

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
LEY 1474 DE 2011
E.S.E. HOSPITAL PSQUIATRICO SAN CAMILO**

ASESOR DE CONTROL INTERNO	EMIRO MARTINEZ GUTIERREZ	Período evaluado: del 12 de julio de 2015 al 12 de Noviembre de 2015
		Fecha de elaboración: Noviembre 12 de 2015

INTRODUCCION

En pro del fundamento de Autocontrol, se evaluó el estado de implementación del Sistema de Control Interno - SCI, bajo el modelo MECI del cual se identifica la condición y estado de los componentes y elementos del SCI, compuesto por la estructura del MECI, teniendo en cuenta que la E.S.E Hospital Psiquiátrico san camilo mediante la resolución número 210 del 25 de Septiembre de 2015 adoptó los documentos esenciales de la actualización del Sistema de Control Interno MECI 1000:2014.

El presente informe, se desarrolla de acuerdo a la estructura de los respectivos módulos que integran el modelo MECI.

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Este módulo se estructura en tres componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración de Riesgos.

1.1 Componente de Talento Humano:

La E.S.E, socializo los principios y valores adoptados mediante la Resolución Interna 168 de 2014, los cuales están contenidos en la Plataforma estratégica, durante este periodo se socializaron mediante presentación y folletos al comité en inducciones.

En lo relacionado con el Desarrollo de Talento Humano, se cuenta con una política institucional del Talento Humano, se está ejecutando el plan institucional de capacitación para la vigencia, que contiene actividades de inducción y re inducción, continuando pendiente evaluar la efectividad de las capacitaciones, inducciones y reinducciones; así mismo se ejecuta el programa de Bienestar Social estímulos e incentivos y el Programa de Salud Ocupacional, se tiene actualizado el reglamento interno de trabajo para la aprobación de la junta. Como producto MECI se estableció un Manual de Talento Humano que contiene las directrices institucionales dentro del marco de la normatividad aplicable en la Gestión del Talento Humano; en lo relacionado con el desempeño de los servidores de carrera se aplicaron las evaluaciones del desempeño.

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico:

En lo relacionado con el elemento Planes, programas y proyectos, La Alta Dirección ha gestionado lineamientos para fortalecer el Sistema de Control Interno, en los criterios de la estructura del MECI 1000:2014, se ejecutó el plan de trabajo de mejora, que se encuentra en curso y vigente. Y se adoptó por acto administrativo los documentos que actualizan el Sistema de Control Interno bajo el MECI 1000:2014, se dispone del Código de Buen Gobierno y una Guía de Planes y Programas, los cuales orientan el componente dentro de la entidad; Al igual se ha realizado la gestión del Plan de Acción Institucional y el Plan de Gestión de la Gerencia; en lo referente al Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud, se continua la gestión en los estándares bajo el equipo de acreditación de la E.S.E.

La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo mantiene su gestión en el cumplimiento de la plataforma estratégica adoptada, que integra: Misión, Visión, objetivos Institucionales, principios, valores, políticas y el Modelo de Operación por Procesos, que muestra la interrelación y articulación entre los procesos en los diferentes niveles estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y seguimiento, este último fue modificado y en la actualidad se tiene un nuevo Modelo de Operación en el que se reemplaza el de 21 procesos, que se presentaban anteriormente y se articula ahora en 30 procesos los cuales operan de la siguiente manera: Procesos estratégicos (Gestión Estratégica, Gestión del Desarrollo institucional, Sistemas Integrados de Gestión), procesos Misionales (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Agudos, Hospitalización Crónicos, Clínica de Farmacodependencia, Hospital de Día, Terapia Ocupacional, trabajo Social, Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, Referencia y Contra referencia, Electroencefalografía Laboratorio de sueño, Sistema de Información y Atención al Usuario, Gestión de Convenios Docencia – Servicio, Promoción y Prevención), Procesos de Apoyo (Gestión de Talento Humano, Gestión de la Tecnología, Comunicaciones, Gestión Jurídica, Almacén, Gestión Financiera, Mantenimiento, Apoyo Logístico, Sistemas, Gestión Documental), procesos de evaluación y seguimiento (control interno, auditoría para la prestación de servicios de salud), estos aún se encuentran en etapa de documentación en lo que hace referencia a sus respectivos complementos por procesos, como procedimientos, indicadores, Mapas de Riesgo, Normograma, controles en los procedimientos, en especial para los nuevos procesos del nuevo modelo de operación, que se enfoca en el portafolio de servicios actualizado, dentro del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

El mapa de Operación por Procesos esta soportado por las caracterizaciones de los procesos y procedimientos, indicadores y riesgos, elementos que en la actualidad dentro del diagnóstico MECI 2014 y el Plan de Trabajo de mejora definido continúan en revisión, actualización y mejora por parte del equipo del proceso Sistemas Integrados y los respectivos referentes de proceso, teniendo presente que este se incrementó en 9 procesos, al anterior propuesto en el plan de trabajo, razón por la cual aún no están formulados y documentados en su totalidad, se formularon políticas estratégicas y operacionales en algunos procesos y se tienen consolidadas en la plataforma estratégica.

