INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011			
Jefe de Control Interno:	Martin Alvarez Montoya	Período: Marzo - junio de 2018	
		Fecha elaboración: 12/07/2018	

El siguiente informe presenta el estado del Sistema de control interno de la Empresa Social del Estado Hospital San Lorenzo del Municipio de Liborina, mostrando las dificultades y avances asociadas a cada una de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, incluido en este el Modelo estándar de control interno MECI.

ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL PARA MIPG

La ESE Hospital San Lorenzo adelantó la fase de alistamiento institucional con asignación de responsabilidades para la implementación del Modelo integrado de planeación y gestión. Para esto creó el Comité coordinador de gestión, desempeño, control interno y calidad y designó el representante de la Dirección para liderar la implementación y realizó capacitación a todos los líderes de procesos.

DIMENSIÓN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Dificultades

Aún no se hace el ajuste del Código de ética de la entidad a partir del código de integridad establecido para el servicio público, faltando también las acciones de difusión e interiorización del mismo. No se tienen publicados los principios y valores institucionales.

Falta mayor operatividad del comité de ética hospitalaria para que sirva como garante de la gestión ética.

La ESE viene desarrollado diferentes elementos de la gestión del Talento humano, pero aún no se ha consolidado la gestión de este proceso mediante el Plan estratégico que establece MIPG.

Falta estructura y oportunidad en el seguimiento a los diferentes elementos del proceso de Gestión del talento humano.

Avances

A continuación, se presentan avances o logros en algunos de los elementos de la dimensión, sin expresar un cumplimiento total de los requisitos de MIPG:

La entidad cuenta con un Código de Ética y Código de Buen Gobierno el cual ha sido socializado al personal.

Se tienen principios y valores definidos, actualizados en la formulación del plan de desarrollo.

La ESE Hospital San Lorenzo de Liborina presenta los siguientes avances en desarrollo de la Gestión del Talento Humano:

- Planta de cargos aprobada por la Junta Directiva de acuerdo con las necesidades de los servicios.
- Manual de funciones actualizado, adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.
- Reinducción al personal en diversos temas de interés general, por grupos. Última jornada para colaboradores en general en el segundo semestre de 2017.
- En ejecución un Plan de formación y capacitación de acuerdo con necesidades de los colaboradores y el sistema de gestión.
- En ejecución un Programa de bienestar social e incentivos de acuerdo con el reglamento, el presupuesto disponible y preferencias de los colaboradores representados por el comité paritario de bienestar social.
- La entidad adoptó la política de seguridad y salud en el trabajo y se vienen desarrollando acciones para su implementación. También tiene conformado el comité de convivencia laboral. En ejecución el respectivo plan de operativo anual.
- Mecanismos del desempeño de personal inscrito en carrera administrativa, Gerente y subdirector.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Dificultades

Falta fortalecer la difusión de la plataforma estratégica.

La entidad cuenta Oportunidad de mejora en la actualización de los riesgos a nivel de procesos e institucional y así mismo falta frecuencia en el seguimiento por parte de los líderes de los procesos a los planes de manejo acorde con el nivel de riesgo residual y el seguimiento a los controles para manejo del riesgo en los procesos.

Avances

A continuación, se presentan algunos avances en el desarrollo de políticas o elementos de la

dimensión de MIPG:

Política de Planeación:

La entidad cuenta con diferentes mecanismos para identificar las necesidades de los usuarios, como insumos para la planeación estratégica y operativa: a través de la oficina de atención al usuario (buzones, encuestas, personalmente), reunión con líderes de la comunidad, asociación de usuarios, Junta Directiva, interacción con la comunidad en espacios de participación como el Concejo Municipal, reuniones con grupos organizados.

Se cuenta con una plataforma estratégica (principios y valores institucionales, misión, visión y objetivos), aprobada por Acuerdo de la Junta directiva, como base del plan de desarrollo vigente y socializada a los colaboradores y comunidad.

