

**RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**



**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO
JULIO – OCTUBRE 2017**

Santiago de Cali, Octubre de 2017

CONTENIDO

1. MÓDULO DE PLANEACION Y GESTION

- 1.1 **COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO**
 - 1.1.1. **Acuerdos compromisos y protocolos éticos**
 - 1.1.2 **Desarrollo del Talento Humano**
- 1.2 **COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**
 - 1.2.1 **Planes y programas**
 - 1.2.2 **Modelo de operación por procesos**
 - 1.2.3 **Estructura organizacional.**
 - 1.2.4 **Indicadores de gestión**
 - 1.2.5 **Políticas de operación**
- 1.3 **COMPONENTE ADMINISTRACION DEL RIESGO**

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- 2.1 **Componente de autoevaluación institucional.**
- 2.2 **Componente auditoria interna**
- 2.3 **Componente planes de mejoramiento**

3. EJE TRANSVERSAL DE COMUNICACIONES

La Red de Salud del Centro E.S.E en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, presenta por parte de su Asesor de Control Interno, el informe pormenorizado cuatrimestral, del estado de control interno de la Entidad, basándose en tres puntos centrales: Módulo de Planeación y Gestión, Módulo de Evaluación y Seguimiento y Eje transversal de Información y Comunicación, acorde con la estructura del modelo estándar de control interno MECI (Decreto 943 de mayo 21 de 2014).

1. MÓDULO DE PLANEACION Y GESTION

1.1 COMPONENTE DEL TALENTO HUMANO

1.1.1. Acuerdos compromisos y protocolos éticos

La Red de Salud del Centro E.S.E dentro de sus compromisos cuenta con Código de ética y buen gobierno. El mismo fue revisado y ajustado, en el sentido de incluir los derechos y deberes del cliente interno, la Misión, Visión y los valores institucionales.

El código de ética y buen gobierno ha sido entregado en medio físico (cartilla) al 95% de los colaboradores de la institución. Así mismo ha sido socializado mediante capacitación al 80% del personal.

Una vez socializado el código de ética y buen gobierno se realizó evaluación de conocimientos al personal y se obtuvo los siguientes resultados:

TOTAL COLABORADORES DE LA INSTITUCIÓN (INCLUYENDO PLANTA, CONTRATISTAS, AGREMIADOS)	No. DE COLABORADORES CAPACITADOS	TOTAL EVALUADOS	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	
			≥ 80%	≤ 80%
683	547	547	99%	1%
% COBERTURA	80%	80%		

Durante La evaluación del código de ética y buen gobierno se incluyeron preguntas relacionadas con el conocimiento en deberes y derechos del cliente interno.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

Se ajustó y actualizó para la vigencia 2017 el Procedimiento de Capacitación (GTH – P – 04), alineándolo a los ejes de acreditación –incluyendo la metodología para la medición del impacto.

COBERTURA DE CAPACITACIÓN EN TEMAS TRANSVERSALES Y RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES POS-TEST.

TEMAS	POBLACIÓN OBJETO	COLABORADORES CAPACITADOS	COBERTURA	PROMEDIO ALCANZADO EVALUACIÓN	
				igual o mayor 80%	menor al 80%
Plataforma Estratégica y Acreditación	674	600	89%	85%	15%
Humanización	674	620	92%	86%	14%
Seguridad del Paciente	674	632	93%	83%	17%
Gestión del Riesgo	674	539	80%	83%	17%
Gestión de Tecnología	674	542	80%	81%	19%
Responsabilidad Social Empresarial	674	530	78%	95%	5%
Transformación cultural	674	511	76%	98%	2%

La entidad realizó evaluación de competencias; para el año 2017 se modificó la escala de valoración en la evaluación de competencias quedando como meta 8.0; el resultado obtenido fue de 9,2.

