

INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA CONTROL INTERNO DE CONTROL INTERNO NOVIEMBRE 2014 A FEBRERO DE 2015 – LEY 1474 DEL 2011

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 ha obtenido los reconocimientos en:

- El certificado Sistema de Gestión de Calidad NTC ISO 9001:2000, en el año 2000
- La Certificación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, incluye el Sistema Único de Acreditación y de Habilitación, desde el año 2003.
- El Certificado de Acreditación en Salud, desde el año 2005 - 2015, otorgado por el ICONTEC.
- La Certificación como Institución Amiga de la Mujer y la Infancia – IAMI, año 2005
- Los Premios de Calidad en Salud Colombia Categoría Bronce en el año 2006 y 2009.
- El certificado de Responsabilidad Social, desde el año 2009, otorgado por FENALCO – Antioquia.
- Reconocimiento de Microsoft – Por el Uso de las Tecnologías en salud, en el año 2010.
- El galardón Top Bench Primer Lugar en Excelencia en la Gestión, 2011 – 2013.

- El premio de Gestión Transparente Antioquia SANA - 2013, Galardón PLATA, otorgado por la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, el Área Metropolitana y AESA.
- El premio de Gestión Transparente Antioquia SANA - 2014, Galardón ORO, otorgado por la Secretaría de Salud y Protección Social de Antioquia, el Área Metropolitana y AESA.

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

El Hospital, cuenta con un documento Socializado y Evaluado (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 institucional, el plan de compras, el plan de mantenimiento, el plan Anticorrupción y de Atención a las Personas 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, el Directorio de los funcionarios, los procesos judiciales, las manifestaciones que pueden realizar los usuarios vía web, 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, actualizados con la nueva normatividad y estructura de acuerdo al Decreto 943 de mayo 21 del 2014, 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 y seguimiento de riesgos (Pilar de Acreditación), el programa anual de auditoría consolidado en el año 2014, 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.

2. MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

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 par éstas vía WEB, evaluación de proveedores, indicadores, formatos, todos

están debidamente 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 llamado Workmanager, que sirve para una adecuada recepción, registro, distribución y seguimiento 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 tiene implementado un sistema de información, en ese orden de ideas la ESE cuenta con los procedimientos de gestión tecnológica (Pilar de Acreditación) y de sistemas informáticos, hardware, software empresarial y de calidad y las copias de seguridad respectivas de la información de la entidad.

La Autoevaluación del control y de gestión de Habilitación y de Acreditación se evalúa anualmente y se dan recomendaciones pertinentes, los cuales sirven para realizar acciones correctivas o incluso en el levantamiento de Planes de mejoramiento. El hospital cuenta con lista de chequeo para el control de cada proceso, informes gerenciales trimestrales 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 el mejoramiento continuo de la ESE, de lo anterior se realizaron los informes finales de las mismas y los planes de mejoramiento respectivo, los cuales se encuentran publicados en el Software de Calidad Isolucion. El seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoras internas y externas a diciembre de 2014 fue del 88%.

Se elaboró y se cerró el plan de mejora con respecto a la evaluación del Sistema de Control Interno de la DAFP 2013, 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 2014, un porcentaje de cumplimiento del 91%.

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 Pormenorizados de Control Interno, da cuerdo a la Ley 1474 del 2011, los cuales han 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.

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 año 2013 Galardón Plata y en el año 2014 Galardón ORO y el Galardón a la Excelencia a la gestión en los años 2011, 2012 y 2013. 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.

Asimismo y con la expedición del Decreto 943 del 2014, de la DAFP, por medio de la cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno, fue mucho menos traumático la Implementación del MECI en la entidad, pues se pudo completar todas las fases y la evaluación inicial del diagnostico la cual arrojó un puntaje del sistema del 4.85%. Una vez realizado el Plan de trabajo y la ejecución y seguimiento, se realizó nuevamente la evaluación al diagnostico a la implementación la cual arrojó un puntaje del sistema del 4.85%, esto se debe a una actualización al componente de la administración del Riesgo, en la cual se realizó el respectivo Plan de trabajo y se realiza el cierre del Plan de Trabajo, en la que recomiendan realizar la actualización del Software de identificación y de reporte de riesgos que posee la ESE. Además que por habilitación en salud exigen para el año 2015, los riegos por servicio habilitado, el cual se aprovecho para realizar la ejecución del plan de trabajo de dicha forma.

Por lo anterior, se realizó la implementación de la actualización del MECI desde la fase 1: Del conocimiento hasta la fase 5: Del cierre del Plan de Trabajo, lo anterior consta en las actas del Grupo operativo MECI que se realizaron.

3. EJE TRANSVERSAL

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, rendición de cuenta incluyendo la encuesta de satisfacción a los asistentes, en la cual se convoco a: proveedores, liga de usuarios, líderes comunales, damas voluntarias, madres fami, entes de control, comunidad de la tercera edad, veedurías, 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.

Se publicó en la página Web del Hospital el Estatuto Anticorrupción y de Atención al ciudadano, cumpliendo con la normativa de la LEY de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública, además 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, Antitrámites y de Transparencia.

DIFICULTADES

Dado que no se presentó dificultades en las fases para la implementación de la nueva actualización MECI de acuerdo al Decreto 943 de 2014 en sus Módulos, Componentes, Elementos y el Eje Transversal; se sigue presentando inconvenientes tales como:

La parametrización y puesta en marcha del software empresarial (Administrativo y Asistencial), que se encuentra retrasada la puesta en producción y por ende la ejecución del cronograma, pues se realizará la mejora del software de pasar de CNT a PANACEA pero la puesta en marcha y el desarrollo de los diferentes módulos no se encuentran en producción por parte del Proveedor. La actualización del sistema debió estar en producción desde enero 1 del 2014, por lo menos el modulo asistencial y a la fecha no han entregado colocado en funcionamiento dicho módulo.

RECOMENDACIONES DE MEJORA

- Fortalecer el seguimiento sistemático y la toma de acciones preventivas y de mejora, a partir de los acuerdos de gestión.
- Realizar inventarios aleatorios y sistemáticos a los diferentes insumos y suministros y cruzarlos con las existencias que hay en el sistema y contabilidad.
- Cierre de ciclos de los Planes de Mejora de las Auditorías realizadas.
- Cumplimiento en la medición de indicadores en el sistema Isolucion 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 de Mejora Individual.