

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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:

JUAN CARLOS MANRIQUE HERRERA

Período evaluado: MARZO A JUNIO DE 2016

Fecha de elaboración: JULIO 2016

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION.**Dificultades****1.1 Componente de Talento Humano**

1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos: El documento con los principios y valores de la entidad, código de ética existe documentado, falta promover y activar el Comité de Gestión Ética, para continuar acciones que contribuyan a sensibilizar las personas en el trato humanizado en la prestación del servicio. El comité de ética le falta ser dinamizador del proceso de gestión ética, Falta realizar estrategias efectivas de construcción colectiva del documento y socialización amplia y permanente de los principios y valores de la entidad.

1.1.2 Desarrollo de Talento Humano: El manual de funciones y competencias laborales del personal de planta fija y planta temporal debe ser revisado y actualizado de acuerdo con las nuevas necesidades y estado actual de los cargos del Hospital.

No se ha evidenciado un plan anual de capacitación (PAC) y un Plan Anual de incentivos adoptado mediante acto administrativo, que permita hacersele seguimiento y evaluar su cumplimiento.

La Cultura Organizacional y el Clima Laboral actual de la institución no se están midiendo adecuadamente para ver si afectan la productividad y el desarrollo del Talento Humano.

El programa de Inducción y reinducción deben revisarse completamente, documentarlo adecuadamente y llevarlo a cabo permanentemente.

Hacer una revisión y de ser pertinente una actualización de la estructura organizacional, manual de funciones y todo lo referente a ello, en la búsqueda de un mejor modelo de Hospital.

1.2 Direccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes, programas y proyectos: Frente a la Planeación y Elaboración de Planes y Programas y Proyectos es importante que el Hospital tenga en cuenta a través de sus responsables las normas Constitucionales y Legales que le son aplicables; el hospital debe asegurar que los empleados públicos a todo nivel de la institución conozcan adecuadamente hacia donde se dirige la entidad actualmente, mediante un mecanismo donde se conozca por parte de los funcionarios las Metas y Objetivos Generales y Específicos entre otros.

Se debe tener en la información de carácter financiero en cuanto a su disponibilidad, oportunidad y pertinencia para la toma de decisiones Gerenciales.

Las evaluaciones de los planes como PAC, Plan de Acción, POA, entre otros se debe realizar con el equipo de trabajo de cada proceso y ajustar de conformidad con los requerimiento institucionales.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos: No se encuentra estandarizado en su totalidad el Modelo de Operaciones para garantizar que su operación se realice de manera continua, la misión y la visión deben estar orientadas hacia los procesos de la institución, se presenta dificultad en la articulación entre los procesos existentes y la interdependencia y relación causa-efecto.

Los procesos y procedimientos no son aplicados correctamente conforme al documento por falta de capacitación,



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

inducción y re inducción al recurso humano y actualización de los mismos.

Dentro de los planes no se evidencia en la institución el Plan Anual de Caja mensualizado que permita conocer las metas planificadas por año para cumplir con los ingresos y egresos del hospital de manera que se tomen decisiones de disminución del déficit con base de recaudos.

Se debe realizar mayor divulgación a los usuarios de los mecanismos existentes de información quejas y reclamos.

1.2.3 La Actual Estructura Organizacional no se considera como un aspecto de control porque no está articulado con los cargos, las funciones, las relaciones, los niveles de responsabilidad y autoridad para dirigir y ejecutar procesos y actividades de conformidad con la Misión y la Visión Institucional.

1.3 El componente de Administración del Riesgo:

Permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar los eventos negativos internos y externos de la institución, por lo que se requiere que cada proceso a través de los líderes respectivos elabore participativamente y actualice su mapa de riesgos y se consolide un solo mapa de riesgos institucional. Hasta la fecha no se ha dado cumplimiento con esta observación.

Se debe realizar seguimiento periódico de los riesgos con el fin de evitar las consecuencias o materialización de los riesgos, la no presentación del mapa de riesgos ocasiona la falta de evaluación oportuna por parte de la oficina de control interno.