La entidad cuenta con un Plan de desarrollo aprobado por la junta Directiva para el periodo 2017-2020, con actualización en el año 2018 para su articulación con el Plan de gestión que tiene la gerencia para el periodo 2017-2019, suscrito ante la Junta Directiva.

En ejecución del Plan de desarrollo se contó con un plan de acción para el año 2017 y así mismo se tiene el Plan de acción vigente para el año 2018, con actividades, cronograma, responsables y presupuesto, para la ejecución de los proyectos establecidos a fin de lograr las metas trazadas en el Plan de Desarrollo.

Indicadores de gestión:

La ESE cuenta con indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad para medir el Plan de Desarrollo, el Plan de gestión y el desempeño de los procesos. El diseño de estos incluye la elaboración de las respectivas fichas técnicas, registro de datos y campo de análisis. Estos indicadores son la base de la evaluación de la gestión a nivel estratégico y operativo.

Presupuesto:

La ESE cuenta con planeación financiera a través de su presupuesto aprobado por el Consejo Municipal de Política fiscal – COMFIS y la Junta directiva de la ESE (en lo de su competencia).

La entidad cumple la normatividad que le aplica en el proceso de formulación, aprobación y ejecución del presupuesto.

Plan anticorrupción y de atención al ciudadano:

Se formuló el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2018 de acuerdo con los componentes establecidos en el Decreto 124 de 2016, fue aprobado

mediante acto administrativo de la gerencia (Resolución 012 de 2018), publicado en el sitio web de la ESE y socializado a todos los líderes de procesos o servicios. Durante el periodo evaluado se realizó el primer seguimiento al Plan, publicando los resultados como lo establece la norma.

Igualmente se contó con este plan durante el año 2017, fue evaluado en los periodos establecidos por norma.

Plan de adquisiciones:

La entidad formuló el Plan anual de adquisiciones de bienes y servicios para el año 2018. El Plan fue publicado en el SECOP.

Administración de riesgos:

Se cuenta con una declaración – política de administración de riesgos.

Para los riesgos por procesos se ha aplicado una metodología de administración de riesgos mediante el análisis de contexto, la identificación, análisis y definición de acciones de manejo.

Se cuenta con un mapa de riesgos de corrupción construido con base en la metodología establecida en el Decreto 124 de 2016, incluye el análisis de contexto, identificación, análisis, valoración y definición de acciones de manejo.

En la gestión del riesgo en la ESE se prioriza los relacionados con incidentes y eventos adversos, se reportan, se analizan y se hacen planes de mejoramiento según resultados.

GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Dificultades

Aún no se cuenta con un plan de acción para ajustar la entidad al cumplimiento de esta Dimensión de MIPG en sus diferentes elementos.

Se cuenta con un modelo de operación por procesos, aunque falta actualización de algunos documentos. Asociado a ello estaría faltando también la actualización de las políticas de operación.

Se ha avanzado, pero aún se debe fortalecer el cumplimiento y la oportunidad en la publicación de toda la información obligatoria según la ley de transparencia y acceso a la información (Ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios).

Avances

A continuación, se presentan algunos avances o logros en algunos de los elementos de la dimensión:

Fortalecimiento organizacional y operación por procesos:

Se tiene un modelo de operación por procesos o Mapa de procesos de la ESE en función de las necesidades y la coherencia con la estructura organizacional. En él se definen los estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

Se cuenta con caracterizaciones de los procesos según el mapa vigente, definiendo entre otros aspectos: el responsable, objetivos, alcance, normatividad, insumos, actividades, productos, clientes, indicadores, riesgos, controles.

Se tienen procedimientos documentados para los procesos, algunos de ellos se han actualizado, a partir de necesidades identificadas en desarrollo del sistema de garantía de la calidad, resultados de la gestión, expresiones de los usuarios y cliente interno.

