

**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 Noviembre de 2014 al 12 de Marzo de 2015
		Fecha de elaboración: Marzo 12 de 2015

INTRODUCCION

En pro del fundamento de Autocontrol, el asesor de Control Interno, evalúa el estado de implementación del Sistema de Control Interno - SCI, bajo el modelo MECI 1000:2014, del cual se identifica la condición y estado de los componentes del SCI, compuesto por la estructura del MECI, teniendo en cuenta que la E.S.E Hospital Psiquiátrico san camilo mediante la resolución número 109 de 08 de julio de 2014 adoptó la nueva versión del MECI con el fin de realizar el respectivo mejoramiento de actualización del Sistema de Control Interno, bajo el MECI.

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, cuenta con unos principios y valores adoptados mediante la Resolución Interna 168 de 2014, los cuales están contenidos en la Plataforma estratégica, documento que ha sido socializado en todos los niveles institucionales, por parte de mejoramiento continuo junto con desarrollo institucional en coordinación con Talento Humano, en los ejercicios de inducción y re inducción a toda la ESE, con el fin de interiorizar a los servidores de los principios y valores de la ESE para que sean adheridos en la prestación del servicio.

En lo relacionado con el Desarrollo de Talento Humano, se cuenta con el respectivo manual de funciones institucional, se ejecutó a satisfacción el plan institucional de capacitación, que contenía actividades de inducción y re inducción, faltando evaluar la efectividad de las capacitaciones, inducciones y reinducciones, así mismo se ejecutó el programa de Bienestar Social estímulos e incentivos y Salud Ocupacional y el Programa de Salud Ocupacional; el desarrollo de las competencias, habilidades y aptitudes de los servidores públicos a través de las políticas y prácticas de gestión humana, se han evaluado mediante las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de Carrera.

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico:

En lo relacionado con el elemento Planes, programas y proyectos, La Alta Dirección ha generado lineamientos para fortalecer el Sistema de Control Interno, en los criterios de la estructura del MECI y el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud en pro de la gestión para obtener la acreditación institucional de la E.S.E.

La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo cuenta con una plataforma estratégica adoptada por acto administrativo, que integra: Misión, Visión, objetivos Institucionales, principios, valores, políticas, 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 de la siguiente manera: Procesos estratégicos (Desarrollo institucional, Gestión Gerencial, Mejoramiento Institucional), procesos Misionales (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización), Procesos Misionales (urgencias, servicios ambulatorios, servicios hospitalización, promoción y prevención, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico) SIAU, Procesos de Apoyo (Gestión del talento humano, gestión de la tecnología, gestión de las comunicaciones, gestión de los recursos físicos, gestión jurídica, gestión de convenios de docencia y servicio, gestión de suministros, gestión financiera, gestión de la información), procesos de evaluación y seguimiento (control interno, auditorías a la prestación de servicios en salud). Lo anteriormente indicado se correlaciona con la actualización, reporte del portafolio de servicios del Hospital, 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 se encuentran en revisión, actualización y mejora por parte del equipo de mejoramiento y los respectivos líderes de proceso, y no están formulados y documentados en su totalidad, igualmente no se dispone del manual de operación.

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 y sin embargo se requiere de la revisión técnica de la estructura actual 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 y observar la situación y tendencias de cambio, en la ejecución del Plan de Desarrollo Institucional y el Plan de Gestión de la Gerencia; estos han sido evaluados en cumplimiento de la normatividad vigente; en lo relacionado con los indicadores de proceso, no se tienen en su totalidad, 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, 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 y política de gestión del riesgo, las cuales aplican a nivel Institucional.

1.3 Componente de Administración del Riesgo:

En lo relacionado con este componente, se dispone de la política institucional para la gestión del riesgo, y se encuentran en proceso de revisión y actualización los mapas de riesgos de los procesos, de acuerdo a los nuevos lineamientos de la guía metodológica del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, expedida para la materia, esto teniendo en cuenta que los procesos, se encuentran en mejoramiento, revisión y aprobación, al igual se evidencia que los procedimientos no disponen de puntos de control, controles lo cual se requiere para poder 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, fueron publicados en la página Web institucional dentro del Plan Anticorrupción de la vigencia 2014 y 2015.

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.1. Componente de Autoevaluación Institucional:

Se dispone de un tablero Excel, que permite realizar la autoevaluación al POA Institucional, sin embargo el nivel de cultura de autoevaluación es bajo, este se refleja en el desconocimiento de la aplicación del concepto, demoras en los reportes, 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, reportes de informes de gestión a la Junta Directiva del Plan de Desarrollo Institucional y el plan de gestión del Gerente.

En lo relacionado con El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS, se aplicaron las autoevaluaciones de los estándares de los Sistemas de habilitación y Acreditación, que integran el SOGCS.

En lo relacionado con el Comité Coordinador de Control Interno - CCCI, se realizaron parcialmente, sin dar cumplimiento a lo reglamentado institucionalmente.