No existe la Política de Administración del Riesgo, debidamente documentada y centrada en la identificación y prevención del riesgo institucional, que debe ser ejecutada y revisada en su totalidad.

No se tienen los mapas de riesgos de acuerdo con la situación actual y nuevos riesgos. Se debe actualizar el análisis de riesgo, evaluación de controles existentes, valoración del riesgo en el mapa de riesgos por procesos y realizar el mapa de riesgos institucional, mediante cronograma de reuniones que se realicen con el liderazgo de Desarrollo estratégico.

El Mapa de Riesgos Institucional debe incluir todos los riesgos que afecten al Hospital en su conjunto y los riesgos identificados en los procesos misionales y se incluirán los riesgos de anticorrupción de los que trata la Ley 1474 de 2011.

Se identifica el riesgo de la no actualización de bienes muebles mediante inventario físico y de equipos de computo, y en el sistema de información de devolutivos. No se ha observado el avance además el sistema de información refleja datos para los estados financieros que no son confiables.

Avances

1.1 Componente de Talento Humano

1.1.1 Acuerdo, compromisos

1.1.2 Desarrollo de Talento Humano: Existe Manual de Funciones de acuerdo con los códigos y las denominaciones de la Ley. Pero debe llevarse a cabo la actualización del Manual de Funciones de Planta Fija del Hospital, y llevar a cabo el manual de funciones de trabajadores en misión

Se evidencia la ejecución de los programas de inducción establecido en el cual se especifica el funcionamiento del Hospital.

En la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero se tuvo en cuenta la matriz de medidas la reorganizar de los procesos asistenciales y administrativos de la institución, para ofrecer los servicios de mediana y alta complejidad según el modelo de atención y fortalecer el sistema de obligatorio de garantía de calidad, mejorando la eficiencia de los procesos asistenciales. Este programa será de obligatorio cumplimiento de acuerdo con los plazos establecidos.



1.2 Direccionamiento Estratégico.

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos: actualmente mediante la formulación del programa de saneamiento fiscal y financiero (PSFF) y el convenio de desempeño se busca asegurar recursos económicos para el cumplimiento de planes, proyectos, y programas establecidos y aplicación en la matriz de medidas.

Propuesta de mejoramiento o actualización de procesos y padecimientos: existen los nuevos instructivos para la actualización y documentación de procesos y procedimientos, se espera el resultado del estudio de diagnóstico para realizar los ajustes en el mapa de procesos e iniciar el proceso de actualización.

Propuesta de actualización o mejoramiento de la estructura organizacional: se recomienda que se realice una propuesta de actualización de la estructura, la cual debe servir para ajustar su aprobación conforme a las observaciones.

Construcción de indicadores y avance de los mismos: se debe hacer ajuste de los procesos y procedimientos para depurar el listado de indicadores y establecer la medición de los mismos de forma oportuna y rutinaria.

1.2.2 El Hospital cuenta con un Mapa de Procesos documentado pero se requiere de su actualización y posterior aprobación, así mismo que estos sean socializados en todo el hospital, los procedimientos asistenciales deben tener prioridad y mayor rigurosidad.

El hospital cuenta con la infraestructura necesaria para el funcionamiento de la Oficina de Atención al Usuario, se realiza la apertura de buzones de manera continua, y con el acompañamiento de la asociación de usuarios.

1.2.3 Estructura Organizacional: teniendo en cuenta lo expresado acerca de la estructura organizacional en las dificultades, se pudo establecer que en la formulación del PSSF quedo incluido como medida a realizar. Redefinir la estructura organizacional de acuerdo a las necesidades de la institución, adecuar la planta de personal a las necesidades de la institución, cuyo cumplimiento será de carácter obligatorio en los plazos establecidos una vez aprobado el PSSF.

1.2.4 Dentro de los planes y programas formulados (PSSF, Plan de Acción de Súper Salud entre otros) se incluyen indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan tomar decisiones para evitar más desviaciones que perjudican a la institución.

