

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

Asesor de Control
Interno:

MARTIN ALVAREZ MONTOYA

Período: JULIO–OCTUBRE DE 2016

Fecha de elaboración: 29/11/2016

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Dificultades

Durante el año 2016 se ha avanzado en el desarrollo de los diferentes componentes para la Gestión del talento humano, pero aún hay oportunidad de mejora en la consolidación o estructuración del Plan de previsión y plan de incentivos.

Persiste oportunidad de mejora en la planeación, ejecución y evaluación de los procedimientos de inducción.

Continúa oportunidad de mejora en relación con la sistematización de las expresiones del cliente interno como insumo para el mejoramiento de los procesos y para responder a las necesidades de estos.

Persiste la oportunidad de mejora en el análisis de los resultados de los indicadores para la gestión del talento humano, en función de establecer el grado de eficacia y efectividad, con miras a mejorar el proceso.

No se ha realizado la actualización de los mapas de riesgos programada para esta vigencia con la participación de los líderes de procesos.

Se tiene oportunidad de mejora en la actualización del normograma a partir de la normatividad que aplica a la ESE y ha sido muy cambiante.

Avances

Acuerdos, compromisos o protocolos éticos:

La entidad cuenta con principios y valores institucionales aprobados y actualizados con la participación del personal dentro del proceso inicial de formulación del plan de desarrollo para el periodo 2014-2020.

La entidad cuenta con un ambiente favorable para el desarrollo del sistema de control interno, dado que se tiene compromiso de la alta dirección, equipos de trabajo conformados, roles establecidos, y metas asociadas a la planeación estratégica y operativa.

Se realizaron acciones de socialización de los principios y valores fueron durante el año 2016: entrega de folleto, publicación en la página web de la ESE, presentación en el informe de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas, presentación en ciclo de reinducción del mes, se tienen publicados en carteleras, dispuestos en red de acceso a todos los servidores y hacen parte del folleto de soporte de la inducción que se entrega a todos los funcionarios que ingresan a la planta de personal de la institución.

La ESE cuenta con un código de ética y buen gobierno que reúne los lineamientos para el ejercicio de las funciones de los servidores públicos bajo principios y valores institucionales, que orientan las

acciones hacia el mejoramiento de los servicios en cuanto al respeto de los derechos de los usuarios.

Se realizó la actualización del código de ética y buen gobierno durante el año 2015 con base en la plataforma estratégica establecida para el periodo 2014 – 2020 y ha socializado en reuniones de personal (en ciclos de reinducción).

Desarrollo del talento humano:

Para el periodo evaluado se avanzó en el diseño de una presentación que reúne los temas más relevantes de interés para todo el personal, con la cual se pretende fortalecer los procedimientos y facilitar la evaluación para superar la oportunidad de mejora en inducción y reinducción.

Para el año 2016 se tiene un programa de reinducción en temas priorizados de interés general para todos los servidores. La reinducción se realiza en las reuniones de personal, las cuales constituye el principal espacio de participación e interacción entre directivos y demás servidores.

Durante el periodo evaluado fue entregado el Manual de funciones y competencias laborales para todos los cargos de la planta de personal de la institución.

Se está ejecutando el Plan institucional de capacitación del año 2016 con temas priorizados a partir del diagnóstico. Se ha realizado seguimiento a la ejecución y se ha actualizado a partir de las necesidades y ofertas del medio.

Se están realizando actividades de bienestar social de acuerdo a lo definido en el Reglamento, el presupuesto y las acciones priorizadas desde el comité de bienestar social. Se ha realizado seguimiento a la ejecución del programa.

Se realizó nueva medición del clima laboral, se tienen resultados y se han ejecutado algunas acciones de intervención orientadas a influir favorablemente la cultura organizacional.

Se cuenta con un proceso definido y caracterizado para la Gestión del talento humano y se tienen los procedimientos documentados y publicados en red de acceso a los funcionarios.

Se continúa avanzando en la implementación de la política y programa de Salud y seguridad en el trabajo: adopción y socialización de la política, formulación de programa, identificación de factores de riesgos, entre otras acciones.

