

INFORME INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 2013

MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI



Departamento Administrativo de la FUNCIÓN PÚBLICA República de Colombia

PROSPERIDAD PARA TODOS

Datos Entidad Encuesta Informe Certificado Puntaje

E.S.E. HOSPITAL DEL SUR GABRIEL JARAMILLO PIEDRAHITA, [Salir](#)

NOTA
Los siguientes resultados responden al análisis de madurez del Sistema de Control Interno, los cuales no son comparables con los resultados de la vigencia 2012 y anteriores por responder a una metodología y niveles de valoración diferentes.

FACTOR	PUNTAJE	NIVEL	Por favor consultar el instructivo para la interpretación de las calificaciones por componente, las cuales explican las acciones de mejora para cada uno. Ir Instructivo
ENTORNO DE CONTROL	3,4	INTERMEDIO	
INFORMACION Y COMUNICACION	4,89	AVANZADO	
ACTIVIDADES DE CONTROL	4,97	AVANZADO	
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS SEGUIMIENTO	4,75	AVANZADO	

INDICADOR DE MADUREZ MECI	90,05%	SATISFACTORIO
----------------------------------	---------------	----------------------

FASE	VALOR
INICIAL: Evaluar el avance del sistema de control interno de las Entidades mediante la determinación de niveles de madurez, basados en la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI, que permitan establecer acciones de mejora con el fin de fortalecer el Control Interno.	0 - 10
BÁSICO: El modelo de control interno se cumple de manera primaria. La entidad cumple las funciones que la ley le exige, pero no tiene en cuenta la voz de la ciudadanía ni de sus servidores. Los datos de seguimiento y revisión del modelo son mínimos.	11 - 35
INTERMEDIO: El modelo de control interno se cumple, pero con deficiencias en cuanto a la documentación o a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, o tiene una fidelidad deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el sistema sea eficaz.	36 - 65
SATISFACTORIO: El modelo de control interno se cumple, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de datos. Existen tendencia a mantener la mejora en los procesos. La entidad ha identificado los riesgos para la mayoría de sus procesos, pero no realiza una adecuada administración del riesgo	66 - 90
AVANZADO: Se gestiona de acuerdo con el modelo MECI1000:2005, y son ejemplo para otras entidades del sector. El nivel de satisfacción de las partes interesadas se mide continuamente y se toman decisiones a partir del seguimiento y revisiones que se le hacen a los procesos y servidores. Se mide la eficacia y la eficiencia de las actividades y se mejora continuamente para optimizarla. La administración de los riesgos es eficiente y mantiene a la entidad cubierta ante amenazas.	91 - 100

FORTALEZAS

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 se han otorgado los reconocimientos de: la 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 galardón Top Bench Excelencia en la Gestión 2012 – 2013 y 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 Hospital, cuenta con un documento (Plan de Desarrollo 2012- 2015 “Nos Unimos al Cambio” en el cual tiene actualizado y publicado en la página Web institucional El Plan de

Desarrollo el cual incluye el Plan Estratégico, la estructura organizacional, los principios, valores, el Código de Ética, misión, visión, 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, informes de interés 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 del 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, plata forma 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 eficacia, eficiencia y efectividad 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.

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 por éstas 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.

La entidad cuenta implementado los sistemas de información, en ese orden de ideas la ESE cuenta con los procedimientos de gestión tecnológica y de sistemas informáticos, hardware, software empresarial y de calidad y las copias de seguridad respectivas de la información de la entidad.

El Hospital cuenta con unos excelentes canales de comunicación tales como: Pagina web, intranet, carteleras, 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, con la encuesta de satisfacción a los asistentes, en la cual se convocó 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.

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 y el 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. 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.

Se elaboró el plan de mejora con respecto a la evaluación del Sistema de Control Interno de la DAFP 2012, las observaciones de la Contraloría Municipal, según Auditoría No. 13 del 2013, la encuesta del MECI a los funcionarios internos; la cual arrojó a diciembre 31 del 2013, un porcentaje de cumplimiento del 90%.