2.2 Componente de Auditoría Interna:

Se presentó ante el CCCI el programa de auditorías que se formuló, el cual se cumplió y producto de estas auditorías, se generaron informes de auditoría por dependencia, procesos, entre los procesos administrativos en su totalidad, los procesos misionales u operativos se han auditado parcialmente, sin contar por supuesto con las auditorías especiales y auditorías externas (Contraloría Departamental, Supersalud) en esto se realizó aplicando el procedimiento de auditoria documentado dentro del proceso de control interno.

En lo relacionado con los lineamientos de auditoria, seguimiento, evaluación que aplican al sector en el que la institución realiza su objeto social, el sector salud, se documentó el PAMEC, se realizaron las respectivas autoevaluaciones de Ley a los servicios habilitados y las respectivas auditorias médicas establecidas y requeridas dentro de la prestación de servicios de Salud. Adicionalmente dentro del proceso de Acreditación se evaluaron los respectivos estándares reglamentados en el manual de acreditación.

2.3 Componente Plan de Mejoramiento:

El Plan de mejoramiento es el instrumento institucional que recoge y articula todas las acciones prioritarias que se emprendieron para mejorar aquellas características que tendrán mayor impacto con los resultados, se caracterizan como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de control Interno, la gestión de los procesos, los servicios asistenciales habilitados y los procesos prioritarios evaluados dentro del PAMEC.

La E.S.E, presenta planes de mejoramiento producto de las Auditorías Internas de los procesos y auditorías externas (Contraloría Departamental, Supe salud y de las autoevaluaciones aplicadas a los servicios, a estos se les ha venido realizando gestión por los respectivos responsables; y al plan de mejoramiento institucional se le ha hecho seguimiento por parte de Control Interno, de lo cual se observa que de 36 hallazgos, 33 se encuentran cumplidos, quedando 3 aún en gestión para el cumplimiento.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

La Información y comunicación tiene una dimensión estratégica por cuanto vincula a la ESE con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas. Para su desarrollo se diseñó la política de tecnologías y mecanismos de captura, procesamiento y generación de datos al interior y entorno de la ESE, que atiendan las necesidades de divulgación de información de la ciudadanía y de las partes interesadas.

3.1 Información y Comunicación Externa

Se dispone del proceso SIAU, 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 ESE consolida, analiza y estudia la satisfacción y sus necesidades, este proceso se apoya con los mecanismos de las PQRSD, encuesta de satisfacción.

LA E.S.E, dentro del plan anticorrupción aplicó la Estrategia de Rendición de Cuentas, la cual permitió el acceso de la información a las partes interesadas, en la cual se pudo conocer la gestión, programas, proyectos de alto impacto, entre otros; igualmente se desarrolló la estrategia de atención a la ciudadanía determinada en el Plan Anticorrupción, para la vigencia 2015, ya se cuenta con este y 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, trámites, 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.

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, se encuentran en proceso de validación y aprobación por parte del Comité de Archivo, las cuales ya están definidas y serán adoptadas para la vigencia 2015, las cuales se están parametrizado dentro de un sistema de información para su gestión; en lo referente con el Proceso de Gestión Documental, se adolece de procedimientos, para la operación de la ventanilla única, y la gestión documental institucional.

Las comunicaciones institucionales, se realizan a través de mecanismos internos definidos producto de la operación, como lo son comunicación escrita, correos electrónicos, carteleras; sin embargo no se presenta, dispone con política y plan de comunicaciones institucional, que determine, oriente los lineamientos y directrices organizacionales para la comunicación interna, así como la identificación de las fuentes internas determinadas en manuales y guías, los cuales no se tiene fácil acceso y uso por todos los niveles organizacionales y jerárquicos de la entidad.

3.3 Sistemas de Información Y comunicación

La E.S.E. se encuentra en proceso de implementación de un sistema de información, ya desarrollado que permite la gestión del proceso documental, el cual sistematiza la ventanilla única, para 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, el sistema de información del reportes de indicadores del SIAU.

Se dispone de la página web institucional, que presenta la información institucional de manera parcial a los lineamientos establecidos en el manual 3.1 de Gobierno en línea y la cual tiene bajos niveles de seguridad.

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

CONCLUSIÓN

La ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO a la fecha del presente informe, cuenta con el Sistema de Control Interno, estructurado bajo los lineamientos del Modelo MECI 1000:2014, el cual se encuentra en mejoramiento y desarrollo de los productos requeridos para la implementación, mantenimiento, adherencia y mejora de los elementos del nuevo modelo.

RECOMENDACIONES

Realizar un diagnóstico de la implementación de los productos MECI: 1000:2014

Formular y ejecutar un plan de trabajo de mejoramiento, actualización e implementación de los productos MECI: 1000:2014

Adelantar los Comités de Coordinación de Control Interno Institucional.

Fomentar el Autocontrol Institucional



EMIRO MARTINEZ GUTIERREZ
ASESOR DE CONTROL INTERNO
Contratista