con un link en la página web del HUS para las PQR.
- Se tienen folletos sobre los derechos y deberes de los usuarios (GMC-FL-03).
- Se realiza la apertura a los buzones de sugerencias una vez a la semana y se elabora la respectiva acta de acuerdo al formato GMC-CU-FO-08 Acta de Inicio Escrutinio Buzón de Quejas, Sugerencias y Comentarios.
- Se cuenta con dos puntos de atención al ciudadano los cuales están ubicados en Consulta Externa y en el segundo piso del HUS y su horario de atención es de 6:00 a.m. a 5:00 p.m.
- El personal de Servicio de Información y Atención al Usuario es capacitado en lenguaje de señas para así ser incluyente y poder dar a conocer los derechos y deberes de los usuarios además de dar la respectiva información a personas con discapacidad auditiva y de lenguaje.
- En cuanto a lo establecido en la Estrategia de Gobierno en línea en la página web institucional: Se cuenta con un link que permite a los usuarios realizar PQR en línea diligenciando un formulario que permite identificar la clase de solicitud. Estas son monitoreadas y gestionadas por el SIAU. Existe la sección Atención al Ciudadano donde se informa a la comunidad hospitalaria los puntos de atención, horarios, ubicación de sedes, directorio, deberes y derechos, trámites para la solicitud de citas médicas, pagos de servicios, normas generales para visitantes, seguridad del usuario y preguntas frecuentes.
- En los registros de la Página Web de la ESE HUS, se observa la amplia dinámica de comunicaciones mediante la actualización diaria de información de la gestión institucional a sus usuarios y en general a la ciudadanía, lo cual a su vez constituye una estrategia de permanente rendición de cuentas, por medio de los variados

recursos con que cuenta la Web institucional, entre otros: noticias, boletines informativos, informes de gestión y de evaluaciones y seguimientos, espacios de interacción y participación ciudadana como Facebook.

- En cumplimiento a lo establecido por Gobierno en Línea se publicó la ejecución del presupuesto en ejercicio que corresponde al segundo trimestre.
- La E.S.E. HUS, haciendo uso de su página web www.hus.gov.co, ha publicado la información relacionada con su planeación para que las partes interesadas y sus colaboradores la conozcan.
- La Institución publica en su página web los informes remitidos a la Contraloría sobre el Plan de Mejoramiento vigente de la Entidad de acuerdo con la periodicidad establecida por este organismo de control.

Estado general del Sistema de Control Interno

La Oficina Asesora de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander, en cumplimiento a normas de Control Interno, realiza evaluación permanente a los Procesos Institucionales de la Entidad con el objetivo de verificar la adopción de las medidas necesarias que garanticen óptimos niveles de eficiencia y eficacia en todos los elementos del Sistema y contribuir en la toma de decisiones efectivas para el desarrollo de la Organización.

Se ha verificado que cada uno de los componentes de la estructura del Sistema de Control Interno exista, cumpliendo estándares generales, siendo interiorizados, implementados y aplicados efectivamente en la Institución. Se avanza hacia el mejoramiento continuo con estándares de Calidad según el Sistema Único de Acreditación (SUA).

La Oficina Asesora de Control Interno dictamina que se ha evaluado el Sistema de Control Interno de la E.S.E. Hospital Universitario de Santander en sus diferentes Subsistemas, Componentes y Elementos, encontrando que el nivel de implementación del MECI continúa manteniéndose en un nivel **ADECUADO**.

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno