

ESE HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA – “GJP”

INFORME AVANCE CUATRIMESTRAL DE CONTROL INTERNO

MARZO A JUNIO DEL 2014

FORTALEZAS

SUBSISTEMA ESTRATÉGICO

La ESE Hospital del Sur – GJP, como Hospital Acreditado en los servicios de salud, otorgado por el ICONTEC y el Ministerio de la Protección Social, además ha obtenido los siguientes reconocimientos: Experiencias Exitosas en Urgencias 2014, Experiencias Exitosas en Gestión del Talento Humano 2014, Top Bench Excelencia en la Gestión 2014, el premio de Gestión Transparente Antioquia SANA - 2013, otorgado por la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, el Área Metropolitana y AESA, el Galardón Top Bench Excelencia en la Gestión 2012 – 2013, igualmente esta Certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia – IAMI - los Premios de Calidad en Salud Colombia, categoría bronce en el año 2006 y 2009.

El Hospital, cuenta con un documento estratégico (Plan de Desarrollo 2012 - 2015 “Nos Unimos al Cambio” el cual esta actualizado y publicado en la página Web institucional El Plan de Desarrollo en el que incluye el Plan Estratégico, la Estructura Organizacional, los Principios, Valores, el Código de Ética y Buen Gobierno, la Misión, la Visión, las Políticas Institucionales, los Proyectos, Planes de Acción, el Normograma, el Plan de Compras y el recurso humano presupuestado para cada vigencia, manual de perfiles y competencias, los indicadores de gestión, la rendición de cuentas de la entidad, los estados financieros, los procesos judiciales, las manifestaciones que pueden realizar los usuarios, las ofertas de empleo, el directorio telefónico, revistas institucionales, informes de interés, además incluimos los planes de trabajo institucionales, entre otros.

Igualmente la entidad cuenta con: Procedimientos de selección y vinculación, inducción, reinducción y entrenamiento, evaluación de desempeño, procedimiento docencia asistencial, acción disciplinaria, plan de formación, actos administrativos por la cual se adopta el MECI, referencia comparativa, direccionamiento estratégico, Código de Ética y Buen Gobierno, rondas de liderazgo, planes de acción, seguimiento al plan de desarrollo, plan de implementación de normas, plan de mejoramiento, programas y proyectos, plataforma estratégica, planes de trabajo de comités, mapa de procesos, caracterización de procesos, entre otros.

La actualización del mapa de riesgos, la política de riesgos, el programa anual de auditoría, ha servido en gran medida para dar solución con acciones preventivas y correctivas, además que se tienen indicadores que dan medición frecuente de la eficacia, eficiencia y efectividad, desde el punto de vista del enfoque, la implementación y los resultados, observando el comportamiento de los posibles riesgos que se den o que se tienen identificados, modelo de riesgos y eventos adversos, seguimiento al Trigger Tools, Política de seguridad del Paciente. Dentro de cada procedimiento se identifica el riesgo, el control, los indicadores, la valoración y la ponderación de cada uno.

SUBSISTEMA DE GESTIÓN

Adicionalmente la ESE, tiene soportados, divulgados, publicados y caracterizados los documentos que define la ejecución de los procesos, procedimientos, las guías, políticas, manuales, protocolos, modelo de escucha activa, encuestas de satisfacción, oficina de atención al usuario, buzones de sugerencias, quejas y reclamos, incluso hay acceso para interponerlas vía WEB, evaluación de proveedores, indicadores, formatos; En su gran mayoría dichos documentos están actualizados permitiendo una adecuada ejecución de las estrategias, actividades, proyectos y tareas. Además la entidad cuenta con el plan de información Primaria, con un software que sirve para una adecuada recepción, registro y distribución de los documentos.

Asimismo, se cuenta con la matriz de información secundaria, la cual permite tener las manifestaciones del cliente interno, registro clínico, procedimiento de archivo, las TRD actualizadas, actas de reunión de personal, indicadores, informes generados para entes de control, encuestas de clima laboral, comité de bienestar social. Toda la gestión documental de la entidad se encuentra publicada junto con las actas en el software de calidad Isolucion.

