

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

Aseso de Control Interno:	MARTIN ALVAREZ MONTOYA	Período evaluado: Diciembre 2012 - Febrero 2013
		Fecha de elaboración: 27/03/2013

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

La formulación de los protocolos éticos fue en el año 2008, se requiere actualización.

Las acciones de inducción y reinducción no han sido suficientes para mejorar la adherencia de los funcionarios a las políticas, planes y procesos. Se requiere mayor sistematicidad en la acción y mejorar el manejo de los soportes.

Se requiere mejorar la planeación de las acciones de bienestar social, incentivos y capacitación, acorde con los recursos disponibles y las necesidades organizacionales.

Aun no se suscriben los acuerdos de gestión entre gerencia y subdirectores, pues se está formulando la planeación de la empresa.

En términos generales falta mayor interiorización del código de buen gobierno por parte del equipo directivo de la ESE. Los cambios de gerencia dificultan aún más el acatamiento de las políticas de dirección.

Falta mayor empoderamiento de los procesos por parte de los líderes o responsables, por lo que posiblemente se debe mejorar la difusión y la comunicación desde la dirección.

Falta actualizar algunas caracterizaciones acorde con la última actualización del mapa de procesos de la ESE.

Aun no se termina la formulación del nuevo plan de desarrollo y plan de acción para el año 2013.

El Manual de funciones no ha sido actualizado de acuerdo con las necesidades de los procesos.

Igualmente se ha tardado una revisión y ajuste de la estructura organizacional y de la planta de cargos (algunos cargos requeridos aún están tercerizados).

Falta ajuste de la administración del riesgo a la nueva metodología para hacer más efectivo el control de los riesgos que afectan el logro de los objetivos institucionales.

Avances

La ESE Hospital El Carmen 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 han socializado por medios como: carteleras, reunión de personal, programas de radio y televisión, folleto o boletín interno. Se ha realizado seguimiento a través de encuestas de satisfacción, evaluación de control interno.

Existen procedimientos documentados para el proceso de Gestión del talento humano y este está caracterizado.

Se tiene en la ESE un manual de inducción para personal que ingresa y se ha aplicado.

Se realizó evaluación del desempeño del año 2012 según objetivos concertados con el personal inscrito en carrera administrativa y se están planeando las acciones de capacitación, de estímulos y de salud ocupacional.

En desarrollo de este elemento se cuenta con un código de buen gobierno aprobado desde octubre de 2007. Este contempla las políticas de manejo de la entidad en relación con las principales partes interesadas.

Se tienen conformados los comités que por norma deben operar en la ESE y se realizó programación de reuniones para el año 2013.

Se tiene un mapa de procesos, se ha actualizado según necesidades y políticas de la dirección. Este define los procedimientos que incluye cada uno. Está en la tercera versión.

Se tiene los procesos caracterizados según al mapa, más allá que deba ajustarse según la tercera versión del mapa de procesos.

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.

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, más allá que deba ser actualizado permanentemente.

Se tiene un organigrama que en términos generales define la estructura de la ESE de acuerdo con los procesos establecidos.

De acuerdo con la estructura se tiene un Manual de funciones y planta cargos.

En avance en la implementación de la metodología de gestión del riesgo según guía del DAFP, por cada proceso se tienen identificados, analizados y valorados, con plan de acción para riesgos priorizados y su seguimiento.

Además se cuenta con el análisis estratégico y con una política con las directrices generales para la administración de riesgos en la ESE.

Se tiene mapa de riesgos institucional, más allá que deba ser revisado y actualizado el análisis de riesgos.

Se tiene definido un procedimiento para la gestión de incidentes y eventos adversos, priorizando lo relacionado con procesos misionales.

Se cuenta con indicadores definidos para riesgos prioritarios e instrumentos para reporte y para análisis de eventos e incidentes.

Se contrataron dos enfermeras para mejorar la coordinación de acciones promoción y prevención y de los servicios de hospitalización y urgencias. Con ellas se pretende mejorar las actividades de autoevaluación de la gestión y del

control.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

Aunque en su momento de adopción se entregaron los responsables, ha faltado difusión de las políticas ante la rotación de personal, para lograr mejorar la adherencia a estas.

A partir de la implementación del software y por necesidad de mejorar técnicamente los procedimientos, se deben actualizar este año.

Al ingreso de funcionarios nuevos ha faltado mayor socialización de procedimientos.

Falta realizar nueva actualización de controles a partir de la revisión y ajuste de los riesgos bajo la nueva metodología sugerido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Falta mejorar el análisis de resultados de gestión de manifestaciones y de medición de la satisfacción mediante encuestas, para la toma de decisión y mejoramiento de los servicios.

Sigue pendiente la aprobación de las tablas de retención y su aplicación dentro del sistema de gestión documental.

Además se sigue presentando confusión en manejo de archivos de gestión en las distintas dependencias ocasionando dificultades para el manejo de la información documental.

Falta mayor manejo de los reportes del software por parte de los responsables de los módulos de gestión.

Avances

En la ESE se adoptaron políticas generales de operación para los procesos y procedimientos a nivel misional, administrativo, financiero y contable.

La ESE ha documentado procedimientos priorizados en los diferentes procesos. La primera versión de estos está desde el 2004, revisados y ajustados en el 2009 y se está haciendo la actualización en el año 2013.

Se inició la actualización de procedimientos con apoyo de estudiantes de la universidad de Antioquia, con el propósito de hacerlos más completos, acordes con la operación de software y en general las necesidades de cada proceso.

Los controles se definieron para cada uno de los procesos durante la fase de identificación y análisis de riesgos.

En el plan de desarrollo 2009-2012 se definieron y midieron indicadores estratégicos para la ESE, en el cuadro de mando.

Cada proceso operativo cuenta con un gerencial de indicadores que incluyen los obligatorios de reporte externo y otros de interés para medir la gestión.

De acuerdo al estándar nueve (9) del sistema único de habilitación se documentaron los indicadores de riesgos.

En el año 2012 se definió un modelo de estructura documental y se dispuso un acceso en la red para facilitar la consulta de documentos de los diferentes procesos por parte de los funcionarios. Este año se pretende mejorar este sistema de consulta de documentos de la ESE. Esta incluye toda la documentación de los elementos anteriores.

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).

Se está cumpliendo el tiempo en días para la respuesta de peticiones de la comunidad acorde con los términos legales y en general continúa en operación la oficina de atención al usuario con las funciones, entre otras, de canalización de las manifestaciones de los usuarios, medición de la satisfacción y apoyo en trámites para el usuario.

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).

Mediante el software que integra la información clínica y administrativa, se ha avanzado en el manejo de la información secundaria, ya que facilita la captura, procesamiento y generación de reportes.

Para el 2013 se está contratando la asistencia técnica para el software lo que dificultará su consolidación como sistema para la gestión.

Se ha mejorado la oportunidad en la generación de estados financieros y consecuentemente se mejoró la rendición de cuentas a la contaduría general de la nación y la información hospitalaria (Decreto 2193 de 2004).

Durante el año 2012 se inició un aplicativo para solicitud de consulta a través de la página web lo que ha permitido avanzar en la interacción con la comunidad - simplificación de trámites.

Continúa la consolidación del software que integra la información clínica y administrativa, más allá que se requieren ajustes para hacerlo más óptimo en su funcionamiento acorde a las necesidades de la institución.

Se realizaron 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.

Con la implementación del software se mejoró la oportunidad en la rendición de cuentas a los organismos de vigilancia y control.

Además se realizó rendición o comunicación de información a la comunidad por medios como la página web, reuniones con asociación de usuarios, comité de participación comunitaria en salud – copacos, Concejo Municipal y otros grupos organizados.

Para el año 2013 se está formulando un plan de comunicaciones basado en la información disponible y en los diferentes medios de comunicación de acceso para la ESE (radio local, diferentes reuniones internas y externas, carteleras, página web).