1.2 DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.6 Planes, programas y proyectos.

La Red de Salud del Centro E.S.E cuenta con Misión, visión, definidas de manera participativa y divulgada a funcionarios, colaboradores y comunidad; publicada en la página Web de la institución (<http://www.esecentro.gov.co/platestrg.html>).

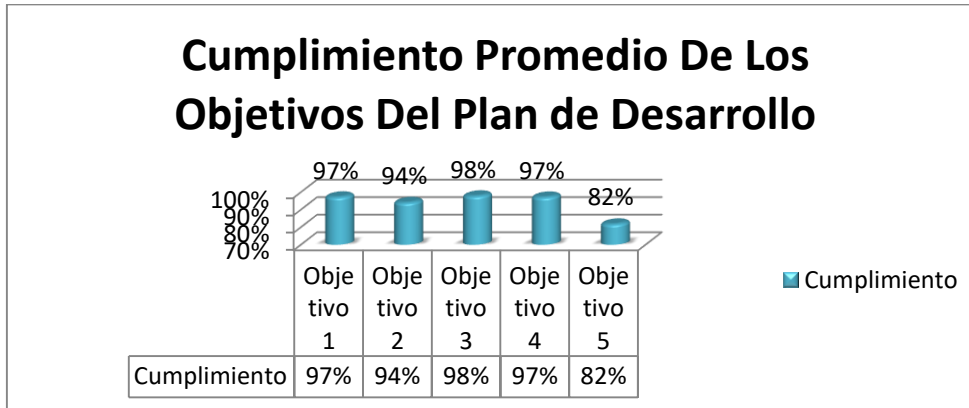
El plan de desarrollo y el plan de gestión para el periodo 2016-2019 fueron aprobados por la Junta Directiva en el año 2016. El plan de desarrollo fue construido de manera participativa (funcionarios y comunidad) y se articula con las políticas públicas de salud, así como también con compromisos de carácter internacional, nacional, departamental.

Las evaluaciones de estos planes son realizados por la oficina de control interno, y los resultados obtenidos (a septiembre de 2017) fueron:

Gestión de ejecución del plan de desarrollo: 82%

Cumplimiento del Plan de Gestión: 3,51%

Los objetivos institucionales alcanzaron el resultado siguiente:



Resultado Promedio **94%**

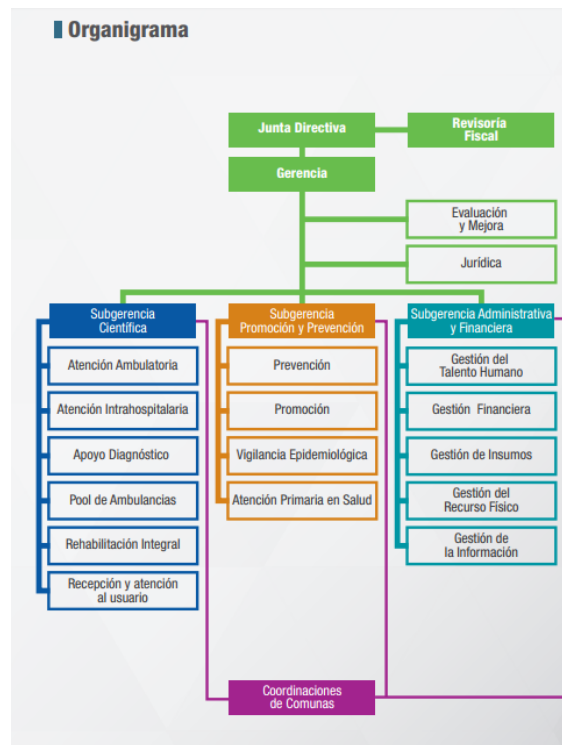
Meta **95%**

Cumplimiento respecto de la meta **99%**

Modelo de operación por procesos: Para el cumplimiento de su misión, visión y el logro de sus metas, la Red de Salud del Centro E.S.E basa su operación en un modelo de gestión por procesos; cuenta con un mapa de procesos, en el cual se observa la interacción de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo. El mapa de procesos fue socializado, así como los procedimientos, las caracterizaciones documentadas; cada proceso cuenta con indicadores de gestión, riesgos identificados y acciones de control que mitigan dichos riesgos. El seguimiento a los indicadores se realiza mensualmente por parte del proceso de Evaluación y mejora; trimestralmente se realiza revisión por la Dirección en la presentación de informes de gestión. Ver: <http://www.esecentro.gov.co/calidad.html>