La Estructura Organizacional de la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo, se encuentra enmarcada dentro de lo establecido por los Estatutos Institucionales, ha permitido dar cumplimiento a su direccionamiento estratégico, estableciendo niveles de responsabilidad, para que se armonice totalmente con el modelo de operación institucional definido.

En relación con los indicadores de gestión, se presentan los que permiten evaluar la gestión Institucional de la ESE, en el Plan de Gestión de Gerencia y observar la situación y tendencias de cambio y los requeridos de Ley, estos han sido evaluados en cumplimiento de la normatividad vigente; en lo relacionado con los indicadores de proceso, aun no se tienen en su totalidad, por el cambio del modelo, lo cual no permite desarrollar una medición en enfoque de gestión por procesos, teniendo en cuenta que se encuentran en construcción y actualización en algunos procesos.

La E.S.E, cuenta con Políticas de Operación generales, adoptadas y socializadas dentro de la plataforma estratégica, estas se enmarcan en: política talento humano, política atención centrada en el usuario, política de seguridad del paciente, política de humanización, política responsabilidad social, política gestión integral HSEQ, Política de Gestión de Tecnología, política de Seguridad de la Información, y política de gestión del riesgo, las cuales aplican a nivel Institucional; desde la Gerencia, se está socializando el Código de Buen Gobierno que oriente y trascienda la filosofía del servicio y gestión institucional.

1.3 Componente de Administración del Riesgo:

En lo relacionado con este componente, se actualizó la política institucional para la gestión del riesgo, de acuerdo a los nuevos lineamientos de la guía metodológica del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y lo establecido por la secretaria de transparencia en lo referente a mapas de riesgo de corrupción, expedida para la materia, las cuales fueron acogidas por el Hospital, y le fundamenta su propia guía metodológica de riesgos como producto MECI; con la que se encuentran en proceso de revisión y actualización los mapas de riesgos de los procesos, esto teniendo en cuenta que los procesos, se encuentran en mejoramiento, revisión y aprobación, al igual se evidencia que ya los nuevos procedimientos que se formulan cuentan con puntos de control, lo cual se requiere para proceder con la formulación de los mapas de riesgos por procesos que integrarían el mapa de riesgos institucional y al igual se le debe identificar los posibles riesgos de corrupción, estos últimos en cumplimiento al Decreto 2641 de 2012, los cuales para la vigencia la gestión ha sido de bajo nivel,

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.1. Componente de Autoevaluación Institucional:

Se ha continuado la evaluación de la gestión mediante el tablero Excel, que permite realizar la autoevaluación al POA Institucional, sin embargo el nivel de cultura de autoevaluación continua siendo bajo, este se refleja en el desconocimiento de la aplicación del concepto, la falta de indicadores para los procesos, que permitan a los líderes, responsables medir la eficiencia, eficacia y efectividad de estos, el cual incluye informes de gestión, resultados de encuestas sobre percepción del cliente interno y externo; durante este periodo se presentó el informe de gestión a la Junta Directiva del POA y el plan de gestión de la Gerente.

En lo relacionado con El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS, se aplicó evaluación de estándares, de las cuales se realizó un informe y cuyos resultados dieron origen a la formulación de planes de mejora.

Se ha realizado el seguimiento a la gestión del plan anticorrupción, el plan de trabajo de actualización del MECI, al plan de mejoramiento Institucional.

2.2 Componente de Auditoría Interna:

Se está ejecutando el programa de auditorías que se formuló para la vigencia 2015, del cual ya se realizó, la auditoría al sistema de contratación del Hospital, el Sistema de Gestión de Calidad, el proceso de Talento Humano y actualmente se está realizando al proceso Gestión del Desarrollo Institucional, mediante el procedimiento de auditoría documentado dentro del proceso de control interno y aplicando los lineamientos del Manual de Control que se documentó como producto MECI.

En lo relacionado con los lineamientos de auditoría, seguimiento, evaluación que aplican al sector en el que la institución realiza su objeto social, el sector salud, se está ejecutando el PAMEC, se continúan realizando las respectivas auditorías médicas establecidas y requeridas dentro de la prestación de servicios de Salud. Al igual se atendió la auditoría de la Contraloría General de Santander.

2.3 Componente Plan de Mejoramiento:

La E.S.E, en la actualidad presenta planes de mejoramiento producto de las Evaluaciones a los estándares de acreditación, los cuales se encuentran en gestión y en la auditoría externa (Contraloría Departamental), este último se encuentra recién formulado. Al plan de mejoramiento institucional suscrito con la Contraloría en la vigencia anterior se le ha hecho seguimiento por parte de Control Interno, de lo cual se observa que de 36 hallazgos, 34 se encuentran cumplidos, quedando 2 aún en gestión para el cumplimiento, los cuales ya están integrados en el nuevo plan de mejoramiento institucional definido, presentado y aprobado por la Contraloría.

En lo relacionado con planes de mejoramiento por procesos, se tiene la formulación del plan de mejoramiento del proceso de contratación, el sistema de gestión de calidad y talento humano, los cuales fueron auditados.

Para el desarrollo de este elemento se documentó la guía para la formulación, seguimiento de planes de mejoramiento, la cual hace parte de los productos MECI 2014.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

La Información y comunicación se gestiona con la política de tecnologías y mecanismos de captura, procesamiento y generación de datos, que atiendan las necesidades de divulgación de información de la ciudadanía y de las partes interesadas.

3.1 Información y Comunicación Externa

El proceso SIAU, mantiene su función como elemento de comunicación externa, que permite capturar la Información y Comunicación que proviene o es generada por los stakeholders del servicio, a través del cual la E.S.E consolida, analiza y estudia la satisfacción y sus necesidades, este proceso aplica mecanismos de recepción, registro y da solución a las PQRSD, al igual aplica la encuesta de satisfacción.

LA E.S.E, dentro del plan anticorrupción de la vigencia cuenta con la Estrategia de Rendición de Cuentas, la cual permite el acceso de la información a las partes interesadas, en la que se puede conocer la gestión, programas, proyectos de alto impacto, entre otros y que ya fue realizada para la vigencia; igualmente se establecieron actividades de divulgación de información y comunicación contempladas la estrategia de atención a la ciudadanía determinada en el Plan Anticorrupción, lo cual se encuentra en ejecución.

En lo relacionado con la estrategia de Gobierno en Línea, se encuentra parcialmente publicada en Web, la información mínima requerida en el Manual Técnico Versión 3.1 de Gobierno en Línea, esta comprende lo relacionado con la gestión, financiera, tramites, sin embargo se dispone del link de PQR y buzón de sugerencias, que permiten acceso de la comunidad con la entidad en línea, en complemento al proceso SIAU, que permite este mecanismo personalmente; a esto se le realizó un evaluación de seguimiento lo cual indica la necesidad de actualizar los contenidos web para dar cumplimiento a parte de la estrategia Gobierno en Línea.

3.2 Información y comunicación Interna

La E.S.E, en este elemento, cuenta con los respectivos comités de las dependencias, que permiten la participación y manifestación de las solicitudes de los servidores de los diferentes niveles.

En lo relacionado con la Gestión Documental, las Tablas de Retención Documental, ya se validaron y aprobaron por parte del Comité de Archivo, las cuales ya se

implementaron en cada dependencia, con operación del sistema de información parametrizado que apoya la gestión documental, y se encuentra ya operando la ventanilla única.

Las comunicaciones institucionales, se realizan a través de mecanismos internos definidos producto de la operación, como lo son comunicación escrita, correos electrónicos, cartelera; sin embargo no se presenta, ya se dispone con política y plan de comunicaciones institucional, que determina, orienta los lineamientos y directrices organizacionales para la comunicación interna; no se tienen identificadas las fuentes de información internas y externas, los cuales no se tiene fácil acceso y uso por todos los niveles organizacionales y jerárquicos de la entidad, al igual no está documentando el Manual de Información y comunicación, que comprende todos los productos MECI 2014 de este eje, al igual que el plan de comunicaciones institucional.

3.3 Sistemas de Información y Comunicación

La E.S.E, mantiene la implementación del sistema de información, que permite la gestión del proceso documental, el cual sistematizo la ventanilla única, en el registro, radicación y reparto de la correspondencia, este administra la gestión de las Tablas de Retención Documental; igualmente se tiene el sistema de información financiera, que integra presupuesto, facturación, rips, tesorería y contabilidad y el sistema de información del reportes de indicadores del SIAU.

Se dispone de la página web institucional, que presenta nueva imagen, actualizada en sus contenidos; sin embargo la información institucional que corresponde a los lineamientos establecidos en el manual 3.1 de Gobierno en línea, se encuentra parcialmente, ya se disponen de correos institucionales.

Se dispone de un punto de información de atención a la ciudadanía, al igual que líneas de atención telefónica para la prestación del servicio, y se tienen amplios, adecuados espacios y horarios de visita de pacientes.

CONCLUSIÓN

La ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO a la fecha del presente informe, se encuentra mejorando el Sistema de Control Interno, estructurado bajo los lineamientos del Modelo MECI 1000:2014, el cual ya se adoptó bajo la Resolución Interna 210 de 2015 con sus documentos esenciales, esto orientado por el diagnóstico y plan de trabajo ejecutado de los productos requeridos para la implementación, mantenimiento, adherencia y mejora de los elementos del nuevo modelo, sin embargo quedando aún pendiente el desarrollo de algunos de los productos definidos como: Documentación del Modelo de Operación(procedimientos), Mapas de Riesgos de Los Procesos, Indicadores de Gestión, Manual de Información y comunicación, Normograma.

RECOMENDACIONES

Cumplir el plan de trabajo de mejoramiento, actualización e implementación de los productos MECI: 1000:2014, en lo referente a los productos pendientes.

Realizar los Comités de Coordinación de Control Interno Institucional.

Fomentar el Autocontrol Institucional



EMIRO MARTINEZ GUTIERREZ
ASESOR DE CONTROL INTERNO
Contratista