Planes, programas y proyectos:

Se cuenta con un Plan de desarrollo aprobado por la junta Directiva para el periodo 2014-2020. El plan ha sido socializado en reinducción desde el año 2015, se entregó folleto resumen y se tiene publicado en red de acceso a todos los servidores, así como en el sitio web de la ESE.

Se cuenta con un Plan de adquisición de bienes, obras y servicios y fue reportado al SECOP según lo ordena la Resolución 5185 de 2013.

Se tiene un Plan de acción aprobado por la Junta directiva para el año 2016, con cronograma,

responsables y presupuestos, para la ejecución de los proyectos establecidos para lograr las metas trazadas en el Plan de desarrollo. En el periodo evaluado se realizaron dos (2) seguimientos, identificando las acciones pendientes y meta por cumplir, con sus responsables.

Para el año 2016 la ESE cuenta con la planeación financiera a través de su presupuesto aprobado por el Consejo Municipal de Política fiscal – COMFIS y la Junta directiva de la ESE (en lo de su competencia). A la ejecución del Presupuesto se le ha realizado seguimiento mensual.

Se tiene aprobado un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2016, fue publicado en sitio web, socializado a todos los funcionarios y se le han realizado dos (2) seguimientos según lo establecido normativamente.

Se está realizando medición de la satisfacción del usuario para establecer la percepción respecto a la ejecución de los distintos proyectos y su impacto en los servicios de la ESE. Se evalúa la percepción de calidad y la satisfacción con los servicios. Durante el periodo evaluado se le realizó ajuste a la encuesta con base en las variables introducidas al sistema de información para la calidad en la Resolución 256 de 2016.

Modelo de operación por procesos:

Se tiene un mapa de procesos institucional, se ha actualizado según necesidades y políticas de la dirección. Incluye procesos de dirección, evaluación, de apoyo y misionales. Es suficiente para responder a las necesidades de los usuarios de acuerdo al nivel de la entidad y los servicios que presta. Está en la tercera versión.

Se tienen los procesos caracterizados según el mapa, y se realizó la actualización de estas acorde con nueva normatividad y actualización del sistema de calidad y modelo estándar de control interno. Esta define objetivo, alcance, responsables, insumos, productos y clientes, entre otros aspectos.

Desde la implementación del Programa de auditoría para mejoramiento de la calidad PAMEC se está complementado la documentación de procesos y procedimientos, sobre todos en lo relacionado con el Programa de seguridad del paciente.

Dicha documentación se ha socializado en reuniones de personal en reinducción: protocolo de identificación de pacientes, prevención de caídas, aseo y desinfección, prevención de infecciones, protocolo de manejo de antibióticos, educación en la política de seguridad del paciente, aislamiento, reporte de eventos adversos, esterilización, actualización del Manual de Bioseguridad, entre otros.

Estructura organizacional:

Se tiene actualizado el organigrama institucional, facilitando la visualización de los niveles de responsabilidad y autoridad y su interrelación con el modelo de operación por procesos. Se ha realizado la socialización logrando la comprensión por parte de los funcionarios.

Se cuenta con una planta de cargos aprobada por la Junta directiva para el año 2016 a partir de la cual se actualizaron las funciones y competencias.

Indicadores de gestión:

Se cuenta con todas las fichas técnicas de indicadores para la medición del Plan de desarrollo vigente. Entre otras variables, incluye el dominio clasificado en Eficacia, Eficiencia y Efectividad, la forma de medición, fuentes de información y las metas establecidas en el Plan para cada año.

Además, se tienen instrumentos gerenciales de indicadores definidos para cada uno de los procesos, principalmente los asistenciales y algunos de apoyo, con las respectivas metas y rangos de desempeño.

La ESE cuenta con un normograma elaborado en relación con los asuntos y responsabilidades que le competen como entidad pública y prestadora de servicios de salud, aunque debe ser actualizado con la normatividad del último año.

