

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	LINA MARÍA VÁSQUEZ DÍAZ	Período evaluado: 01/07/2012 al 31/10/2012
		Fecha de elaboración: 15/11/2012

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

No hay acciones que demuestren la evaluación al personal de los principios y valores en cuanto a su aplicabilidad.

Débil participación de los funcionarios de la ESE en el proceso de Direccionamiento Estratégico, especialmente en lo relacionado con el seguimiento y evaluación de indicadores en lo corrido del 2012.

Falta mayor divulgación y socialización del mapa de riesgos, por lo tanto es necesario incentivar a todos los funcionarios y contratistas a usar este importante insumo para estar en permanente actualización, para que esta herramienta cumpla con su objetivo que es la disminución de tropiezos en nuestra Institución Hospitalaria, tanto a nivel asistencial como administrativo

Poco compromiso de los servidores de la ESE, en el desarrollo de las actividades inherentes al ejercicio de control y documentación de las acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación de los riesgos institucionales.

No todos los Macro -procesos definidos en el Mapa de Proceso se encuentran documentados, especialmente los del almacén y gestión gerencial y estratégica, siendo importante agilizar su documentación para el desarrollo de evaluación y seguimiento que aporten al mejoramiento del mismo.

Avances

Se conformó y creo el grupo la oficina de control interno disciplinario bajo resolución No 168 del 16 de agosto de 2012.

Rediseño y depuración del cuadro de indicadores

Está definida la metodología e instrumentos para el mapa de riesgo y la administración del riesgo, identificando los factores internos y externos del riesgo y se encuentra documentado en el mapa de riesgos de la entidad bajo resolución No 189 de septiembre de 2012 teniendo en cuenta los lineamientos del DAFP.

Mensualmente se lleva a cabo las capacitaciones de inducción y reinducción donde a través de la estrategia de crear dos horarios diferentes en el día para que todo el personal pueda asistir a las capacitaciones y así no interrumpir con la prestación de los servicios.

La entidad cuenta con un código de ética y buen gobierno los cuales se encuentran en la intranet de la ESE CEO.

La ESE realizó el seguimiento y evaluación de los indicadores y metas fijadas en el Plan Estratégico de Desarrollo 2010 – 2012, y se presentó el informe de Gestión consolidado 2011 a los órganos de control y a la Junta Directiva, para lo pertinente.

La entidad actualmente a los retos que enfrenta cuenta con un cuadro de mando donde se reflejan los indicadores.

Actualmente el proceso de planeación estratégica viene ejecutando sus etapas iniciando con un plan de gestión cuyo proceso esta plasmado en el plan de desarrollo aprobado por acuerdo No 22 de noviembre 22 de 2012 en el cual un primer paso fue, el desarrollo de un diagnostico situacional de la ESE CEO así como su nivel de competitividad con el fin de anticipar y decidir sobre el direccionamiento hacia el futuro.

Se redefinió la plataforma estratégica en sus componentes de Misión, Visión, se replantearon los objetivos estratégicos.

La última actualización de los procedimientos se realizó en Diciembre de 2011 cuya modificación quedo adoptada bajo resolución 396 de diciembre 27 de 2011; sin embargo esta pendiente las actualizaciones de los procesos conjuntamente con las caracterizaciones ya que estos no se han actualizado desde el 2008 y han sido objeto de cambios.

Con el fin de facilitar la toma de decisiones la gerencia realiza semanalmente comité con el grupo directivo sobre las rondas administrativas con el fin de tener monitoreado la prestación de los servicios.

La ESE CEO en concordancia con su misión institucional de consolidar y ampliar la red de servicios realiza en la actualidad la gestión de proyectos orientados a niveles progresivos de complejidad los cuales viene siendo evaluados, desarrollados y presentados a la secretaria de salud municipal, gobernación del Huila y ministerio de la protección social.

Se reactivo el comité de ética hospitalaria con el fin de implementar acciones que contribuyan a la sensibilización de las personas en el trato humanizado en la prestación del servicio.

El Hospital para el desarrollo de las competencias del Talento Humano realiza un plan de capacitación mensual dirigido a todos los servidores del Hospital. Se ejecuta el plan de bienestar, plan de Salud Ocupacional de acuerdo con las normas vigentes y los recursos disponibles.

El estilo de dirección gerencial es participativo, fundamentado en la transparencia el desarrollo de los objetivos institucionales, la rendición de cuentas, la participación de la comunidad en los procesos

teniendo en cuenta sus aportes para la toma de decisiones y la mejora de los procesos. Se hace gestión con las entidades aseguradores del régimen subsidiado, para la recuperación de la cartera y desarrollo de los procesos de atención de los usuarios.

La oficina de control interno actualizo el normograma clasificado en normas internas y externas que regulan los procesos de la entidad, falta revisión por la dependencia jurídica para luego publicarlo en la página Web.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

Falta culminar las acciones relacionadas con la revisión, análisis y actualización de manuales de procedimientos técnicos administrativos de la ESE.

Aunque se tienen el conocimiento de la existencia de las políticas de operación en la ESE, falta mayor interés por parte de los servidores públicos en realizar el seguimiento, evaluación y documentar dichas acciones; así como de los controles establecidos por la empresa para el mejoramiento de la gestión

El proceso de comunicación informativa presenta mejoras, se actualiza la página Web y se tiene vínculo con la página de Gobierno en Línea, así mismo existe comunicación directa a través de la oficina de atención al usuario con las asociaciones de usuarios, las veedurías ciudadanas y la comunidad en general; se sostiene el proceso de Quejas y Reclamos con respuesta oportuna y de calidad a los usuarios.

No se cuenta con un plan de comunicaciones e información.

Se presentan falencias en el control documental y manejo de tablas de retención documental de los archivos de gestión de las dependencias.

Las tablas de retención documental no se encuentran aprobadas por el comité de archivo municipal.

Avances

En las actividades de control, el Hospital ha venido trabajando en los procedimientos los cuales se encuentran actualizados a 2011, con resolución No. 055 de marzo de 2011, y publicados en la página web, para la socialización y aplicación por todos los servidores del Hospital. Con respecto a estos se realiza adherencia a guías, permanentemente en los proceso asistenciales con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios al usuario por parte de la oficina de calidad.

El Hospital dispone de una oficina de Participación Social y Atención al Usuario encargada de resolver y atender a todos los usuarios las necesidades en cualquiera de los centros de salud. Encargada también de mantener y garantizar la contestación de los derechos de petición quejas y reclamos. Igualmente realiza diariamente encuestas a los usuarios sobre la satisfacción en los servicios prestados al Hospital, Informe que es consolidado y presentado en comité de gerencia mensualmente. Para la vigencia 2012 el reporte de la oficina de atención al usuario en cuanto a la Satisfacción global del usuario para el periodo de julio a octubre de 2012 fue de un 96.3%

El proceso de comunicación informativa presenta mejoras, esta en proceso el cambio de imagen y slogan y con ello la actualización de la página Web, se tiene vínculo con la página de Gobierno en Línea, así mismo existe comunicación directa a través de la oficina de atención al usuario con las asociaciones de usuarios, las veedurías ciudadanas y la comunidad en general; se sostiene el proceso de Quejas y Reclamos con respuesta oportuna y de calidad a los usuarios.

Se reactivó el comité de gobierno en línea con el fin de protocolizar su creación y darle funcionalidad para empezar a actualizar la página web y continuar con la implementación de la estrategia de gobierno en línea.

La existencia de comités institucionales permite conocer de primera mano los temas desarrollados con los diferentes procesos y tomar los correctivos necesarios.

La entidad contrato una comunicadora social con la cual no se contaba con el fin de mejorar y contar con un plan de comunicaciones.

Se realizaron diferentes campañas y estrategias establecidas mediante la intranet dirigida a la humanización en los servicios como la sonrisa y el buen trato con el fin de humanizar la atención del paciente estableciendo el lema como fondos de escritorio.

Se implemento un nuevo sistema de conectividad interna y externa la cual va a estar unida a través de un sistema de telefonía y sincronización IP corporativo, con el fin de mejorar los medios de comunicación.

Para dar a conocer la gestión la gerencia participa activamente de los consejos comunales realizados en el área urbana y rural de NEIVA liderados por la alcaldía municipal donde se brinda un espacio a la ESE para informar los logros obtenidos y el trabajo que se viene ejecutando y con ello mejorar el componente de comunicación informativa.

Para mejorar la cultura del autocontrol la oficina asesora de control e implementado la estrategia de boletines internos con el fin de dar a conocer el tema y su aplicabilidad.

