

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 Marzo de 2015 al 12 de Julio de 2015
		Fecha de elaboración: Julio 12 de 2015

INTRODUCCION

En pro del fundamento de Autocontrol, se evalúo 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, durante este periodo se socializo mediante presentación y folletos al comité de Control Interno y los referentes de procesos, 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 formuló una política institucional del Talento Humano, se actualizo el manual de funciones de acuerdo a lo establecido en el Decreto Nacional 2484 de 2014, se formuló 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 tiene el programa de Bienestar Social estímulos e incentivos y el Programa de Salud Ocupacional, se está actualizando el reglamento interno de trabajo y formulando un Manual institucional que contiene las políticas del Talento Humano 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 formularon las concertaciones de objetivos.

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 realizó el diagnóstico del Sistema de Control Interno bajo los productos MECI 2014, se formuló un plan de trabajo de mejora, que se encuentra en curso y vigente, esto fue socializado en el Comité Coordinador de Control Interno realizado en el mes de Mayo, al igual se realizó una capacitación en el Sistema de Control Interno Institucional, bajo el modelo MECI 1000:2014; en el 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, 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), 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 de mejoramiento y los respectivos líderes de proceso, y no están formulados y documentados en su totalidad, igualmente no se dispone de controles, del manual y políticas de operación por procesos.

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, se está realizando la revisión técnica de la estructura actual para que se armonice totalmente con el modelo de operación institucional definido y lograr una restructuración organizacional.

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, el Plan de Gestión de la Gerencia 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, 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 y política de gestión del riesgo, las cuales aplican a nivel Institucional; desde la Gerencia, se está desarrollando un Código de Buen Gobierno que oriente y trascienda la filosofía del servicio y gestión institucional, una guía de planeación institucional y de la estructura orgánica.

1.3 Componente de Administración del Riesgo:

En lo relacionado con este componente, se está actualizando 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 se mantienen sin 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, fueron publicados en la página Web institucional dentro del Plan Anticorrupción de la vigencia 2014 y 2015, los cuales para la vigencia la gestión ha sido de bajo nivel.

Para facilitar la gestión de la administración de riesgos en el hospital, como producto MECI, se está diseñando una guía metodológica institucional bajo los lineamientos de la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública y lo establecido por la secretaría de transparencia en lo referente a mapas de riesgo de corrupción.

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 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 aplicó una Revisión por la Dirección a los estándares del Sistema de Acreditación.

En lo relacionado con el Comité Coordinador de Control Interno - CCCI, se realizó un comité, se realizó el seguimiento la gestión del plan anticorrupción.

2.2 Componente de Auditoría Interna:

Se presentó ante el CCCI, el plan de trabajo de control interno, el programa de auditorías que se formuló para la vigencia 2015, el cual se encuentra en gestión, actualmente se está realizando la auditoria al sistema de contratación del Hospital, mediante 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, del cual aún no se evidencia su ejecución, se continúan realizando las respectivas auditorias médicas establecidas y requeridas dentro de la prestación de servicios de Salud.

Se formaron auditores internos de gestión a nivel institucional en los diferentes procesos, y se está proyectando un Manual de Control Interno.

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, en la actualidad presenta planes de mejoramiento producto de las Auditorías a los estándares de acreditación, los cuales se encuentran en gestión y en la auditoría

externas (Contraloría Departamental), en este último se ha venido realizando gestión por los respectivos responsables, al plan de mejoramiento institucional suscrito con la Contraloría, 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, uno menos del informe pormenorizado anterior.

Como instrumento para el Sistema de Control Interno, se está documentando una guía para la formulación, seguimiento de planes de mejoramiento, la cual hace parte de los productos a realizar en el plan de trabajo de mejoramiento del MECI 2014.

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, esta 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; igualmente se establecieron actividades para 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, 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; 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 están definidas adoptadas y se están implementando en cada dependencia, se dispuso de un sistema de información parametrizado que apoya la gestión documental, se están documentando los procedimientos, y se encuentra ya operando la ventanilla única, con el sistema de información de Gestión Documental.

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, aun no se 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, para lo cual se está documentando el Manual de Información y comunicación institucional, 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, ya implementó un sistema de información, que permite la gestión del proceso documental, el cual sistematizó 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 de los 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, 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, orientado por el diagnóstico y plan de trabajo en ejecución de los productos requeridos para la implementación, mantenimiento, adherencia y mejora de los elementos del nuevo modelo; al igual resaltar la atención y gestión realizada a las recomendaciones presentadas en el anterior informe pormenorizado de control interno.

RECOMENDACIONES

Ejecutar el plan de trabajo de mejoramiento, actualización e implementación de los productos MECI: 1000:2014 definidos en el mismo.

Realizar los Comités de Coordinación de Control Interno Institucional.

Fomentar el Autocontrol Institucional



EMIRO MARTINEZ GUTIERREZ
ASESOR DE CONTROL INTERNO
Contratista