



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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Magda Yurany Trilleras Yara	Período Evaluado: 12 Marzo 2015 – 11 Julio 2015
		Fecha de Elaboración: 15 de Julio de 2015

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con un "Código de ética institucional" adoptado mediante Resolución No. 102 del 29 de julio de 2014, el cual contiene los principios y valores construido de forma participativa, pero se encuentra proceso de actualización en razón a que se ajustaron los derechos y deberes de los usuarios y del talento humano. No obstante se han desarrollado estrategias para la socialización de los principios y valores, no se está midiendo su aplicación.

El Comité de Ética y Humanización conformado mediante Resolución 170 del 25 de noviembre de 2014, es quien lidera, asesora y orienta al usuario interno y externo, en la determinación de normas y procedimientos éticos y humanísticos que garanticen el buen trato, la integridad de la persona humana y promover el sano ejercicio de la actividad técnica y científica, enmarcada en los valores y principios, deberes y derechos de la institución. Por tanto, durante el 2º cuatrimestre del 2015 se han efectuado 6 reuniones de dicho comité donde se ha tratado temas como: código de ética, satisfacción del usuario externo; buzón usuarios internos y externo; análisis implementación uniformes para pacientes; cuidado, custodia y lavado de ropa; comunicación asertiva; Programa de Humanización, entre otros.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E., cuenta con un Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales, de acuerdo a la estructura organizacional actual; sin embargo, se requiere ajustar dicha estructura conforme al funcionamiento del Hospital.

No obstante, en lo corrido de la vigencia se han desarrollado capacitaciones, a la fecha no se cuenta con un Plan de Formación y Capacitación, debidamente aprobado. Por tanto, es necesario que se culmine su elaboración basado en el resultado de la evaluación de la efectividad del Plan ejecutado en la vigencia 2014 y las necesidades reportadas; luego, se someta a aprobación.

El Programa de Inducción y reinducción, fue actualizado el 11 de mayo de 2015; aplicado a todo el personal vinculado al Hospital, los días 26 de mayo y 2 de junio de 2015; y evaluado a través de pre y pos test.

En el mes de mayo de 2015, fue aprobado el Programa de Bienestar por el respectivo Comité, el cual contempla 11 actividades a desarrollarse en la vigencia, durante el primer semestre se han realizado 3 actividades y 2 se encuentran en desarrollo.

El clima laboral se mide a través de encuesta, la última fue realizada en la vigencia 2014 y el análisis del resultado se efectuó en el mes de febrero de 2015, a partir de dicho resultado se han emprendido mejoras; sin embargo, no se documentaron en un Plan de Mejoramiento. Se tiene previsto realizar una nueva medición en el tercer trimestre de 2015, con el fin de determinar la efectividad de las acciones.



Para la actual vigencia 2015 no se ha definido un plan de incentivos, lo cual no ha permitido dar cumplimiento al Decreto 1567 de 1998, en lo que respecta al sistema de estímulos para los empleados del Estado.

En relación a procesos meritocráticos de cargos directivos, el Hospital si adelanta dichos procesos al único cargo que actualmente aplica, el de Gerente. Por tanto, cuenta con los correspondientes soportes, los cuales reposan en la Oficina de Recursos Humanos.

El Hospital tiene definido como mecanismo de evaluación de desempeño a empleados de carrera, formato basado en el sistema tipo, conforme lo estipula la Ley; sin embargo, en la vigencia 2015 no se ha aplicado el formato, es decir, no se ha realizado evaluación.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.

Mediante Acuerdo No. 003 del 18 de Marzo de 2015, se adoptó la Plataforma Estratégica de la Empresa Social del Estado HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL, compuesta por: Misión; Visión; Objetivos Estratégicos; Principios y Valores; Filosofía Institucional.

El Hospital cuenta con un Plan Estratégico, el cual se encuentra publicado en la Página web, en la ruta: GESTIÓN; PLANES Y PROYECTOS. Sin embargo, está pendiente la aprobación de la actualización del mismo y de los Planes de Acción u Operativos Anuales, de tal manera se garantice su articulación con la nueva plataforma estratégica.

Se tiene definido los comités internos de trabajo a través reglamentación interna, donde se establece su conformación, funciones, periodicidad de reuniones, etc. Falta socialización del cronograma de reuniones de los mismos y delegar una persona para su seguimiento, de tal manera se garantice su cumplimiento.