Se realizó la rendición de cuentas ante los entes de control, la cual se publicó en la página web institucional y en carteleras de las salas de espera del hospital, la Evaluación Anual al Sistema de control Interno, a través del aplicativo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, los informes financieros y el seguimiento periódico con los informes cuatrimestrales, lo cual ha permitido verificar la existencia del nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno y el logro de las metas y objetivos institucionales que nos hemos trazado.

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 anti trámites.

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 trabajó 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, dado que en gran medida y en un alto porcentaje se encuentra implementado, verificado, actualizado, divulgado y publicado.

DIFICULTADES

Dado que no se ha presentado dificultades en la implementación del MECI en sus Subsistemas, Componentes y Elementos, se sigue presentando inconvenientes tales como:

La parametrización y puesta en marcha del software empresarial, que se encuentra retrasada la ejecución del cronograma, pues se realizará la mejora del software del CNT a PANACEA pero la puesta en marcha del mismo que era para 1 de enero del 2014, quedó postergada. De esta manera se sigue realizando algunas tareas de tipo manual en las contables y presupuestales, dado que se han presentado dificultades en la parametrización tanto en los módulos asistenciales y administrativos, las causas son: Rotación de personal que se había capacitado para realizar la parametrización han renunciado a sus puestos de trabajo y que son claves a la hora de realizar el cambio de programa, tanto en la parte asistencial como administrativa tales como: (contadora, auditor médico, auditora de cuentas)

El cronograma del programa Anual de Auditorías de Mejoramiento de Calidad (PAMEC), se realizó de manera retrasada, es decir la evaluación a los diferentes procesos se ejecutó para el último trimestre del año, en ese orden de ideas, los resultados de las mismas se conocen en dicho periodo y la toma de decisiones y la evaluación de las mismas se toman a fin de año y el seguimiento de los planes de mejora quedó para el año siguiente.

Con los recursos físicos (Inventario) se recomienda realizar inventarios aleatorios a los diferentes insumos y suministros y cruzarlos con las existencias que hay en el sistema y contabilidad, para poder cruzar la información para que no exista la incertidumbre de sobrantes o faltantes y que dichos elementos sean unificados en cantidad y precio.

Se presentó por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio, la notificación de incumplimiento en el reporte de la información de control de precios a los medicamentos – SISMED, de los trimestres enero a marzo del 2011, mediante Resolución No. 41822 de junio 29 del 2012 y la cual fue multada mediante Aviso de Cobro por valor de \$5.791.674 pesos, por capital e intereses moratorios.

Igualmente, se encuentra en curso la Resolución 74662 del 30 de noviembre del 2012 por el no reporte del informe SISMED de los últimos tres trimestres del 2011, y en la cual no hay aviso de cobro alguno, también notificaron a la ESE, por la Superintendencia las Resoluciones No. 36613 de junio 20 del 2013 y la Resolución No. 38482 del 27 de junio del 2013.

Por lo tanto se recomienda realizar el pago de la multa impuesta por la Superintendencia de Industria y Comercio de tal manera que no se incremente diariamente el pago de los intereses moratorios, aunque dicha sanción no se haya cometido en esta administración 2012-2015 y repercutir contra los funcionarios responsables en dicha época incluido el representante legal anterior, además de estar atento al desenlace de las demás resoluciones mencionadas anteriormente.

RECOMENDACIONES DE MEJORA

- Fortalecer el seguimiento sistemático y la toma de acciones preventivas y de mejora, a partir de los acuerdos de gestión
- Reformular en coordinación con la Gerencia el cronograma de implementación del software PANACEA
- Fortalecer la sistematicidad del programa de auditorías internas de calidad y el cierre de ciclos de mejora
- Realizar saneamiento de los costos generados por la sanción del SISMED, llevando a cabo trámites jurídicos y administrativos necesarios
- Realizar inventarios aleatorios y sistemáticos a los diferentes insumos y suministros y cruzarlos con las existencias que hay en el sistema y contabilidad

Diligenciado por:	DIEGO MEJIA ESCOBAR (E)	Fecha:	20/02/2014 05:19:48 p.m.
Enviado por:	GLORIA PATRICIA VALENCIA LÓPEZ	Fecha:	20/02/2014 05:20:24 p.m.
