

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

**Aseso de Control
Interno:**

MARTIN ALVAREZ MONTOYA

Período evaluado: Marzo-junio 2013

Fecha de elaboración: 06/07/2013

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

Está faltando planeación de las acciones de talento humano, que facilite la ejecución y seguimiento en relación con capacitaciones, reinducción y bienestar social laboral e incentivos.

No se tiene una clara planeación para el año 2013, dado que aún no se termina la formulación del Plan desarrollo, en consecuencia no se tienen suscritos los acuerdos de gestión entre gerencia y subdirectores

Falta mayor interiorización del código de buen gobierno por parte del equipo directivo de la ESE. Los cambios de estos funcionarios dificultan la aplicación de las políticas de dirección.

Aunque se tiene programación de todos los comités para el año 2013 no todos están cumpliendo con las reuniones en las fechas establecidas.

Aún no se actualizan algunas caracterizaciones de procesos modificados en la última actualización del mapa de procesos de la ESE.

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

Aunque se ha avanzado en el ajuste de la estructura organizacional y de la planta de cargos, muchos cargos requeridos aún están tercerizados.

Falta aplicación de la metodología de administración del riesgo para hacer más efectivo el control de los procesos y mejorar el logro de los objetivos institucionales.

Avances

Se realizó la actualización de principios y valores institucionales con la participación del personal dentro del proceso inicial de formulación del plan de desarrollo para el periodo 2013-2016.

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. Este puede ser ajustado a partir de la actualización de principios y valores institucionales.

Se han socializado por medios como: el sistema de gestión documental en red pública, cartelera, 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.

Se actualizaron los 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 ha mejorado en el control de los soportes de la inducción.

Se realizó evaluación del desempeño del año 2012 según objetivos concertados con el personal inscrito en carrera administrativa.

En desarrollo del elemento Estilo de dirección 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. Además 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 tienen los procesos caracterizados según al mapa, más allá que deba ajustarse algunas 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 (en lo de su competencia).

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.

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, aunque debe ser actualizado.

Se capacitó a los líderes de los procesos en los instrumentos y su aplicación en la nueva metodología de gestión del riesgo según la última guía publicada por el DAFP.

Por cada proceso se tienen identificados, analizados y valorados, con plan de acción para riesgos priorizados y su seguimiento (con la metodología anterior).

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, aunque debe ser revisado y actualizado con base en la última metodología publicada por el DAFP.

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 tienen dispuestos en red de acceso público los instrumentos para reporte y análisis de eventos adversos. Se tienen reportes y análisis de eventos adversos de diferentes servicios.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

Se debe mejorar la difusión de las políticas de operación de la empresa dada la rotación de personal, para lograr mejorar la adherencia a estas.

Al ingreso de funcionarios nuevos ha faltado mayor socialización de procedimientos, aunque se aclara que la mayoría de estos están dispuestos en lugar de acceso público.

Falta mejorar la medición de la gestión a través de indicadores en cada uno de los procesos, algunos se están midiendo pero está faltando análisis y mejoramiento. Igualmente se requiere con urgencia terminar la formulación del plan estratégico de desarrollo para el periodo, que sea coherente con el actual plan de gestión aprobado por la Junta directiva 2012- 2015 y que incluya el cuadro de mando con los indicadores estratégicos para la medición de la gestión.

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.

Sigue faltando mejorar el análisis de resultados de la gestión de manifestaciones y de medición de la satisfacción del usuario, 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.

Avances

En la ESE se adoptaron políticos generales de operación para los procesos y procedimientos a nivel misional, administrativo, financiero y contable. Estas están publicadas en el directorio "Gestión documental con acceso a todos los funcionarios.

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, iniciando con los procesos de Gestión del talento humano, Gestión de ambiente físico y Gestión financiera, procedimientos técnicos de enfermería y guías de atención.

Se definieron controles para cada uno de los procesos durante la fase de identificación, análisis y valoración de riesgos.

Cada proceso operativo cuenta con un gerencial de indicadores que incluyen los obligatorios de reporte externo y otros de interés para medir la gestión. Estos incluyen, de acuerdo con el estándar nueve (9) del sistema único de habilitación se documentaron los indicadores de riesgos.

Desde 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. Este se denomina Gestión documental e

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 año 2013 se han realizado actualizaciones y se tiene contrato vigente para el soporte técnico, facilitando la consolidación de la plataforma principal del sistema de información.

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). En el último trimestre se ha avanzado en la organización de información para reporte de la resolución 4505 de 2013.

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.