La Oficina de Atención al Usuario (SIAU) es la encargada de evaluar la satisfacción de los usuarios, a través de encuestas cuyos resultados son comunicados a la Gerencia para su respectivo análisis y toma de decisiones; no obstante, se requiere revisar u ajustar el instrumento. Adicionalmente, se realiza seguimiento telefónico a los pacientes egresados del Hospital.

No se cuenta con un procedimiento documentado sobre el seguimiento y evaluación de Planes, Programas y Proyectos; sin embargo, tanto la Oficina de Calidad como Control Interno, son los responsables de efectuarlo y presentarlo ante Gerencia y los respectivos Comités para su análisis y toma de decisiones al respecto; en cuanto a los proyectos que se ejecutan a través de convenios o se desarrollan mediante contratación, se realiza seguimiento periódico y se verifica los avances y cumplimiento, los cuales son plasmado en los informes de supervisión.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

El Hospital cuenta con procesos definidos e ilustrados mediante el mapa de procesos, los cuales fueron objeto de revisión; sin embargo, no todos cuentan con caracterizaciones actualizadas según su operatividad, interacción y el formato actual.

El Hospital cuenta con un Manual de Indicadores, donde se encuentran las fichas técnicas de los mismos; sin embargo, como acción de mejora se están revisando y definiendo los que quedarán suscritos a cada proceso para su respectiva medición. En cuanto a los indicadores de gestión de la institución se encuentran establecidos por ley, cuyos datos son reportados al Ministerio de Salud y Protección Social, en aplicativo correspondiente, previo análisis de resultados con el Gerente y líderes de procesos.



Cuenta con Procedimientos diseñados, pero no todos se encuentran documentados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos; por tanto, se están actualizando con el propósito que sean coherente con lo que se efectúan en la práctica, además, se establezcan punto de control que permitan su adecuada ejecución. Las versiones vigentes se encuentran publicadas en la red, a través de una carpeta compartida por la Oficina de Calidad, para su respectiva consulta por parte los colaboradores del Hospital, esto como mecanismo de control de los documentos en el Sistema de Gestión de Calidad.

A través de auditorías internas y valoración de los riesgos, se realiza seguimiento a los controles de los procesos.

1.2.3 Estructura Organizacional

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una estructura organizacional que debe ser ajustada de tal manera contribuya a la gestión por procesos y permita establecer de forma clara los niveles de responsabilidad y autoridad que facilite la operatividad, toma de decisiones y liderazgo de procesos.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Se tiene definido indicadores para medir la gestión institucional, dentro de los cuales se encuentra los establecidos para dar cumplimiento al Decreto 2193 de 2004 y al informe de gestión anual, asimismo, dentro de la actualización del Plan Estratégico se definieron indicadores de primer orden para medir el cumplimiento de los objetivos estratégicos; Sin embargo, los indicadores para medir la gestión de los procesos se encuentran en revisión, de tal manera se definan aquello que cumplan con aspectos como: oportunidad, finalidad, claridad, practicidad, confiabilidad y utilidad.

1.2.5 Políticas de Operación

El Hospital cuenta políticas adoptadas mediante Resolución 069 del 11/06/2008 y documentadas en el Manual de Políticas; Sin embargo, como resultado de la revisión y ajuste de la plataforma estratégica y la redefinición de los procesos se consideró necesario ajustar las políticas de operación, de tal manera, facilite la ejecución de los procesos y las actividades en general, por tanto, está pendiente el ajuste del manual y su aprobación en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC).

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con un Manual de Administración de Riesgos, el cual fue revisado y ajustado en junio de 2015, donde se definieron lineamientos e instrumentos para el proceso de identificación, manejo y control de los riesgos; éste documento fue socializado a líderes de proceso para iniciar su aplicación.

1.3.2 Identificación del Riesgo

Cuenta con un mapa de riesgos institucional clasificado por procesos, sin embargo, para la vigencia 2015 no se ha actualizado, según resultado de la valoración de los controles y barreras de seguridad aplicadas para tratar los riesgos identificados, por tanto se requiere que lo líderes y sus equipos de trabajo participen en la aplicación de la metodología de administración de riesgos, específicamente en la etapa de identificación a través de un minucioso análisis de los factores externos e internos. Una vez se actualice el mapa debe ser socializado y divulgado a todo el personal.



1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

Se realizó análisis y valoración de los riesgos identificados y documentados en el mapa 2014, el resultado fue reportado al organismo de control (Contraloría Departamental) y se utilizará para actualizar el mapa para continuar realizando seguimiento a la efectividad de los controles y barreras de seguridad frente a nuevos factores de riesgos.