El Hospital cuenta con unos excelentes canales de comunicación tales como: Pagina web, intranet, cartelera, procedimientos de comunicación tanto organizacional como informativa, revistas, boletines institucionales, campañas institucionales, manual de imagen corporativa, alto parlantes, consentimientos informados, oficina de atención al usuario, programas radiales y la rendición de cuenta, para éste trimestre se realizó: el día 28 de marzo en el centro de Convenciones Aburra Sur, la rendición de cuentas a toda la comunidad, en la cual se convoco a: proveedores, liga de usuarios, líderes comunales, damas voluntarias, madres fami, entes de control, comunidad de la tercera edad, veeduría, concejales y comunidad en general, todo esto da cuenta de una gestión transparente y pública. Lo anterior se encuentra publicado en la página WEB Institucional, además se realizó la encuesta de satisfacción a los asistentes.

Igualmente el día 27 de abril, se realizó la rendición de cuentas ante la Corporación Concejo Municipal, sobre la gestión del año 2013 y los proyectos para el año 2014.

SUBSISTEMA DE EVALUACIÓN

La Autoevaluación del control y de gestión se evalúa y se dan recomendaciones pertinentes, los cuales sirven para realizar acciones correctivas o incluso en el levantamiento del Plan de mejora respectivo. El hospital cuenta con lista de chequeo para el control de los procesos, informes gerenciales por cada proceso, análisis de indicadores en cada proceso de tal manera que sirva para la toma de decisiones y las acciones pertinentes, seguimiento a los planes de acción, plan de desarrollo, planes de mejora, plan de trabajo de los comités, informes ejecutivos a los diferentes entes de control, planes de mejora individual e informes de gestión verificando su impacto, tendencia, eficiencia y efectividad.

El Hospital cuenta con un cronograma anual de auditorías internas, Plan de Auditorías de Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), para valorar el cumplimiento de las políticas y lineamientos institucionales y las adherencias a guías, protocolos, manuales en todos los procesos; sean realizado en los siguientes procesos: Servicio de alimentación, ayudas diagnósticas (Laboratorio y Citología), El resultado de las auditorías realizadas a los diferentes procesos sirve de insumo para aplicar el modelo de mejoramiento y tomar las acciones correctivas necesarias para mejoramiento continuo de la ESE, de lo anterior se realizaron los informes finales de las mismas y los planes de mejoramiento respectivo. El porcentaje de cumplimiento del PAMEC para el primer trimestre del 2014 fue del 96%, estando en un nivel muy satisfactorio para el Hospital.

La Contraloría Municipal, realizó la auditoria, a los procesos de Contratación, Control Interno, Talento Humano, riesgos y Ambiental, del cual no ha llegado el informe respectivo por parte del ente auditor.

Igualmente en el mes de abril, la Contraloría Municipal realizó la auditoria al proceso contable, en el cual ya enviaron el preinforme, estamos atentos en responder las observaciones a la misma.

Se publicó en la página Web del Hospital el Estatuto Anticorrupción, cumpliendo con la normativa y se realizó plan de trabajo para cumplir con los requisitos que la misma norma exige, de tal manera que podamos mejorar y culturizar a los funcionarios sobre los temas anticorrupción y antitrámites, además se publicó en la pagina web institucional el seguimiento del plan de trabajo del Estatuto.

En ese orden de ideas, la Evaluación e implementación al Sistema de Control Interno para la vigencia 2013, la ESE obtuvo un alto porcentaje en la calificación, lo anterior fundamentado en su condición de empresa Acreditada

en los servicios de salud, más los reconocimientos otorgados por la gestión transparente y el galardón a la excelencia a la gestión. Además la implementación de los diferentes subsistemas, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno- MECI, en el seguimiento y control que se realiza desde las oficinas de Auditoría, Calidad, Control Interno, comités y reuniones y otras actividades programadas. Incluso con la creación del comité del grupo operativo MECI, mediante Resolución 413 de noviembre del 2012, se trabajo rigurosamente el plan de mejora y la implementación de cada uno de los elementos del MECI.

En este caso la Implementación del MECI en la entidad ha tenido un avance significativo y que según la DAFP en su indicador de madurez el hospital llego al 90.05%, nivel satisfactorio, en el cual falta mejorar en un poco en el tema de los riesgos y en el entorno de control presenta una leve deficiencia en los soportes de las actividades realizadas; en este sentido, el hospital cuenta en gran medida y en un alto porcentaje se encuentra implementado, verificado, actualizado, divulgado y publicado.

