

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

Aseso de Control Interno:	MARTIN ALVAREZ MONTOYA	Período evaluado: Marzo – junio 2014
		Fecha de elaboración: 22/07/2014

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Dificultades

No se ha actualizado el Código de ética y de buen gobierno acorde con la nueva plataforma estratégica definida para la ESE en la formulación del Plan de desarrollo 2014-2020. Faltando mayor interiorización por parte del equipo directivo y funcionarios en general.

Aun no se realiza la medición del clima laboral que sirva de insumos para el mejoramiento de los procesos de gestión del talento humano.

Está pendiente la actualización de las caracterizaciones de procesos conforme a la última actualización del mapa de procesos de la ESE.

No se está realizando aun la evaluación de los procedimientos de inducción y reinducción para establecer la efectividad.

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

Faltan algunas fichas técnicas de indicadores para la medición de avances en el Plan de desarrollo vigente.

La estructura organizacional no ha sido actualizada y falta comunicación de esta a todo el personal.

Falta mayor operatividad de los comités, no todos han cumplido con las reuniones en las fechas establecidas.

No se está realizando medición periódica y análisis de los resultados de los indicadores en todos los procesos, falta cultura de la evaluación de la gestión a través de indicadores.

Se debe mejorar la divulgación de procedimientos y su documentación para todo el personal, sobre todo en lo relacionado con la actualización de la estructura documental para el sistema de habilitación.

No se ha aplicado la metodología para la gestión del riesgo conforme a la actualización (capacitación) presentada en el año 2013. Consecuentemente no se tienen actualizados los controles para los procedimientos.

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 2014-2020.

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 cuenta con los procedimientos documentados para el proceso de Gestión del talento humano y está caracterizado.

Se ha mejorado la planeación del talento humano en relación con la formulación de planes para la reinducción, capacitación, bienestar social e incentivos.

Se realizó evaluación del desempeño del año 2013 del personal inscrito en carrera administrativa, tanto el seguimiento en agosto como la evaluación final a 31 de febrero.

Se tiene vigente y en ejecución un Plan de Gestión aprobado por la Junta directiva para evaluación durante el periodo para el cual fue nombrado el gerente, en las áreas de direccionamiento y gerencia, administrativa y financiera y de prestación de servicios. Su formulación y desarrollo se articula con el Plan de desarrollo.

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).

Igualmente se cuenta con un plan de acción aprobado por la Junta directiva para el año 2014, con cronograma, responsables y presupuestos, para la ejecución de los proyectos establecidos para lograr las metas trazadas en el Plan de desarrollo.

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 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 deban actualizarse acorde con nueva normatividad y actualización del sistema de calidad y modelo estándar de control interno.

Se avanzó en la documentación de procedimientos acorde con la normatividad en el sistema de calidad (habilitación). Se tiene toda la documentación de interés genera en red de acceso a todos los funcionarios para su consulta.

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 cuenta con un cuadro de indicadores para cada uno de los procesos y/o servicios de la ESE, con el cual se puede medir las diferentes características de calidad.

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.

MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Dificultades

Aún falta mejorar la cultura de autocontrol para lograr el empoderamiento de los funcionarios en el mejoramiento de sus funciones, actividades y procesos en los que interviene.

Aún falta mejorar la cultura de la autoevaluación institucional, dado que aun disponiendo de las herramientas no se aplican regularmente por parte de los líderes de los procesos y/o servicios. Se deben complementar los instrumentos para la autoevaluación del control y capacitar a los líderes de procesos en su aplicación.

No se está cumpliendo adecuadamente con el cronograma de auditoría interna en lo relacionado con las auditorías clínicas asignadas a médicos y enfermera. Se requiere organización de la subdirección científica para que disponga del tiempo requerido por el personal.

Falta sistematicidad en la formulación y evaluación de planes de mejoramiento producto de las diferentes actividades que generan oportunidades de mejora.

Avances

Se tienen diseñados los instrumentos gerenciales basados en indicadores de gestión para los procesos operativos de la ESE. Con base en estos se puede ejecutar la autoevaluación de la gestión.

Se cuenta con un procedimiento para la aplicación de la auditoría interna en la ESE.

Se está cumpliendo con la evaluación anual del sistema de control interno y las evaluaciones cuatrimestrales establecidas en la Ley 1474 de 2011, los cuales han sido reportados al organismo de control que corresponde, se publica en el sitio web y se entrega a la gerencia e integrantes del comité coordinador de calidad y control interno.

Se aprobó y está en ejecución en el año 2014, un programa de auditoría aprobado por parte del comité coordinador de control interno y calidad. Este incluye las auditorías de control interno y las del sistema de calidad. De las auditorías se elabora informes con los resultados y recomendaciones (principalmente las auditorías de control interno).

Se ha establecido que 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 definan oportunidades de mejora para cada uno de los procesos o dependencias, para consolidar con estas una matriz de mejoramiento institucional que facilite el seguimiento al mejoramiento continuo, más allá que se debe mejorar el cumplimiento en la formulación y seguimiento.

EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

No se cumplió con la publicación de toda la información obligatoria de presentar a través de la página web de la ESE.

No se ha realizado audiencia pública de rendición de cuentas durante el año 2014 para finalizar el ciclo de rendición del año anterior. Falta mejoramiento de las acciones de rendición en interacción con la comunidad y partes interesadas.