Políticas de operación:

La ESE tiene definidas las políticas necesarias para la gestión de los procesos. Las políticas generales hacen parte del Código de ética y Buen Gobierno y las específicas de cada proceso se incluyen en la documentación de procedimientos en el numeral de “políticas de operación”. La actualización de estas se está realizando cuando se actualizan los procedimientos.

Las políticas se están socializando a todos los servidores en los ciclos de reinducción y en la inducción de personal nuevo. Además, están publicadas en el servidor de acceso para los funcionarios, llamado Gestión Documental y en el sitio web de la ESE.

Administración del riesgo:

La ESE tiene aprobada una política específica para la administración del riesgo la cual incluye la definición de la metodología, acorde con la recomendada por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Se tienen identificados y caracterizados los riesgos para cada uno de los procesos que integran el modelo de operación, previa documentación del contexto estratégico que analiza las principales variables del entorno y define los principales factores causantes de riesgos.

En la aplicación de la metodología de administración del riesgo se valoraron los controles para los diferentes procesos y procedimientos y se cuenta con el respectivo mapa de riesgos de cada proceso. Durante el periodo evaluado se realizó seguimiento a los mapas de riesgos de distintos procesos del área misional.

Igualmente se tiene un mapa de riesgos a nivel institucional en el cual incluye aquellos cuya valoración arroja un resultado que lo ubique en zona alta o extrema y que consecuentemente requiere prioridad en su intervención.

También se cuenta con un mapa de riesgos de corrupción a partir del cual se definen y se aplican acciones de intervención dentro del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano para el año 2016.

En desarrollo de la política de seguridad del paciente se continúa mejorando en la cultura del reporte y gestión de riesgos, principalmente lo relacionado con incidentes en la atención y eventos adversos. A partir de los análisis de los eventos reportados se generan planes para intervenir las causas y mejorar la seguridad en los procesos.

Se aprovecha el espacio de reuniones de personal para fomentar el reporte de los eventos e incidentes en la atención como insumo para mejorar la seguridad del paciente y para hacer medición de percepción de la cultura de seguridad por parte de los funcionarios. Por lo menos en dos (2) reuniones durante el año 2016.

MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Dificultades

Persiste la oportunidad de mejora en la medición periódica y análisis de todos los indicadores de los procesos, falta cultura de la evaluación de la gestión a través de indicadores, pues aun disponiendo de las herramientas no se aplican regularmente por parte de los líderes de los procesos y/o servicios.

No ha sido regular el espacio para el análisis de la gestión con participación de los líderes de procesos.

Aun se presenta fallas respecto a la eficacia en la oportunidad para el cumplimiento de los planes de mejora que se suscriben a partir de las auditorías internas y de otras fuentes.

Avances

Autoevaluación institucional:

Se tienen diseñados los instrumentos gerenciales basados en indicadores de gestión para los procesos operativos de la ESE a través de los cuales se puede ejecutar la autoevaluación de la gestión. Se están midiendo indicadores en algunos procesos asistenciales y de apoyo. Algunos resultados se han presentado en reunión de personal.

Se tienen definidos los controles preventivos y correctivos asociados a los riesgos de cada uno de los procesos.

Auditoría interna:

Se cuenta con el Manual de control interno y un procedimiento específico para la aplicación de la auditoría interna en la ESE.

Se continúa ejecutando el programa de auditoría interna en procesos priorizados en aspectos relacionados con lo estratégico, de legalidad, de gestión y resultados, por parte de evaluador independiente de control interno y auditor designado para auditoría clínica.

El programa de auditoría para el año 2016 fue aprobado por el comité de coordinación de control

interno y calidad. En desarrollo del programa de auditoría interna del año se ejecutaron entre otras las siguientes acciones:

- Evaluación anual, elaboración y envío del informe ejecutivo anual del MECI de la vigencia 2015, de acuerdo a los lineamientos definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Evaluación anual, elaboración y envío del informe sobre el sistema de control interno contable de la vigencia 2015.
- Primer y segundo seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2016.
- Evaluación final del Plan de acción 2015.
- Evaluación final del Plan de gestión 2015.
- Evaluación Plan de acción 2016 (agosto y octubre).
- Evaluación y elaboración del informe cuatrimestral sobre el estado del sistema de control interno según la Ley 1474 de 2011.
- Auditoría a la contratación del año 2016 en mayo y octubre.
- Auditoría a la seguridad de la información.
- Auditoría a facturación y glosas.
- Auditoría al Manejo de efectivo e inventarios.
- Auditoría al reporte de informes a organismos de vigilancia y control.
- Auditorias de adherencia a guías y de calidad de historia clínica.

Planes de mejoramiento:

La ESE tiene institucionalizado una metodología e instrumento para documentar los planes de mejoramiento. Estos son canalizados hacia control interno y desde allí se hace seguimiento y evaluación.

De diversas fuentes se surten los planes de mejoramiento, entre otras: auditorías externas (de EPS, Contraloría General de Antioquia, otras), de análisis de eventos adversos, de auditorías internas de control interno, entre otras. A partir de los resultados de la evaluación del desempeño se formulan planes de mejoramiento a nivel individual.

EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

Aunque se tiene un proyecto de Gestión documental que incluye tablas y procedimientos, aun no se aprueba por el concejo departamental y por ende no se ha realizado la respectiva implementación.

Se avanzó en la publicación de información en la página web de la ESE, pero, aun se tienen oportunidades de mejora en cuanto al cumplimiento en la publicación de la información obligatoria a partir de la ley de transparencia en la gestión y derecho de acceso a la información pública y otra de la estrategia de Gobierno en Línea.

Se tienen sistematizadas las expresiones de los usuarios o partes interesadas (peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias) pero, aún falta oportunidad en el análisis y en las respuestas a los remitentes.

Se presenta oportunidad de mejora en la continuidad y oportunidad en la medición de los indicadores estratégicos y de los diferentes procesos, el análisis y definición de planes de mejoramiento cuando los resultados no estén acorde con los estándares de desempeño esperado.

Avances

Durante el año 2016 la entidad realizó importante labor respecto al cumplimiento de las normas sobre propiedad intelectual, al completar el licenciamiento de software de uso institucional (de sistema operativo y de herramientas de office).

La ESE cuenta con un sistema de información que en términos generales es suficiente para garantizar la captura de datos, procesamiento y generación de reportes e información oportuna y confiable. Además, está soportado en una adecuada plataforma tecnológica.

Para el año 2016 se formuló y está en implementación un Plan de rendición de cuentas con base en los lineamientos del Manual único de rendición publicado por el Departamento Administrativo de la Función pública. Incluye acciones de información, diálogo e incentivo.

Se formuló y ejecutó en el 2016 un plan de comunicaciones a través del cual se realizan acciones de comunicación organizacional a través de las reuniones de personal y reuniones por áreas como principal medio, además a través de las carteleras, comités, sistema de altavoz, y comunicaciones escritas, entre otras.

Continúan siendo operativos los medios de comunicación para transmitir información a la comunidad, tal como la página web, emisora local, canal local de TV, con el que se tuvo contrato para elaboración y transmisión de programas informativos y educativos, reuniones con asociación de usuarios, comité de participación comunitaria en salud – COPACOS, Concejo Municipal y otros grupos organizados.

La ESE ha ejecutado acciones de rendición de cuentas durante el año 2016, principalmente de información, pero también en un espacio de diálogo como la Audiencia pública de rendición de cuentas para finalizar el ciclo de rendición de la vigencia 2015, reuniones con el Concejo Municipal y Asambleas de usuarios.

Se dispone de instrumentos para recepcionar información sobre las manifestaciones del usuario y otras partes interesadas: página web, buzones, encuestas de satisfacción, oficina de atención al usuario, correo institucional, línea de información telefónica, espacios de participación en salud como la asociación de usuarios, comité de ética, junta directiva de la ESE con representante de la comunidad.

La entidad ha identificado sus fuentes de información y ha dispuesto de los medios e instrumentos para captura, organización, procesamiento y transmisión de la misma (matriz de información primaria, software institucional).

Continúa en operación la oficina de atención al usuario con los recursos humanos, logísticos y técnicos necesarios para desarrollar sus funciones. Desde allí se realiza la canalización de las manifestaciones de los usuarios, medición de la satisfacción y apoyo en trámites para el usuario, apoyo a la asociación de usuarios, enlace con veedurías en salud, entre otras.

La entidad ha identificado sus fuentes de información y ha dispuesto de los medios e instrumentos para captura, organización, procesamiento y transmisión de la misma (matriz de información secundaria, software, tablas de retención, entre otros).

Como principal espacio para la recepción de manifestaciones o inquietudes de los funcionarios se ha establecido nuevamente el espacio de reunión mensual de personal, en el cual se propicia la interacción entre directivos y los demás colaboradores. Ha sido el espacio efectivo para la realización de ciclos de reinducción y espacio de capacitación.

Se tiene la carpeta para publicación de documentos de interés en red de acceso público, donde todos los servidores pueden acceder a consulta de la información de los procesos.

Se dispone de un sistema de información para la gestión de recursos físicos (módulo de activos) que facilita la operación contable de los mismos. También se tiene información organizada del talento humano y del presupuesto de la ESE.

RECOMENDACIONES

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

- Formular e implementar un Plan estratégico para fortalecimiento del recurso humano que incluya para la vigencia el Plan de previsión y los demás que ya se están ejecutando (inducción, reinducción, capacitación, bienestar social laboral, incentivos, salud y seguridad en el trabajo, evaluación del desempeño y evaluación y seguimiento del proceso).
- Implementar un instrumento de registro y sistematización de las expresiones del cliente interno, como insumo para el mejoramiento de los procesos y para responder a las necesidades de estos.
- Realizar medición de indicadores de gestión del proceso de talento humano, realizar análisis de los resultados en función de establecer el grado de eficacia y efectividad y documentar cuando corresponda los planes de mejoramiento.
- Actualizar el normograma institucional con base en los cambios normativos que aplican a la ESE.
- Revisar cada uno de los mapas de riesgos de los procesos, complementar los que sea necesario y socializar con los funcionarios.
- Revisar el mapa de riesgos institucional, actualizarlo con base en los cambios en los mapas de riesgos de los procesos y socializarlo con todos los funcionarios.
- Realizar seguimiento a la aplicación de controles y cumplimiento de las acciones para el manejo de los riesgos de cada uno de los procesos. Primer seguimiento por parte del líder del proceso y seguimiento posterior por control interno.

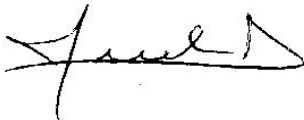
MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Implementar la medición periódica y análisis de todos los indicadores de los procesos, por parte de los líderes, con apoyo de sistemas de información.

- Se debe dar cumplimiento regularmente a los espacios para el análisis de la gestión a partir de los indicadores con participación de los líderes de procesos (comité de gerencia o similar).
- Mejorar estrategias para la gestión de planes de mejoramiento que se suscriben a partir de las auditorías internas y de otras fuentes.

EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- Realizar los ajustes necesarios al proyecto de tablas de retención documental y presentarlo nuevamente al Consejo Departamental de Archivo para su aprobación.
- Gestionar capacitación para personal que pueda liderar la implementación del programa de gestión documental, incluidas las tablas de retención y de valoración documental.
- Definir claramente el (o los) responsable de la administración de la página web, gestionar la recopilación de información que se debe publicar y hacer la publicación en los términos y contenidos establecidos en la Estrategia Gobierno en línea, Ley 1474 de 2011 y ley 1712 de 2014 y Decreto 103 de 2015.
- Se debe mejorar la oportunidad en el análisis y respuesta a quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios, para cumplir los plazos establecidos normativamente.



MARTIN ALVAREZ MONTOYA

Asesor control interno
Funcionario A.C. Ltda.