Estructura organizacional:

Se cuenta con una estructura organizacional aprobada por la Junta Directiva. Esta define los niveles de responsabilidad y autoridad, es coherente con el mapa de procesos y responde a las necesidades de la entidad en cuanto a su nivel de complejidad y demanda de servicios.

Planta de cargos:

En coherencia con la estructura organizacional y los procesos, se ha definida una planta de cargos aprobada por la Junta Directiva. El tamaño de dicha planta le permite a entidad operar con relativa flexibilidad, complementando su funcionamiento con la contratación.

Manual de funciones:

Se cuenta con un Manual de funciones y competencias laborales diseñado, actualizado, aprobado y socializado para cada uno de los cargos que integran la planta de cargos de la entidad.

Políticas de operación:

El sistema de gestión cuenta con políticas de operación generales, y otras definidas dentro de los procedimientos documentados. Además, se hallan diversas políticas definidas en el Código de Buen Gobierno y Código de Ética.

Gestión de recursos físicos:

La ESE cuenta con unas instalaciones físicas y equipos suficientes para la prestación de los servicios de salud de primer nivel que ha declarado – habilitado. Cada año formula y ejecuta un Plan de mantenimiento acorde con los recursos que por norma debe asignar del presupuesto general. Con este plan pretende mantener en las mejores condiciones posibles el estado de los recursos físicos para el desarrollo de su misión.

Durante el periodo evaluado la entidad ejecutó un proyecto orientado a adecuar la infraestructura del hospital para mejor prestación de servicios de salud.

Gestión presupuestal:

La dirección de la entidad en cabeza del gerente y la subdirección administrativa realizado permanente seguimiento a la ejecución presupuestal buscando garantizar la disponibilidad de recursos para el normal desarrollo de los procesos.

Durante el periodo evaluado ha logrado mantener la disponibilidad de recursos financieros para cumplir sus obligaciones y desarrollar los procesos, a pesar de múltiples dificultades para recuperar la cartera.

Defensa jurídica:

Más allá de la necesidad de implementar las directrices que se imparten por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, se debe afirmar que la gerencia de la entidad y su asesor jurídico han asumido la defensa de los intereses del estado ante las diferentes demandas que se ha recibió. No se tiene ninguna demanda perdida en los últimos años.

Participación ciudadana:

Entre los principales avances en esta dimensión está la operatividad de la oficina de servicio al ciudadano de la ESE, con un funcionario asignado para el desarrollo normal de las acciones, se encuentra ubicada en un lugar de fácil acceso e identificación por parte de los usuarios. Desde la oficina de atención al usuario se viene realizando la recepción y trámite a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios.

Además, se vienen liderando otras acciones como la medición de la satisfacción a los usuarios en los diferentes servicios, apoyo a los trámites, información, difusión de derechos y deberes, apoyo al ejercicio de espacios de participación comunitaria, principalmente, la asociación de usuarios.

La ESE dispone de los mecanismos de participación ciudadana en salud establecidos en la normatividad vigente y tiene en ejecución en la vigencia un plan de acción para fortalecer el

ejercicio de estos espacios por parte de los ciudadanos.

Durante la vigencia se está ejecutando satisfactoriamente un Plan de comunicaciones y rendición de cuentas a la comunidad, conforme al Manual único de rendición de cuentas, en lo que le aplica.

Trabajo por proyectos:

La entidad ha gestionado proyectos bajo la metodología general ajustada MGA con el fin de acceder a recursos de cofinanciación de entidades como la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y Ministerio de Salud y Protección social y Embajada de Japón. Además, se gestionan proyectos desde el Plan de acción para organizar los recursos hacia el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales. Entre estos proyectos está:

- Segunda fase de mejoramiento de la infraestructura
- Dotación de tecnología biomédica
- Adquisición de ambulancia.

Gestión ambiental:

El desarrollo de la política de gestión ambiental en la ESE, como prestador de servicios de salud se basa en el Programa de gestión integral de residuos generados en la atención en salud. Dicho programa se ejecuta de acuerdo con lo programado, incluyendo capacitaciones, seguimientos a la aplicación, realizando los reportes correspondientes.

Además, se desarrolla un plan básico de gestión ambiental con el cual se fomenta la cultura de la sustentabilidad y se ejecutan acciones de intervención en entorno físico de la entidad.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Dificultades

Aún no se cuenta con un plan de acción para ajustar la entidad al cumplimiento de esta Dimensión de MIPG en sus diferentes elementos.

Aunque se tienen los instrumentos y se han medido diferentes indicadores, falta fortalecer la disciplina de medición de la gestión a través de los indicadores.

Avances

El seguimiento a la gestión se lleva a cabo principalmente a través de la medición de algunos indicadores, principalmente de los procesos misionales, con apoyo del líder de sistemas de

información.

Otros mecanismos de seguimiento aplicados son las listas de chequeo para estándares de calidad en salud para constatar requisitos del sistema habilitación y de acreditación en salud que aplica a la ESE como prestador de servicios de salud.

Se realiza seguimiento a la satisfacción de los usuarios de los servicios a través de la oficina de servicio al ciudadano de forma mensual, se consolidan, se analizan y se documentan algunos planes de mejora según resultados.

Se cuenta con un tablero de indicadores estratégicos con los cuales se realizaría monitoreo y evaluación al Plan de Desarrollo y plan de Gestión del gerente, en procura del cumplimiento de los objetivos estratégicos de La ESE Hospital San Lorenzo.

La ESE tiene institucionalizado una metodología e instrumento para documentar los planes de mejoramiento.

De diversas fuentes se surten los planes de mejoramiento, entre otras: auditorías externas (de EPS, Contraloría General de Antioquia, otras), de análisis de eventos adversos, de la ejecución del Programa de auditorías internas, entre otras, de los cuales se ha realizando seguimiento.

Los planes de mejoramiento han permitido avanzar positivamente en la implementación del sistema de garantía de la calidad y del modelo estándar de control interno.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

Aún no se cuenta con un plan de acción para ajustar la entidad al cumplimiento de esta Dimensión de MIPG en sus diferentes elementos.

Los recursos y la capacitación en la gestión documental y gestión de archivos no son suficientes, lo que consecuentemente ha llevado a no contar con un Plan institucional de archivos, ni un programa de Gestión documental debidamente actualizado.

No se ha cumplido con la operatividad del Comité interno de archivo para apoyar eficazmente la Gestión Documental y de archivos.

No están actualizadas y aprobadas las tablas de retención documental acorde con la nueva estructura orgánica y falta capacitación para su implementación.

En la ESE falta la implementación de actividades para verificar la efectividad y funcionalidad de los canales de comunicación.

Hay oportunidad de mejora en la organización de la estructura documental de la ESE para facilitar el acceso para los colaboradores.

Avances

La ESE cuenta con un sistema de información que permite la captura de datos, procesamiento y generación de reportes e informes oportunos y confiables. Está sustentado en una plataforma tecnológica funcional.

Se tienen implementados en la institución diversos medios de comunicación (página web, carteleras, volantes, afiches, radio, televisión local, etc.) los cuales se actualizan periódicamente. Se ejecuta satisfactoriamente el Plan de comunicaciones y un Plan de rendición de cuentas para el año 2018.

Se realiza la publicación de información de interés para la comunidad a través de la página web, en su estructura básica y en el esquema de publicación de la Ley de transparencia, entre otra: Estructura orgánica, Plan de Desarrollo Institucional, plan de acción, Plan anticorrupción y de atención al ciudadano y su seguimiento, información financiera, y se realizaron jornadas de rendición de cuentas a grupos de interés, dando cumplimiento parcial a lineamientos definidos de Política de Democracia Participativa y rendición de cuentas.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Dificultades

Esta dimensión no ha sido trabajada en la entidad bajo la perspectiva que exige MIPG, más allá que se tenga la documentación de algunas experiencias y se socialice la información a los colaboradores. Se requiere aplicar el diagnóstico e identificar los aspectos puntales a implementar en adelante.