Falta oportunidad en el análisis de las manifestaciones de los usuarios que se presentan por los diversos medios, como insumos para la toma de decisiones en mejoramiento de los procesos.

Se debe mejorar el cumpliendo el tiempo en días para la respuesta de peticiones, quejas y demás expresiones de la comunidad acorde con los términos legales.

Faltó continuidad y oportunidad en la medición de los indicadores estratégicos y de los diferentes procesos.

Avances

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.

En desarrollo del sistema de información para la calidad se ha mejorado 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.

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

Durante el primer semestre se ejecutó el proyecto de ajuste a las tablas de retención documental y se proyecta para el segundo el proyecto de implementación de las mismas.

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.

En el periodo evaluado se actualizó el sitio web de la ESE buscando mejorar la interacción de la ESE con las partes interesadas. Se está publicando en ella la información relacionada con la entidad y la gestión, aunque falta complementar.

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).

Como principal espacio para la recepción de manifestaciones o inquietudes de los funcionarios se ha establecido nuevamente el espacio de reunión mensual de personal, para el cual se están buscando estrategias efectivas para optimizar dicho espacio.

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 2014 se planeó la actualización de la plataforma del software para facilitar 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 semestre se ha avanzado en la organización de información para reporte de la resolución 4505 de 2013.

Se actualizó la información de la gestión mediante un aplicativo para la consulta de documentos relacionados con el sistema de gestión.

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.

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 en ejecución el 2014 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).

Se cuenta con un sistema de información integrado para la operación del proceso financiero.

Así mismo 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.

Durante el periodo se fortaleció la oficina de atención al usuario sumando recurso humano de apoyo para facilitar el desarrollo de las funciones.

Estado general del Sistema de Control Interno

Se ha avanzado en el desarrollo de un Modelo Estándar de Control interno, en articulación con los componentes exigidos por el sistema obligatorio de garantía de la calidad, se han diseñado e implementado en su mayoría.

Sin embargo se requiere actualización de algunos elementos de control en el diseño y mejoramiento en aspectos de implementación y evaluación para mejorar su efectividad en relación con el cumplimiento de los objetivos institucionales y de los procesos.

Actualmente se está realizando la transición para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno a la nueva normatividad (Decreto 943 de 2014 y su manual técnico).

Recomendaciones

Actualizar el Código de ética y de buen gobierno acorde con la nueva plataforma estratégica definida para la ESE en la formulación del Plan de desarrollo 2014-2020.

Realizar acciones de interiorización Código de ética y de buen gobierno para el equipo directivo y funcionarios en general.

Realizar la medición del clima laboral que sirva de insumos para el mejoramiento de los procesos de gestión del talento humano. Podría solicitarse apoyo de la administradora de riesgos laborales.

Actualizar las caracterizaciones de procesos conforme a la última actualización del mapa de procesos de la ESE.

Realizar la evaluación de los procedimientos de inducción y reinducción para establecer la efectividad.

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

Complementar el diseño de fichas técnicas de indicadores para la medición de avances en del Plan de desarrollo.

Actualizar la estructura organizacional y fortalecer la comunicación de esta a todo el personal.

Mejorar la operatividad de los comités, los subdirectores deben promover la realización de las reuniones programadas.

Realizar medición periódica y análisis de los resultados de los indicadores en todos los procesos. La gerencia debe promover la medición y solicitar resultados.

Realizar divulgación de procedimientos y su documentación para todo el personal, sobre todo en lo relacionado con la actualización de la estructura documental para el sistema de habilitación. La subdirección científica debe promover dicha socialización.

Capacitar nuevamente a líderes de procesos en la metodología para la gestión del riesgo.

Propiciar espacios y tiempo para la actualización de los mapas de riesgos y la actualización de los controles para los procesos y procedimientos.

Fomentar la cultura de autocontrol para lograr el empoderamiento de los funcionarios en el mejoramiento de sus funciones, actividades y procesos en los que interviene.

Fomentar la cultura de la autoevaluación institucional, para que se apliquen las herramientas por parte de los líderes de los procesos y/o servicios.

Mejorar continuidad y oportunidad en la medición de los indicadores estratégicos y de los diferentes procesos.

Cumplir con el cronograma de auditoría interna en lo relacionado con las auditorías clínicas asignadas a médicos y enfermeras. Se debe organizar la coordinación médica para que disponga del tiempo requerido por el personal.

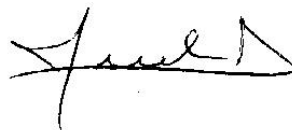
Cumplir con la formulación y evaluación de planes de mejoramiento producto de las diferentes actividades que genera oportunidades de mejora (auditorías internas, auditorías externas, autoevaluación institucional).

Cumplir con la publicación de toda la información obligatoria de presentar a través de la página web de la ESE.

Realizar acciones de rendición de cuentas en interacción con la comunidad y partes interesadas.

Mejorar oportunidad en el análisis de las manifestaciones de los usuarios que se presentan por los diversos medios, como insumos para la toma de decisiones en mejoramiento de los procesos.

Mejorar el cumplimiento para la respuesta de peticiones, quejas y demás expresiones de la comunidad acorde con los términos legales.



MARTIN ALVAREZ MONTOYA

Asesor control interno
Funcionario A.C. Ltda.