Se están realizando 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. Se está fortaleciendo este proceso a través de practicante del SENA.

Se contrató asistencia técnica para la consolidación del software Xenco y con la implementación del software se mejoró la oportunidad en la rendición de cuentas a los organismos de vigilancia y control y ha mejorado la operatividad de los procesos.

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 tiene 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.

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

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 de la autogestión y el empoderamiento para que los líderes de los procesos utilicen adecuadamente la herramienta para la medición, análisis y mejoramiento de la gestión.

No se ha cumplido el cronograma de auditoría interna en lo relacionado con adherencia a las guías clínicas argumentándose que se está haciendo la actualización de las mismas, además por la poca disponibilidad de médicos.

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

Avances

Se destaca que en el periodo evaluado se mejoró la continuidad de la enfermera responsable de los servicios de urgencias, hospitalización y promoción y prevención, lo que facilitó que se iniciaran acciones de actualización de documentación y seguimiento a estándares de habilitación, así como mayor control y seguimiento del personal auxiliar de dichos servicios.

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 a la gerencia e integrantes del comité coordinador de calidad y control interno y publicados en la página web de la ESE.

Está en ejecución en el año 2013 un programa de auditoría aprobado 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.

Estado general del Sistema de Control Interno

El sistema de control interno de la ESE Hospital El Carmen de Amalfi cuenta con el diseño de los elementos de control establecidos en el modelo estándar control interno MECI 1000:2005, articulados con los componentes exigidos por el Decreto 1011 de 2006, sistema obligatorio de garantía de la calidad y se han implementado en su mayoría, aunque se requiere actualización de algunos de ellos y mejoramiento en aspectos de implementación para mejorar la contribución al cumplimiento de los objetivos institucionales y de los procesos.

La principal oportunidad de mejora es lograr la estabilidad y cohesión del equipo directivo y mayor empoderamiento de 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 esta empresa.

Recomendaciones

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

Terminar la planeación estratégica y operativa de la ESE y suscribir los acuerdos de gestión entre gerencia y subdirectores.

Realizar acciones de interiorización del código de buen gobierno por parte del equipo directivo de la ESE para mejorar la aplicación de las políticas de dirección.

Cumplir con la realización de reuniones de todos los comités para el año 2013, según programación previa.

Terminar la actualización de las caracterizaciones de procesos modificados en la última actualización del mapa de procesos de la ESE.

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

Aplicar la normatividad vigente en relación con la vinculación de personal, evitando la tercerización de procesos en términos prohibidos y que vulneren los derechos del trabajador y la operatividad de los procesos.

Terminar de aplicar la nueva metodología de administración del riesgo para hacer más efectivo el control de los procesos y mejorar el logro de los objetivos institucionales.

Mejorar la difusión de las políticas de operación de la empresa dada la rotación de personal, para lograr mejorar la adherencia a estas.

Realizar socialización de procedimientos a personal que ingresa a laborar y difundir la ubicación para consulta en lugar de acceso público en la red.

Mejorar la medición de la gestión a través de indicadores en cada uno de los procesos, realizar análisis y planes de mejoramiento cuando no se logre la meta.

Terminar la formulación del plan estratégico de desarrollo para el periodo, que sea coherente con el actual plan de gestión aprobado por la Junta directiva 2012- 2015 y que incluya el cuadro de mando con los indicadores estratégicos para la medición de la gestión.

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 el análisis de resultados de la gestión de manifestaciones y de medición de la satisfacción del usuario, para la toma de decisión y mejoramiento de los servicios.

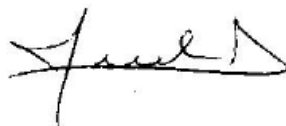
Gestionar la aprobación de las tablas de retención documental e implementar su aplicación dentro del sistema de gestión documental según la normatividad vigente.

Desde la dirección se debe fomentar y facilitar 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.

Desde la dirección se debe fomentar y facilitar el espacio para mejorar la cultura de la autogestión y el empoderamiento para que los líderes de los procesos utilicen adecuadamente la herramienta para la medición, análisis y mejoramiento de la gestión.

La subdirección científica debe asignar el personal para realizar la auditoría interna en lo relacionado con adherencia a las guías clínicas, en cumplimiento de estándares de calidad.

Formalizar la asignación de responsables de procesos y servicios así como de elementos de control y estándares de calidad y facilitar los espacios desde la gerencia para que adelanten las labores de desarrollo de lo asignado.



MARTIN ALVAREZ MONTOYA
Asesor control interno