CONTROL INTERNO

Dificultades

Aun no se implementa en la ESE un plan de acción para adecuar la aplicación del Modelo Estándar de control interno MECI bajo la perspectiva de MIPG.

Avances

Los avances o logros que se presentan a continuación están expresados en función de los roles que asume el asesor de control interno contratado para tal fin y las acciones del comité coordinador de gestión, control interno y calidad:

Se vienen realizando los informes pormenorizados MECI de acuerdo con los tiempos establecidos por la normatividad (Ley 1474 de 2011), éstos son publicados en la página web de la Institución y puestos en conocimiento de la gerencia de la ESE y del representante de la Dirección para calidad y control interno.

Se han adelantado acciones de implementación del sistema de control interno y del sistema de garantía de la calidad (específico para el sector salud) a través del comité operativo de calidad y control interno, de cuyas sesiones se tienen las actas de soporte.

Auditoría interna:

Se cuenta con procedimiento específico para la aplicación de la auditoría interna en la ESE.

Para la vigencia 2018 se cuenta con un Programa de auditoría interna aprobado por el comité de coordinación de gestión, control interno y calidad; orientado realizar las evaluaciones obligatorias por normatividad que aplica a la ESE y a verificar procesos priorizados en aspectos relacionados con lo estratégico, de legalidad, de gestión y resultados.

Dicho programa se implementa con participación de los líderes de procesos y asesor en asuntos de control interno contratado para el propósito.

Durante la vigencia se llevaron a cabo acciones de auditoria o evaluaciones independientes a los siguientes procesos o asuntos:

- Evaluación anual, elaboración y envío del informe sobre el sistema de control interno contable de la vigencia 2017.
- Evaluación final al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2017.
- Un seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2018.
- Evaluación final del Plan de acción 2017.
- Evaluación final del Plan de gestión 2017.
- Evaluación y elaboración del informe pormenorizado cuatrimestral sobre el estado del sistema de control interno según la Ley 1474 de 2011 (noviembre 2017 – febrero 2018).
- Auditorias de adherencia a la calidad de historia clínica.
- Auditoría a la oficina de atención al usuario.
- Auditoria al proceso de contratación.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL MIPG

La ESE Hospital San Lorenzo, mediante la implementación del Modelo estándar de control interno como se estructuraba antes del Decreto 1499 de 2017 y el Sistema obligatorio de garantía de la calidad, ha avanzado en el desarrollo de dimensiones del Modelo integrado de Planeación y Gestión en algunos de sus elementos. Sin embargo, se debe estructurar el trabajo orientado a cerrar la brecha entre lo que existe y lo que exige el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, a fin de mejorar el cumplimiento de los fines esenciales de la organización y cumplir la normatividad.

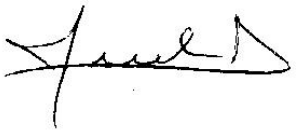
RECOMENDACIONES

Dar continuidad a la operación del Comité coordinador de Gestión, desempeño, control interno y calidad de la ESE para orientar el trabajo de implementación de MIPG.

Se debe consolidar el autodiagnóstico por cada una de las Dimensiones o políticas del Modelo integrado de planeación gestión y elaborar el Plan de trabajo que le permita cerrar la brecha entre lo existente y lo que exige el Modelo.

Se recomienda establecer espacios de capacitación en MIPG para el personal, principalmente de líderes de procesos, aprovechando, por ejemplo, las videoconferencias dictadas por Función pública y otras opciones que se ofrezcan en el medio.

Atentamente,



MARTÍN ALVAREZ MONTOYA
Asesor Control Interno
A.C. AUDITORÍA Y CONSULTORÍA S.A.S.