Estructura organizacional: La Administración y Dirección de la Empresa está a cargo de la Junta Directiva y del Gerente; tienen la Misión de mantener la unidad de objetivos e intereses institucionales; identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios; asignar recursos; adoptar y adaptar normas de eficiencia y calidad, de conformidad con la ley. La estructura organizacional actual facilita la gestión de los procesos; se encuentra publicada en la página web en el siguiente link: <http://www.esecentro.gov.co/nosotros.html>. La estructura organizacional permite trabajar por procesos; en ella se identifican niveles de responsabilidad y autoridad.



El manual de funciones fue aprobado mediante el Acuerdo No. 1-02-06-2015 de mayo de 2015, por el cual se ajusta el manual específico de funciones y de competencias para los empleados de la planta de personal de la RED DE SALUD DEL CENTRO E.S.E.

Indicadores de Gestión: Cada proceso cuenta con indicadores previamente definidos, los cuales conforman el tablero de mando de la entidad. Los indicadores de cada proceso se generan mensualmente por el líder de proceso.

Se realiza revisión mensual de los mismos con el acompañamiento de **1-02-06-2015** proceso de Evaluación y mejora - oficina de calidad; trimestralmente son considerados por la oficina de control interno como insumo para la evaluación del plan de desarrollo y presentados en informe de gestión a la Gerencia.

En desarrollo del modelo evaluativo de acreditación se han diseñado indicadores trazadores por cada uno de los ejes de acreditación. Sobre los mismos se presentaron avances trimestrales en informes de gestión.

Políticas de operación: Estas se encuentran documentadas, y socializadas a los diferentes procesos. La entidad cuenta con manual de calidad (EVM-M-02-MANUAL DE CALIDAD-V06). Adicionalmente se encuentran otras políticas en el

código de buen gobierno (pág. 32 a 38) publicadas en página web: <http://www.esecentro.gov.co/images/resource/Codigodebuengobierno.pdf> algunas de ellas son:

Políticas Gerenciales: El Cliente constituye la razón de ser de la organización. El colaborador de la Empresa Social del Estado, constituye el pilar para el logro de las metas. Adoptar una política que permita la venta de servicios con eficiencia enmarcada por la calidad. Cultura organizacional orientada a la excelente prestación de servicios, la eficacia administrativa, y la generación de un adecuado clima laboral. La ESE será austera en el gasto y planeará sus inversiones. Construirá sistemas de medición de la Gestión de todas sus áreas y funcionarios, a través de la evaluación de los indicadores de gestión. La ESE propenderá por el cumplimiento de la política de producción más limpia.

Política Operativa. Un Modelo de Desarrollo de Prestación de Servicios de Salud, basado en una atención con altos estándares de calidad, fundamentado en los ejes de acreditación, orientada por un enfoque estratégico de atención centrada en el usuario y su familia, que adopte toda atención del cliente-usuario, como oportunidad de integración de los componentes asistenciales y de promoción y prevención. Un Plan Misional de Atención Integral, que responda a las expectativas de las necesidades del ciudadano, la familia y la comunidad. Los principios de la calidad, y del contacto cálido con el cliente-usuario externo, como pilar interno fundamental para el logro de los objetivos estratégicos. Mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de atención misionales relacionados con el Cliente-Usuario externo, en su dimensión biopsicosocial y en sus ambientes hospitalario y comunal.