1.3 Componentes de Administración del Riesgo:

La institución debe tener por cada proceso el Mapa de riesgos para que sean evaluados periódicamente.

1.3.1 Los riesgos deben estar identificados por procesos (Mapa de Riesgos) El análisis de la probabilidad de ocurrencia del riesgo se debe definir, el impacto, la evaluación del riesgo de los procesos del hospital con autoevaluaciones permanentes reportadas cuatrimestralmente a la Oficina de Control Interno.

1.3.2 Componente Administración del Riesgo.

Resultados Análisis de Riesgo:

Riesgos de Cumplimiento

Riesgos Operativo

Riesgos de Corrupción

Riesgos Financieros Riesgo Tecnología

Riesgos Estratégicos

1.3.3 En las Unidades Asistenciales se observa el continuo análisis y evaluación de los riesgos que pueden afectar la prestación del servicio de salud.



MODULO DE CONTROL DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Dificultades

Este módulo permite valorar en forma permanente la efectividad de Control Interno de la entidad pública la eficiencia y eficacia de los procesos, el nivel de la ejecución de los planes, proyectos y programas y los resultados de la gestión.

2.1 Componente de autoevaluación institucional

Se observa como debilidad marcada la forma como se realizan las autoevaluaciones por parte de los coordinadores de cada centro de costos. No todos los líderes de los procesos realizan la autoevaluación institucional con el grupo de trabajo.

Se observa una debilidad fuerte y es la forma de obtener la información para direccionar el trabajo debido a que se debe realizarse de forma manual. Por ello se recomienda sistematizar la información del hospital para la recolección y el manejo de la información con el fin de poder tener unos datos más acordes con la calidad observada.

2.1.1 Autoevaluación de control y gestión. Se presenta algunas fallas en los sistemas de información automatizados que dificultan la autoevaluación o el auto control.

Se debe fortalecer los mecanismos de verificación y evaluación que permita al proceso medirse así mismo.

Se hace necesario realizar actividades de sensibilización por parte de los líderes de los procesos a los servidores de cada grupo, sobre la cultura de autoevaluación.

Es importante para la institución que el auto control no se de cómo cumplimiento de papel o informes obligatorios de presentar por cada proceso sino como una cultura prioritaria en la institución.

Los responsables de los procesos no dan a conocer las mediciones realizadas para que aporten al mejoramiento del mismo.

Se evaluó el plan de mejoramiento de la Superintendencia de Salud, reflejando un alto porcentaje de avance en el cumplimiento de los hallazgos.

2.2 Componente evaluación independiente:

Se presenta dificultad en el desarrollo de las auditorias por la ausencia total de recurso humano profesional asignado y por ende del tiempo.

2.2.1 Se evaluó el Plan de Desarrollo por parte de la Oficina de Control Interno y se observa que por falta de recursos económicos y/o la difícil situación financiera no se ha cumplido con algunas metas en lo transcurrido de la vigencia.

Avances

2.2 Existe un nuevo instrumento de evaluación institucional el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, que incluye medidas y evaluación permanente de las mismas.

Los controles están definidos en los documentos pertinentes en cada uno de los procesos, los planes, mapa de riesgos, y procesos tienen definidos sus respectivos controles.

La Superintendencia de salud realizó una auditoria especial al Hospital, producto de esta auditoria se suscribió el plan de mejoramiento que se encuentra en ejecución.



EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACION

Dificultades

- No está definida por acto administrativo la política de comunicaciones de la entidad y el plan anual de comunicaciones.
- Falta la mejora continua en el desarrollo del sistema de información automatizado, en cuanto al manejo y capacitación por parte de los funcionarios. El sistema de información SIOS, presenta dificultades significativas en su funcionamiento.
- La información de la Historia Clínica, se procesa en forma manual en algunas de las unidades funcionales misionales. No se ha implementado la historia clínica sistematizada en todos los procesos.
- El sistema de información y comunicación presenta varios inconvenientes para su desarrollo se deben diseñar políticas y mecanismo de control, consecución, captura, procesamiento y generación de datos al interior de la institución.
- El Hospital debe establecer directrices claras para el manejo documental de tal manera que no haya manipulación sobre la recepción, despacho.
- La ley 594 de 2000 establece el proceso de gestión documental en el Hospital no se ha realizado actualización y no se están aplicando las normas de archivo de acuerdo con lo previsto en la normatividad vigente, además no se están publicando las tablas de retención documental.
- A pesar de que está publicado en el plan de compras de la vigencia 2016, no ha sido así con sus ajustes mensuales.
- La entidad debe publicar en un lugar plenamente visible de la página inicial, un enlace a la sección de trámites y servicios, donde se proporcione un listado con el nombre de cada trámite o servicio, enlazado a la información sobre este en el portal de estado colombiano (PEC), en el cual cada entidad debe subir, a través del SUIT, los formatos que exige para cada trámite o servicio. En los casos en que el trámite o servicio pueda realizarse en línea, deberá existir junto a su nombre un enlace al punto exacto para gestionarlo en línea. Este enlace debe estar disponible de igual forma en la PEC.
- La información de los trámites y servicios que se publica en el sistema único de información de trámites SUIT, debe ser actualizada, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el departamento administrativo de la función pública. se debe dar cumplimiento en su totalidad a la ley 1712 de marzo de 2014.

Avances

- En la formulación del PSSF presentado al Ministerio de Hacienda se registra como medida o compromiso institucional: implementar un sistema de información que permita sintetizar, automatizar e integrar los procesos asistenciales y administrativos.
- El hospital cuenta con medios de comunicaciones permanentes como el intranet, internet, Spark, carteleras, buzón de sugerencias perifoneo, entre otros, pero debe incentivarse su uso masivamente
- La comunicación organizacional del hospital es aceptable con tendencia a mejorar, dando a conocer a las personas de los diferentes procesos a través de sus líderes toda la información para el desarrollo de la gestión, las políticas de comunicación institucional interna están definidas y socializadas.



Estado general del Sistema de Control Interno

El sistema integrado de gestión del Hospital Universitario del Caribe, no ha logrado la sostenibilidad y mantenimiento, es difícil conseguir que los funcionarios a todo nivel mantenga la cultura de control, autocontrol y evaluaciones permanentes, que permitan evidenciar las falencias o fortalezas de cada proceso. Sin embargo esta oficina considera que es muy importante que exista mayor liderazgo para el mejoramiento de los procesos, planes, métodos y principios la convicción y compromiso de los funcionarios para desarrollar motivados sus actividades, esta última porque debido al déficit presupuestal y a la liquidez no es posible que los funcionarios trabajen motivados y esto genera falta de ejecución de tareas, algo de descuido en las responsabilidades y por ende el no cumplimiento de los objetivos en la gestión de planeación, control y seguimiento en los planes, por gramas y proyectos establecidos en la vigencia 2016.

El Modelo Estándar de Control Interno (MECI) establecido para la ESE, debe revisarse completamente para verificar en que estado de aplicación se encuentra y determinar si está cumpliendo los objetivos para los que fue implementado.

El sistema de Control Interno de la ESE, ha tenido un retroceso importante, que debe revisarse y evaluarse con el objetivo de se retomen los procesos y procedimientos adecuados para la correcta aplicación del MECI.