A partir del análisis de riesgos de la ESE se definieron los controles de cada uno de los procesos. Se tiene un

instrumento para hacerle seguimiento a dichos controles por parte de los líderes de los procesos.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

Aún falta mejorar la cultura del autocontrol y el empoderamiento para que los líderes de los procesos utilicen adecuadamente las herramientas para el seguimiento y mejoramiento en la aplicación de los controles de los procesos.

Aún falta mejorar la cultura del autocontrol y el empoderamiento para que los líderes de los procesos utilicen adecuadamente la herramienta para la medición, análisis y mejoramiento de la gestión.

La falta de continuidad en la subdirección científica y la poca disponibilidad de médicos afectaron el cumplimiento de las auditorías de adherencia y de calidad en la atención mediante la historia clínica.

Se requiere mejorar la capacidad de autocontrol y autogestión dado que aún hay muchas oportunidades de mejora si cerrar.

En varios procesos principalmente misionales no ha tenido continuidad el responsable, afectando el cumplimiento de los compromisos incluidos en los planes de mejoramiento.

Avances

A partir del análisis de riesgos de la ESE se definieron los controles de cada uno de los procesos. Se tiene un instrumento para hacerle seguimiento a dichos controles por parte de los líderes de los procesos.

Se tienen diseñados los instrumentos gerenciales basados en indicadores de gestión para los procesos operativos de la ESE.

Se realizó la evaluación anual del sistema de control interno y las evaluaciones cuatrimestrales establecidas en la Ley 1474 de 2011, los cuales fueron reportados y publicados en la página web de la ESE. Estos además se entregaron a los directivos e integrantes del comité coordinador de calidad y control interno.

Para el año 2013 se aprobó un programa de auditoría por parte del comité coordinador de control interno y calidad. Este incluye las auditorías de control interno y del programa de auditoría para mejoramiento de la calidad PAMEC.

De cada una de las evaluaciones o verificaciones ejecutadas en evaluaciones del sistema de calidad y de control interno, en auditorías externas y en las auditorías internas, se definen oportunidades de mejora para cada uno de los procesos o dependencias, con estas se consolida una matriz de mejoramiento institucional que facilita el seguimiento.

De cada una de las evaluaciones o verificaciones ejecutadas en evaluaciones del sistema de calidad y de control interno, en auditorías externas y en las auditorías internas, se definen oportunidades de mejora para cada uno de los procesos o dependencias, con estas se consolidan los planes de mejoramiento por procesos.

Con base en la matriz de mejoramiento institucional se identifican y definen los compromisos de cada uno de los funcionarios. Las oportunidades de mejora partes de las diferentes evaluaciones realizadas interna y externamente.

Además a los funcionarios inscritos en carrera administrativa se les formula y hace seguimiento al mejoramiento individual a través de los registros de la evaluación del desempeño.

Durante el 2012 se entregaron planes de mejoramiento individual y se realizó seguimiento a algunos de ellos.

Estado general del Sistema de Control Interno

Se cuenta con el diseño de los elementos de control establecidos en el Decreto 1599 de 2005, Modelo Estándar de Control interno, en articulación con los componentes exigidos por el Decreto 1011 de 2006, sistema obligatorio de garantía de la calidad y se han implementado en su mayoría, pero se requiere actualización de algunos elementos en el diseño y mejoramiento en aspectos de implementación para mejorar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los procesos.

Como una de las principales oportunidades de mejora se requiere la estabilidad laboral de la gerencia, la subdirección científica y en general los funcionarios responsables de los procesos misionales, como punto de partida para lograr mejores resultados en el fomento del autocontrol y la autogestión, para que el sistema integrado de gestión basado en el control interno y calidad contribuya eficazmente al logro de la función pública que constitucional y legalmente ha asumido la Empresa Social del Estado Hospital El Carmen de Amalfi.

Las debilidades o dificultades formuladas en este informe ya se incluyeron en el plan de mejoramiento de control interno para el año 2013.

Recomendaciones

Realizar actualización de los principios y valores institucionales, compromisos éticos y código de buen gobierno.

Mejorar las acciones de inducción y reinducción para lograr adherencia de los funcionarios a las políticas, planes y procesos. Mejorar el manejo de los soportes de dichas acciones.

Realizar una adecuada planeación del recurso humano y planeación presupuestal que permitan estabilidad del personal y eficiencia en los procedimientos contractuales.

Mejorar la planeación de las acciones de bienestar social, incentivos y capacitación, acorde con los recursos disponibles y las necesidades organizacionales. Definir concretamente para el año 2013 por lo menos: las acciones, responsables, recursos y plazos.

Para el año 2013 suscribir los cuerdos de gestión entre gerencia y subdirectores y hacerles el respectivo seguimiento y evaluación.

Mejorar la interiorización del código de buen gobierno por parte del equipo directivo de la ESE.

Para el año 2013 mejorar la operatividad de los comités y actualizar la conformación de aquellos que la requieran.

Realizar desde la dirección diversas acciones para fomentar el empoderamiento en los procesos por parte de los líderes o responsables.

Actualizar las caracterizaciones acorde con la última actualización del mapa de procesos de la ESE.

Realizar la formulación del nuevo plan de desarrollo y plan de acción 2013, presentando en forma oportuna a la Junta Directiva para discusión y aprobación.

Actualizar el Manual de funciones de acuerdo con las necesidades de los procesos.

Realizar revisión y ajuste de la estructura organizacional y de la planta de cargos de la ESE acorde con las necesidades de los procesos.

Ajustar y actualizar la metodología de administración del riesgo para hacer más efectivo el control de los procesos y el logro de los objetivos institucionales.

Para el año 2013 realizar acciones que mejoren el empoderamiento de los líderes de procesos en la gestión del riesgo.

Mejorar la continuidad en la medición de indicadores de riesgos y análisis de resultados para el mejoramiento.

Mejorar la estabilidad laboral de los funcionarios que deben liderar las acciones de gestión de riesgos en los diferentes procesos.

Mejorar la difusión de las políticas de operación de los procesos para lograr mejor la adherencia a estas por parte de los responsables.

Actualizar los procedimientos en cada uno de los procesos del modelo de operación de la ESE y socializarlos a los responsables.

Realizar nueva actualización de controles a partir de la revisión y ajuste de los riesgos bajo la nueva metodología sugerido por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Mejorar la medición de los indicadores y analizar sus resultados para la gestión de los procesos. Ajustar los indicadores de cada proceso si es necesario cuando se actualicen las caracterizaciones.

Implementar o mejorar el actual sistema de publicación y consulta del manual de procedimientos o estructura documental de la ESE (red pública o intranet).

Mejorar el análisis de resultados de gestión de manifestaciones y de medición de la satisfacción mediante encuestas, para la toma de decisiones y mejoramiento de los servicios.

Gestionar la aprobación de las tablas de retención y su aplicación dentro del sistema de gestión documental.

Mejorar la reinducción o capacitación de los funcionarios en el manejo de los reportes del software.

Garantizar la asistencia técnica para el software que facilite su consolidación como sistema para la gestión.

Mejorar el cumplimiento de las acciones de comunicación organizacional e informativa, así como el uso de los medios de comunicación disponibles.

Fomentar el mejoramiento de la cultura del autocontrol y el empoderamiento para que los líderes de los procesos utilicen adecuadamente las herramientas para el seguimiento y mejoramiento en la aplicación de los controles y para medición, análisis y mejoramiento de la gestión. Analizar resultados en comités.

Desde la subdirección científica asignar a personal médico las auditorías de adherencia y de calidad en la atención, según programa de auditoría interna.

Fomentar desde la gerencia y las subdirecciones la capacidad de autocontrol y autogestión para el cumplimiento de oportunidades de mejora incluidas los planes de mejoramiento a nivel de procesos e individual.



MARTIN ALVAREZ MONTOYA
Asesor control interno