La gerencia viene liderando un proceso de renovación de imagen entre los que se encuentran la renovación de la página WEB, cambio de imagen y el servicio de una línea amiga que integre las solicitudes de citas pero también la satisfacción del usuario para la respectiva atención.

Se fortaleció el Sistema de Información de la ESE, con la modernización de las redes de comunicaciones, algunos componentes en Hardware y Software, fundamentales para la eficiencia institucional en esta materia.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

Falta de continuidad en los procesos de Auditoría interna tanto Administrativa como Asistencial, toda vez, que la ESE no dispone de personal para apoyar los esfuerzos que se hacen desde control interno y de auditoría médica. Por lo tanto, no ha sido posible que se implementen adecuadamente los planes de mejoramiento por procesos.

No todos los responsables de los procesos realizan en forma periódica las autoevaluaciones oportunas de la gestión y los controles.

Así mismo, la ESE no ha iniciado la implementación de los planes de mejoramiento individual, producto de las evaluaciones de desempeño de los funcionarios de planta.

Falta de Compromiso institucional de algunos empleados en mejora de procesos y cumplimiento de planes de mejoramiento individual producto de las auditorías médicas, debilidades en cultura de autocontrol.

Avances

Se mantiene el ejercicio de Control Interno, a través de contrato de prestación de servicios profesionales, a través del cual se realiza la asesoría y acompañamiento a los demás servidores públicos de la ESE, dentro del ejercicio de las competencias y funciones que le corresponden.

Se realiza orientación permanente a los funcionarios responsables del envío de la información a los entes de inspección, vigilancia y control y la referente al cumplimiento del Decreto 2193 de 2.004 y demás partes interesadas.

El plan de auditorías contempla seguimiento periódicos que se realizan a los servicios asistenciales y las auditorías concurrentes a los profesionales sobre adherencia a las guías y se establecen las acciones de mejoramiento para la prestación del servicio al usuario con calidad

Los planes de mejoramiento institucionales suscritos con la contraloría municipal durante la vigencia 2012 se presentaron los respectivos informes de seguimiento y evaluación a los diferentes órganos de control y las acciones no cumplidas o en desarrollo se establecieron los compromisos.

La oficina asesora de control interno ha realizado la asesoría en la elaboración de los planes de mejoramiento por procesos y se ha realizado el seguimiento y evaluación de los mismos.

La oficina de control interno realiza acompañamiento a las áreas para el fortalecimiento de la cultura de la autoevaluación en la efectividad de los controles.

Se realiza retroalimentación de los resultados de las auditorías internas realizadas por control interno a los responsables como parte de la mejora continua

Estado general del Sistema de Control Interno

En general el sistema de control interno presenta avances graduales entendiendo que empezó una nueva administración la cual tiene como reto el fortalecimiento de tres grandes componentes del MECI que son el componente de administración del riesgo, actividades de control e información y comunicación donde se halló falta de evaluación y control para garantizar una adecuada consecución de los resultados.

Recomendaciones

1. Actualizar periódicamente los procesos conforme a los cambios que se presentan, con el fin que contengan los controles, indicadores, actividades y recursos.
2. Fortalecer la cultura de autoevaluación y administración del riesgo en cada uno de los procesos en todos los servidores públicos y liderado por los responsables de los procesos
3. Continuar con la revisión, análisis y actualización de las caracterizaciones de los procesos de la ESE.
4. Integrar lo SOGC y el sistema de control interno para que su aplicación en la gestión diaria genere impacto y logro de los objetivos institucionales.
5. Integrar en los programas de capacitación, temas para fortalecer las competencias laborales conforme a los lineamientos del DAFP y las necesidades evidenciadas en la evaluación periódica de desempeño de las personas.
6. Continuar la documentación de todos los macro procesos definidos en el mapa de procesos y depuración de los procesos que repiten actividades y simplificándolos.
7. Enfatizar la capacitación de los funcionarios al autocontrol, a la autogestión y al mejoramiento del clima organizacional.
8. Promover en los servidores públicos de la ESE, la implementación de los planes de mejoramiento por procesos, individuales e institucionales, fruto de los resultados de las auditorías internas y externas.
9. Fortalecer el componente de información y comunicación con la realización del plan de comunicaciones.
10. Implementar el Plan de Mejoramiento Institucional del Modelo Estándar de Control Interno 2012

LINA MARIA VASQUEZ DIAZ
Asesora de control interno