1.3 Administración del Riesgo:

La Red de Salud del Centro E.S.E cuenta con la Resolución No. 1-15-011-2015 emitida el 8 de enero de 2015 mediante la cual adopta la política integral de calidad de la entidad.

Frente al eje de gestión del riesgo la política establece: “la Red de Salud del Centro E.S.E se compromete en: Identificar, controlar y gestionar los riesgos internos y externos derivados de la prestación del servicio y la administración de los procesos, con el fin de evitar lesiones que puedan afectar la seguridad del paciente, sus familiares y colaboradores; así como gastos innecesarios para la institución”.

De otra parte, se construyó el documento EVM-02- Manual de gestión del riesgo el cual tiene como objetivo unificar los conceptos que forman parte de la implementación de un modelo de administración del riesgo, establecer una orientación metodológica que facilite la comprensión e implementación partiendo

desde la identificación, análisis, evaluación, medición, monitoreo y comunicación de los riesgos asociados a los procesos de la organización.

Adicionalmente, con el manual se pretende orientar el establecimiento de los planes de tratamiento dirigidos a la mitigación y especialmente a la prevención de los riesgos, con el fin de minimizar pérdidas e identificar oportunidades de mejora, estableciendo las responsabilidades en la administración de riesgos, el seguimiento y pertinencia de la políticas para su tratamiento.

La Asesora de control interno como responsable del Eje de Gestión de Riesgos del modelo evaluativo de acreditación, realizó capacitaciones frente al eje, inicialmente a los líderes de proceso, a los grupos primarios de mejoramiento; de igual forma se conformó el grupo de gestión del riesgo (integrado por Gerencia, subgerente científico, subgerente de promoción y prevención, subgerente administrativo, auditor médico, asesor de planeación y calidad y asesora de control interno).

Se realizaron reuniones con líderes de proceso, con equipos de mejoramiento y demás personal de cada proceso, en las cuales además de dar conceptos generales frente a la gestión de riesgos, se explicó la ruta de gestión de riesgos haciendo énfasis en los pasos o actividades que se desarrollan en cada etapa del proceso. En dichas reuniones se inició la construcción del mapa de riesgos por proceso, enfatizando que la identificación de riesgos se realizó por parte de los equipos primarios de mejoramiento en compañía del líder del proceso. En la construcción del mapa de riesgos institucional se consideró además de los riesgos de los procesos, los riesgos identificados por seguridad y salud en el trabajo, riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo; de allí que el mapa de riesgos de la institución quedó conformado por 140 riesgos.

El mapa de riesgos de la entidad por grupo de estándares de acreditación, por procesos y con la evaluación del riesgo inherente y residual, es el siguiente:

GRUPO DE ESTANDAR	PROCESO	EVALUACION DEL RIESGOS INHERENTE (ABSOLUTO)			TOTAL RIESGOS DEL PROCESO	EVALUACION DEL RIESGO RESIDUAL			TOTAL RIESGOS DEL PROCESO
		ALTO	MODERADO	BAJO		ALTO	MODERADO	BAJO	
DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	DIRECCIONAMIENTO	0	5	4	9	0	0	9	9
	EVALUACION Y MEJORA	0	4	2	6	0	0	6	6
	GESTION FINANCIERA	0	1	3	4	0	0	4	4
PROCESO DE ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL	RECEPCION Y ATENCION DEL USUARIO	0	6	1	7	0	1	6	7
	PROMOCION Y PREVENCION	13	0	0	13	7	6	0	13
	ATENCION INTRHOSPITALARIA	1	8	0	9	1	2	6	9
	ATENCION AMBULATORIA	2	6	2	10	2	2	6	10
	REHABILITACION INTEGRAL	2	8	3	13	0	4	9	13
	POOL DE AMBULANCIAS	4	8	7	19	1	7	11	19
	APOYO DIAGNOSTICO	0	9	5	14	0	2	12	14
GERENCIA DE LA TECNOLOGIA	GESTION DEL AMBIENTE FISICO	0	3	5	8	0	1	7	8
GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	GESTION DEL AMBIENTE FISICO	0	7	2	9	0	2	7	9
	GESTION DE INSUMOS	0	4	2	6	0	3	3	6
GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	GENTION DEL RECURSO HUMANO	0	3	3	6	0	0	6	6
GERENCIA DE LA INFORMACION	GESTION DE LA INFORMACION	1	6	0	7	1	0	6	7
TOTAL RIESGOS		23	78	39	140	12	30	98	140
PARTICIPACION		16%	56%	28%	100%	9%	21%	70%	100%