Recomendaciones

- Continuar con los programas de inducción y reinducción a los servidores públicos. Para la mejora del desarrollo de los módulos y elementos del modelo estándar de control interno.
- Se recomienda implementar y ejecutar el plan de capacitaciones durante esta vigencia 2016 mediante convenios con otras instituciones ya que el hospital cuenta con el área de investigaciones.
- Se recomienda que los planes, proyectos y programas sean evaluados permanentemente y directamente por los responsables de cada proceso, conforme al PSS, convenio de desempeño entre otros.
- Es indispensable que el Hospital cuente con una organización por procesos articulado con la estructura organizacional actualizada de conformidad con el nuevo programa de saneamiento fiscal y financiero institucional para dar estricto cumplimiento en las medidas y proyecciones financieras.
- Realizar la socialización de manera dinámica a todo nivel del mapa de riesgo anticorrupción.
- Socializar la aplicación del estatuto de contratación vigente por como instrumento de control en los procesos precontractuales y contractuales donde se deben aplicar todos los principios principalmente dar cumplimiento con la publicación, en las etapas pertinentes y además obedece a parámetros en la contratación que permiten mayor control y transparencia.
- No se ha elaborado el mapa de riesgos institucional, se recomienda su elaboración a más tardar antes de terminar el segundo semestre de la vigencia 2016.
- Realizar la autoevaluación de los planes, sistemas, programas y la efectividad de la gestión, los riesgos, controles, retroalimentación la información a los equipos de trabajo como parte de la mejora continua para el logro de los objetivos y metas institucionales.
- Se recomienda evaluar mensualmente en su totalidad el programa de saneamiento fiscal y financiero del Hospital Universitario del Caribe.
- Consolidar la información de la oficina de atención al usuario y más específicamente los informes de quejas y reclamos durante la vigencia.
- Implementar la funcionalidad de los comités: comité de seguridad del paciente, de bajas, de sostenibilidad contable, de historias clínicas entre otros.
- Fortalecer la comunicación e información entre los procesos de facturación, inventarios y servicio farmacéutico con el proceso de contabilidad.



OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

- Iniciar el proceso de ajustes y actualización del manual de calidad, a los requisitos definidos en la guía del DAFP, apoyando a todos los responsables para la disponibilidad en el servicio como herramienta de gestión.
- Realizar por parte de la alta dirección y los responsables de los procesos, estrategias administrativas que permitan la disminución del déficit financiero actual.
- Integrar a todos los responsables de los procesos en la autoevaluación de la gestión, los controles y la medición de indicadores, que aplican a sus planes procesos y riesgos, con retroalimentación y participación en las acciones de mejora.
- Se considera que se debe hacer mayor seguimiento para conseguir los recursos y viabilizar los proyectos planteados en el plan de desarrollo, con el fin de dar cumplimiento a objetivos institucionales importantes para el logro del equilibrio financiero.
- Se recomienda disminuir la contratación de todos los servicios indirectos, con precios bajos reflejados en un estudio de costo previo al análisis de conveniencia realizado por los responsables de los procesos y de acuerdo con la productividad en los casos que aplica.
- Contratar el recurso humano que se requiera bajo la matriz de producción y requerimiento de servicios de acuerdo con la contratación con las EPS.
- Realizar seguimiento a la productividad versus contratación recurso humano.
- Acatar las recomendaciones que realiza control interno para minimizar todos los riesgos y prevenir los hallazgos o incumplimiento de la norma.
- Se recomienda la implementación de las tablas de retención documental.
- Se recomienda a la oficina jurídica que en el caso de contratista se debe incluir en las obligaciones contractuales la aplicación y adaptación de MECI decreto 943 de 2014.
- Incorporación de la política de cero papeles y la automatización de procesos.
- Se recomienda para realizar un análisis y valoración del riesgo que permita mitigar efectivamente los riesgos identificados la entidad debería tener en cuenta que los líderes de los procesos deben ser objetivos al momento de determinar la probabilidad y el impacto de los riesgos identificados, una evaluación subjetiva será el inicio de una inadecuada administración del riesgo.
- Nos permitimos recordar que la responsabilidad de un acuerdo sistema de control interno es del representante legal del hospital y/o su delegado, la oficina de control interno es el evaluador y asesor del sistema integral de control interno.
- Los equipos de trabajo Coordinador de Control Interno, el Equipo Mecí, y el grupo de trabajo de la Oficina de Control Interno, deben reconfigurarse totalmente, capacitarse y ponerlos a funcionar adecuadamente.

ORIGINAL FIRMADO POR:
JUAN CARLOS MANRIQUE HERRERA
JEFE OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE
