

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

Asesor de Control
Interno:

MARTIN ALVAREZ MONTOYA

Período: JULIO - OCTUBRE DE 2017

Fecha de elaboración: 29/11/2017

PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Dificultades

En la gestión del Talento humano continúa oportunidad de mejora en relación con la sistematización de las expresiones del cliente interno como insumo para el mejoramiento de los procesos y como mecanismo de identificación y canalización de las necesidades de estos.

No se ha realizado consolidación oportuna de la información para medición de los indicadores establecidos para la gestión del talento humano y consecuentemente falta el respectivo análisis, en función de establecer el grado de eficacia y efectividad, con miras a mejorar el proceso.

No se ha realizado Medición del clima laboral, que incluya satisfacción del cliente interno, más allá que se han realizado acciones de intervención desde el plan de estímulos y a partir de la última medición.

Es parcial la actualización de documentación de los procesos y procedimientos a partir de los cambios en la dinámica interna y la normatividad cambiante. Igualmente falta complementación o actualización de políticas de operación.

Sigue pendiente la actualización del normograma a partir de la normatividad general para entidad pública y específica que aplica a la ESE.

Está pendiente la actualización de los indicadores y metas de gestión en los procesos a partir de la actualización del Plan de Desarrollo y Plan de acción para el año 2017. Algunos procesos no tienen definidos indicadores para medición de su gestión.

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 de formulación del plan de desarrollo para el periodo 2014-2020.

La ESE cuenta con un código de ética y buen gobierno, actualizado en el año 2015, 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.

Durante el periodo evaluado se realizó una jornada de socialización e interiorización del código de ética y de buen gobierno, con participación de la mayor parte del personal de la ESE tanto contratistas como de planta de cargos.

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 de implementación del sistema asociadas a la planeación estratégica y operativa de la ESE.

Durante la vigencia se ha realizado las siguientes acciones de difusión de los principios y valores:

- Publicación en la página web de la ESE.
- Presentación en el informe de Audiencia Pública de Rendición de Cuentas.
- Contenido en presentación básica de inducción.
- Contenido en folleto de soporte de la inducción que se entrega a todos los funcionarios que ingresan a la planta de personal de la institución.

Desarrollo del talento humano:

Está definido y caracterizado el proceso para la Gestión del talento humano y se tienen los procedimientos documentados y publicados en red de acceso a los funcionarios.

Como componente de la inducción y de la reinducción se dispone de una presentación que reúne los temas más relevantes de interés para todo el personal. Entre otros temas, incluyó: misión, visión principios y valores, objetivos, políticas, organigrama, mapa de procesos, Programa de auditoría para mejoramiento de la calidad PAMEC, modelo estándar de control interno MECI, Salud y seguridad en el trabajo, manejo de residuos hospitalarios, etc.

Se ha cumplido con la realización de reuniones mensuales de personal como un espacio de participación y de interacción entre directivos y demás servidores. Además, es el espacio principal para capacitación del personal.

Se está ejecutando un Plan institucional de capacitación del año 2017 con temas priorizados a partir del diagnóstico y prioridades por sistema de garantía de la calidad.

Se tiene un plan de bienestar social e incentivos formulado a partir del Reglamento aprobado para la ESE y las preferencias del personal identificadas a través de encuestas y en reunión de personal.

Se tiene medición del clima laboral dentro del plazo que establece la norma (Decreto 1227 de 2005, art 75), a partir de esos resultados se incluyeron en el Plan institucional de capacitación y se están ejecutando las acciones de intervención orientadas a influir favorablemente la cultura organizacional.

En desarrollo de la política y programa de Salud y seguridad en el trabajo se ha avanzado en las siguientes acciones:

- Adopción y socialización de la política,
- Formulación del programa,
- Identificación de factores de riesgos,
- Socialización de directrices de autocuidado,
- Realización de exámenes médico - laborales,
- Análisis de accidentes laborales y planes de intervención,
- Capacitaciones al personal (riesgos y accidentes biológicos, reporte accidentes laborales,
- Nueva conformación del COPASST,

- Inspecciones de puestos de trabajo.
- entre otras acciones.

Durante la vigencia se realizó la evaluación del desempeño laboral de los empleados inscritos en carrera administrativa y se evaluó el Acuerdo de gestión suscrito con la Subdirectora Administrativa

Para el año 2017 la entidad suscribió los compromisos de desempeño con los empleados inscritos en carrera administrativa, los Acuerdos de gestión de la gerencia con los subdirectores y está vigente el Plan de gestión con el cual la Junta Directiva evaluará al gerente de la ESE.

La ESE cuenta con un Manual de funciones y competencias laborales para todos los cargos de la planta de personal de la institución, actualizado y entregado a cada funcionario durante el año 2016.

Durante el periodo evaluado se avanzó en la actualización del Manual de funciones, perfiles y competencias laborales y del Estatuto de personal de la ESE.

Planes, programas y proyectos:

Se cuenta con un Plan de desarrollo aprobado por la junta Directiva para el periodo 2014-2020. El Plan se hace operativo mediante planes de acción anuales. Estos han sido socializados 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.

El Plan de desarrollo fue actualizado en aspectos de metas, plan de inversiones y proyectos a partir del año 2017.

Se tiene un Plan de acción aprobado por la Junta directiva para el año 2017, con cronograma, responsables y presupuestos, para la ejecución de los proyectos establecidos para lograr las metas trazadas en el Plan de desarrollo. Con base en este se establecieron planes de acción para cada uno de los procesos, con los compromisos que les corresponde gestionar.

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.

Para el año 2017 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). Durante el periodo evaluado se le realizó seguimiento mensual la ejecución del Presupuesto, se elaboró informe de ejecución y se presentó a la Junta Directiva.

Se tiene aprobado un Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2017, elaborado según las Guías metodológicas publicada por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, fue publicado en sitio web, socializado a todos los funcionarios en reinducción del mes de abril y se le realizó el primer seguimiento.

Se continúa 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.

Modelo de operación por procesos:

Se tiene un mapa de procesos institucional, incluye procesos de dirección, evaluación, de apoyo y misionales. Es suficiente para responder a las necesidades de los usuarios de acuerdo con el nivel de complejidad de la entidad y los servicios que presta. Está en la tercera versión.

Se tienen los procesos caracterizados según el mapa y se está realizando revisión y actualización con nueva normatividad. Esta define objetivo, alcance, responsables, insumos, productos y clientes, entre otros aspectos.

Durante el año se inició una estrategia de fomento del liderazgo y empoderamiento de los líderes, orientada a mejorar la gestión por procesos por parte de la subdirección científica, realizando reuniones semanales en las cuales se hace sensibilización, se organiza el trabajo de los líderes para fortalecer los procesos y se ha socializado avances (documentación, planes de mejoramiento, directrices, etc.). Dentro de los propósitos de dicha estrategia está la revisión, actualización y socialización de toda la documentación de los procesos

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. Está incluido en la presentación de la inducción al personal que ingresa.

Se cuenta con una planta de cargos aprobada por la Junta directiva para el año 2017 a partir de la cual se actualizaron las funciones y competencias. Durante periodo evaluado se avanzó en ajuste al Manual de Funciones, perfiles y competencias.

En general la estructura orgánica responde a las necesidades para la operación de los procesos y la prestación de los servicios.

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. Algunos indicadores se actualizaron para aplicar a partir del año 2017, por cambio en la forma de medición o en la meta.

Políticas de operación:

La ESE tiene políticas definidas 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 (faltando algunos procesos por definir o actualizar).

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. Última socialización en diciembre de 2016.

Durante el periodo evaluado se actualizó la política y directrices para la administración del riesgo y se socializaron políticas incluidas en el Código de ética y buen gobierno.

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. La política fue actualizada en el mes de noviembre de 2017 de acuerdo con nuevos lineamientos para la administración del riesgo.

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.

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

Se cuenta con un mapa de riesgos de corrupción elaborado de acuerdo con la Guía metodológica publicada por el DAFP, con participación de directivo y líderes de procesos de diferentes áreas. A partir de este se definen y se aplican acciones de intervención dentro del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano.

En desarrollo de la política de seguridad del paciente se continúa fomentando la cultura del reporte y gestión de riesgos, principalmente lo relacionado con incidentes en la atención y eventos adversos. Esta temática está incluida en el Plan institucional de capacitaciones del año 2017.

Actualmente se están realizando jornadas de trabajo para actualizar los mapas de riesgos de los diferentes procesos, para luego actualizar el mapa de riesgos institucional.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Dificultades

Persiste la oportunidad de mejora en la medición periódica y análisis de todos los indicadores de los procesos, así como en hacer efectivo el espacio de análisis de los resultados de forma regular, con fines de uso de la información para la gestión.

Falta cultura de la evaluación de la gestión a través de indicadores por parte de los líderes de los procesos y/o servicios, pues aun disponiendo de las herramientas no se aplican regularmente.

Hay oportunidad de mejora en la autoevaluación por parte de los líderes de los procesos en lo relacionado con el seguimiento a los controles establecidos para los principales riesgos.

Avances

Autoevaluación institucional:

Se están actualizando 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. Resultados de indicadores de calidad 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.

Durante el periodo evaluado se inició nueva estrategia para la realización de los comités institucionales, buscando mejorar su operatividad. Se tiene establecido el espacio mensual y se está promoviendo la presentación de resultados de la gestión durante estas reuniones.

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 ejecutó 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 auditores designados para auditoría clínica.

El programa de auditoría para el año 2017 fue aprobado por el comité de coordinación de control interno y calidad. En desarrollo del programa de auditoría interna del año se han ejecutados, entre otras, las siguientes acciones:

- Evaluación anual, elaboración y envío del informe ejecutivo anual del MECI de la vigencia 2016, de acuerdo con 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 2016.
- Primer seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2017.
- Evaluación final del Plan de acción 2017.
- Evaluación final del Plan de gestión 2016.
- Evaluación y elaboración del informe cuatrimestral sobre el estado del sistema de control interno según la Ley 1474 de 2011 (noviembre 2016 – febrero 2017 y marzo – junio 2017).

- Auditorias de adherencia a la calidad de historia clínica.
- Seguimiento a la ejecución presupuestal año 2017
- Auditoría sobre aplicación de normas sobre austeridad en el gasto.
- Auditoría a la oficina de atención al usuario primer semestre.
- Segundo seguimiento al plan de acción y plan de gestión.
- Arqueos a las cajas de recaudo y caja menor.
- Auditoría al manejo de inventarios de activos fijos.
- Auditoría al manejo de inventarios en farmacia y almacén.
- Auditoría al proceso de información (seguridad de la información).

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.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

En este año se presentó un daño de servidor que afectó la funcionalidad del sistema de información de la entidad, evidenciando oportunidades de mejora en la definición y aplicación de políticas para la seguridad de la información.

Persiste la oportunidad de mejora relacionada con la implementación del Programa de Gestión documental. Aun no se gestiona la aprobación de las tablas de retención documental por el concejo departamental y por ende no se ha realizado la respectiva implementación.

Se ha mejorado avance 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 por la estrategia de Gobierno en Línea (ahora Gobierno digital).

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.

A partir del instrumento de evaluación del control interno contable, se han identificados debilidades en la implementación del nuevo sistema acuerdo con los nuevos lineamientos de la Resolución 193 de 2016, faltando mayor difusión de las políticas contables, documentación y socialización de procedimientos y gestión de los riesgos de índoles contable.

Avances

Desde el año 2016 la entidad realizó importante labor de complemento 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). Para el año 2017 se han actualizado licencias de equipos y de cómputo y servidor.

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 tanto para el área asistencial o de atención al usuario como para la de apoyo logístico.

Para el año 2017 se formuló y está en ejecución 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. Entre las acciones de rendición se relacionan, entre otras, las siguientes:

- Reporte de informes a los organismos de vigilancia y control.
- Publicación de información en sitio web.
- Uso de redes sociales para intercambio de información.
- Presentación de informe de gestión en Concejo Municipal.
- Audiencia pública de rendición de cuentas.
- Boletín institucional.

Se formuló y esté en ejecución un plan de comunicaciones a través del cual se realizan acciones de comunicación organizacional y de tipo informativo a la comunidad. Durante el este año se contrató un profesional en comunicaciones y se ha mejorado el diseño e implementación, así como el uso de medio de comunicación.

Algunas de los medios de comunicación utilizados son los siguientes:

A nivel organizacional:

- Correo electrónico
- Carteleras.
- Comités.
- Sistema de altavoz.
- Comunicaciones escritas (Circulares).
- Boletín institucional.

A nivel informativo (hacia la comunidad):

- Líneas de atención al cliente.
- Correo electrónico
- Página web.
- Emisora local.
- Canal local de TV.
- Espacios de participación comunitaria (Asociación de usuarios, COPACOS, Concejo Municipal y otros).
- Boletín institucional.

Se dispone de instrumentos para recepcionar información sobre las expresiones del usuario (cliente externo) 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.

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.

Se tienen sistematizadas las expresiones de los usuarios o partes interesadas (peticiones, quejas, reclamos, denuncias, sugerencias) y con el apoyo de la subdirección científica se ha mejorado la oportunidad en el análisis y en las respuestas a los remitentes.

Con miras a mejorar la gestión documental la entidad está capacitando a dos funcionarios del área administrativa.

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

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

Como principal espacio para la recepción de expresiones o inquietudes de los funcionarios (cliente interno) 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, del presupuesto y de inventarios.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La ESE Hospital El Carmen de Amalfi Antioquia cuenta con un sistema de control interno basado en el Modelo estándar y articulado con el sistema obligatorio de garantía de la calidad. La evaluación del periodo muestra un sistema con un nivel de implementación satisfactorio, con avances en cada uno de los elementos de control, pero también oportunidades de mejora que se requieren intervenir para hacerlo más eficaz en su contribución al logro de los objetivos institucionales.

RECOMENDACIONES

PLANEACIÓN Y GESTIÓN:

- Formular e implementar un Plan estratégico para fortalecimiento del recurso humano que incluya para la vigencia el Plan de previsión, el plan de incentivos, manteniendo y mejorando, si es posible, los demás componentes que ya se están ejecutando: inducción, reinducción, capacitación, bienestar social laboral, 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, fomentado la expresión de ideas por escrito.
- 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 y complementar la documentación de los procesos y procedimientos a partir de los cambios en la dinámica interna y la normatividad que aplica.
- Elaborar el normograma por procesos con base en los cambios normativos que aplican a la ESE.
- Terminar actualización de los indicadores y metas de gestión en los procesos a partir de la actualización del Plan de Desarrollo y Plan de acción para el año 2017.
- Terminar actualización de cada uno de los mapas de riesgos de los procesos y socializarlo con los funcionarios.
- Actualizar el mapa de riesgos institucional 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.

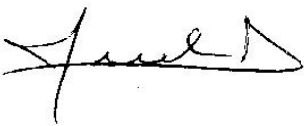
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- Implementar la medición periódica y análisis de todos los indicadores de los procesos, por parte de los líderes, con apoyo de sistemas de información.
- El comité de gerencia (o comité técnico) debe ser aprovechado como espacio para el análisis de la gestión a partir de los indicadores, mostrando los resultados por parte de los líderes de cada proceso.
- Los líderes de procesos deben gestionar la medición de sus indicadores de forma mensual y preparar el análisis para el comité de gerencia.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

- La entidad debe complementar las políticas para la seguridad de la información, incluido un plan de contingencia, a fin de evitar o minimizar los impactos negativos ante eventos de daño o inoperatividad de la plataforma tecnológica.
- Realizar los ajustes necesarios al proyecto de tablas de retención documental y presentarlo nuevamente al Consejo Departamental de Archivo para su aprobación. Aprovechar la capacitación de funcionario de la ESE en el tema para complemento del Programa de gestión documental y fortalecimiento de su implementación.
- Realizar seguimiento a la publicación de información por parte del funcionario contratado a fin de mejorar el cumplimiento de la normatividad (Estrategia Gobierno en línea (Gobierno digital, Ley 1474 de 2011 y ley 1712 de 2014 y Decreto 103 de 2015).
- Se debe dar continuidad a la oportunidad en el análisis y respuesta a quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios, para cumplir los plazos establecidos normativamente.
- La dependencia contable, así como sus procesos proveedores deben mejorar la implementación del sistema de control interno contable de acuerdo con los nuevos lineamientos de la Resolución 193 de 2016.

Atentamente,



MARTIN ALVAREZ MONTOYA
Asesor control interno
A.C. Asesoría y Consultoría SAS.