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.1 Autoevaluación institucional

En desarrollo del Modelo Evaluativo de Acreditación se conformaron equipos de mejoramiento institucional así:

Equipo primario de mejoramiento: Cuyo objetivo es implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones (u oportunidades de mejoramiento) del Plan de Mejoramiento del Grupo de Estándares correspondiente.

- Equipos Primarios de Mejoramiento Hospitalario
- Equipos Primarios de Mejoramiento Ambulatorio

Equipo de segundo nivel - Equipos de Autoevaluación: Objetivo: Planear, gestionar, monitorizar y mantener los avances en mejoramiento del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional

Equipo de tercer nivel - Equipo de Mejoramiento Institucional: Objetivo: Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional.

2.2 Auditoría interna

El proceso de evaluación y mejora (oficina de control interno – oficina de calidad) han desarrollado las auditorías internas programadas y ha centrado sus esfuerzos en apoyar a los líderes en el seguimiento al cierre de oportunidades de mejora producto de auditorías internas y aquellas realizadas por entes externos.

2.3 Planes de mejoramiento

Durante la vigencia se han ejecutado las acciones de mejora que dan respuesta a las oportunidades de mejora establecidas producto de informes internos (producto de auditorías de procesos, listas de chequeo, pacientes trazador) e informes externos.

En el formato de plan de mejoramiento DIE - F – 13 se realiza la medición del avance de las acciones de mejoramiento mes a mes para el logro de la calidad esperada. La herramienta contiene un ítem donde se puede identificar en los seguimientos, las acciones de mejoramiento completas, en desarrollo, no iniciadas o atrasadas.

El seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento está a cargo del proceso de evaluación y mejora quienes de manera trimestral revisan los avances. El equipo de mejoramiento institucional del tercer nivel igualmente realiza el seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento y plantea acciones según los resultados. Este seguimiento se realiza mínimo cada tres meses.

A través de la formulación de acciones correctivas sobre los planes de mejoramiento institucional han permitido resolver de manera oportuna, los hallazgos emanados por los organismos de control, en especial, en el marco de las auditorías regulares.

EJE TRANSVERSAL – INFORMACION Y COMUNICACION

La institución tiene establecido dentro del plan de comunicaciones los lineamientos específicos para la difusión de información hacia los clientes externos (usuarios y demás partes interesadas) con relación a las actividades y avances desarrollados dentro del proceso de acreditación; haciendo énfasis en las acciones llevadas a cabo en cada uno de los ejes del modelo evaluativo (humanización, seguridad del paciente, gestión de tecnología, gestión del riesgo, responsabilidad social, atención centrada en el usuario y su familia, transformación de la cultura organizacional). Los medios de difusión utilizados son: Redes Sociales, Página web, carteleras institucionales, medios audiovisuales, periódicos locales, publicaciones en revistas.

La institución a través del proceso de Gerencia de la Información ha diseñado herramientas de comunicación como folletos impresos, videos educativos institucionales, facilitadores de comunicación, carteles, pendones, infografías, posters y afiches informativos, los cuales han servido como canal de información que permite mantener al tanto a los clientes externos en los temas de interés relacionados con el proceso de acreditación.



**GLORIA HELENA RIASCOS R.
ASESORA DE CONTROL INTERNO**