DIFICULTADES

Dado que no se tiene una leve falencia en el entorno de control, no se ha presentado dificultades graves en la implementación de los elementos del MECI en sus Subsistemas y Componentes, se sigue presentando algunos inconvenientes, tales como:

La parametrización y puesta en marcha del software empresarial, dada que su ejecución está retrasada según cronograma, pues ahora se cuenta con un nuevo cronograma para la implementación del mismo, el cual se comenzó a capacitar algunos funcionarios y estos mismos son los encargados de parametrizar el sistema.

El cronograma del programa Anual de Auditorías de Mejoramiento de Calidad (PAMEC), se esta ejecutando, cuenta de ello es el porcentaje de ejecución el cual para el primer trimestre del 2014 quedo en el 96%, nivel satisfactorio con respecto al año pasado; las auditorias y los informes se encuentran en el sistema Isolución.

A la sanción inicial ya mencionada en reportes pasados por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio por el incumplimiento en el reporte de la información del primer trimestre del 2011 del control de precios a los medicamentos – SISMED. Igualmente, interpusieron una sanción al hospital por los trimestres 2, 3 y 4 del año 2011, los cuales se deberán cancelar y aperturar realizar un proceso jurídico de repetición, en contra de los responsables de enviar dicha información en esa vigencia.

Por lo tanto se recomienda realizar el pago de las multas impuesta por la Superintendencia de Industria y Comercio de tal manera que no se incremente diariamente el pago de los intereses moratorios.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En la Evaluación al Sistema de Control Interno para la vigencia 2013, el Hospital obtuvo un excelente desempeño, lo anterior fundamentado en su condición de empresa Acreditada, en la implementación de los diferentes subsistemas, componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno- MECI, en el seguimiento y control que se realiza desde las oficinas de Auditoría, Calidad, Control Interno, Comités, Desayunos por Área con la Gerencia y reuniones de Área con el personal de cada proceso y otras actividades programadas.

Con la Evaluación del Sistema de Control Interno y el seguimiento periódico a la implementación del MECI se ha asesorado y orientado a las diferentes áreas, procesos y servicios hacia el cumplimiento de los objetivos y metas y la contribución de estos a los fines esenciales de la ESE Hospital del Sur y del Estado, propiciando el mejoramiento continuo de la Entidad y el bienestar y satisfacción de los usuarios en los servicios prestados, todo lo anterior trazado desde el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 “Nos Unimos al Cambio” y el apoyo de la administración municipal de Itagüí al Hospital del Sur GJP.

De cada uno de los elementos y componentes descritos en el presente informe, existen evidencias físicas y magnéticas que pueden dar fe del gran trabajo emprendido por la gerente y sus funcionarios de la ESE, en pro de la mejora de sus procesos, en busca del bienestar de los usuarios internos y externos y por ende del mejoramiento de la calidad de vida de nuestros funcionarios, usuarios y sus familias que son la razón de ser de nuestra entidad.

Recomendaciones

- Cierre de ciclos de los Planes de Mejora de las Auditorias realizadas.
- Cumplimiento en la medición de indicadores en el sistema Isolución y realizar las gestiones de las acciones correctivas cuando el indicador lo solicita.
- Cumplimiento oportuno al cronograma mensual de reuniones de los comités y a sus planes de trabajo.
- Cumplimiento a las tareas y compromisos pactados en los planes Institucionales.
- Realizar todas las gestiones pertinentes para el pago de las sanciones impuestas por la Superintendencia de Industria y Comercio y de las demás costas que de ésta se deriven.
- Gestionar con el personal del área financiera y sobre todo con los abogados externos, ambos encargados de la circularización y cobro de la cartera con las demás entidades prestadora de servicios, pero se debe realizar de maneara conjunta con el Auditor de Cuentas, dado que se ha avanzado en el tema de la conciliación y los recobros pero hace falta

realizar el cierre del proceso mediante actos administrativos que den cuenta de la glosas aceptadas de tal manera que la cartera no se vea afectada con valores que no corresponde y de esta forma no tener en cuenta en cartera los valores de las devoluciones y glosas aceptadas, de esta forma tener un saldo de cartera por entidad mas real.

- Realizar una buena contratación con la empresa Savia salud, en el cual reconozcan una buena parte del conurbado y de esta manera seguir siendo un hospital financieramente con riesgo bajo, además que las empresas que se fusionaron Savia Salud, paguen os dineros adeudados con la ESE.

JORGE ALEXANDER SALAZAR SANTAMARÍA
Jefe de Control Interno
ESE Hospital del Sur - GJP