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

Se evidencia debilidades en la autoevaluación de los procesos para determinar la efectividad del Sistema de Control Interno; sin embargo, se realiza autoevaluación de los estándares de acreditación cada vez que se efectúa cierre de ciclo, algunos guardan relación con los elementos del Modelo Estándar de Control Interno, lo cual ha permitido mejorar en el cumplimiento de los mismos.

Para las mediciones del Sistema de Control Interno se diseñó como herramienta, el formato FOR-SC-003, que consiste en una encuesta de evaluación, la cual es diligenciada cuatrimestralmente por parte de la Oficina de Control Interno, basada en las evidencias con que cuenta y las que son suministradas por el proceso o área involucrada; dicha evaluación es el insumo para la elaboración de los informes pormenorizados del estado del Control Interno e Informe Ejecutivo Anual.

A través de reuniones de la Gerencia con los líderes de procesos, se realiza autoevaluación de la gestión institucional, efectuando análisis de los resultados de los indicadores reportados en cumplimiento al Decreto 2193 de 2004 y del Informe de Gestión Anual. Sin embargo, se presenta debilidades en cuanto al seguimiento de la gestión de los procesos, que está a cargo de los líderes de procesos y sus equipos de trabajo.

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1 Auditoría Interna

La Oficina de Control interno ha realizado seguimientos al Sistema de Control Interno para determinar su efectividad y a partir de dichos resultados se han generado y publicado en la página web del Hospital, Informes Pormenorizados del Estado del Control Interno, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011.

En cuanto al Informe Ejecutivo Anual, el Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. ha rendido en cada vigencia dicho informe ante el Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP, tomando como insumo los Informes Pormenorizados.

Se cuenta con un procedimiento para auditorías internas, el cual fue actualizado y aprobado en el mes de enero de 2015, dentro del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital. En concordancia a éste, se cuenta con Programa Anual de Auditoría para la vigencia 2015, a la fecha se ha desarrollado conforme a lo programado, se han realizado 6 de 11 auditorías programadas en todo el año (Adherencia a Guías; Historias Clínicas; Laboratorio Clínico; Esterilización y Morgue; Servicio Farmacéutico; Procedimiento Gestión de QRSF).

En cuanto a los resultados de los informes de las auditorías internas realizadas, se han emprendido acciones de mejora, sin embargo, no todas se formulan e incluyen en el Plan de Mejoramiento; con la implementación del procedimiento de mejora continua se instruyó y aclaró a los auditados y líderes de proceso la importancia



de emprender mejoras frente a esta fuente. En algunos casos se ha implementado mejoras en la práctica pero no queda la evidencia en el Plan por cuanto no se incluye.

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Plan de Mejoramiento

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una metodología para la formulación del Plan de Mejoramiento, documentada en el procedimiento de mejora continua que fue aprobado en el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el mes de mayo de 2015, donde además contempla los criterios y lineamientos para el seguimiento y evaluación; dicho procedimiento fue socializado en Comité de Calidad efectuado en el mes de junio de 2015, con el fin de que aplique y el Plan de Mejoramiento no solo contenga acciones frente a los incumplimiento de los estándares de acreditación, sino también frente a las No Conformidades formuladas en auditorías internas y externas u otras fuentes como: análisis de indicadores, Sistema QRSF, Informes de Seguimiento, entre otras.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Externa

Se cuenta con mecanismos para recibir sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía, como: buzón tu voz, ventanilla única, Oficina de Atención al Usuario (SIAU), teléfono, Página Web del Hospital, Redes Sociales.

La información recibida de la ciudadanía se considera un medio para conocer las necesidades y prioridades en la prestación de los servicios, por tanto es un insumo para el desarrollo de los procesos, razón por la cual es analizada para la toma de decisiones aunque se requiere fortalecer los mecanismos de identificación de necesidades y expectativa, de tal manera cubra todas las partes de interés, de igual manera, fortalecer la documentación de las acciones de mejora emprendidas producto del análisis.

En la página web se publica la información relacionada con el Plan estratégico, de Austeridad y Plan Anticorrupción, pero falta información relacionada con los recursos financieros y humanos, planificación y ejecución del presupuesto, programas y proyectos. Así mismo, se publican los formularios institucionales actualizados, necesario para adelantar trámites ante el hospital, como: Solicitud de Historia Clínica, Constancias o Certificaciones sobre la atención médica; solicitud certificado laboral o de prestación de servicios.

El Hospital cuenta con lineamientos de planeación requeridos para realizar rendición de cuentas, los cuales se tuvieron en cuenta en la audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía respecto a la vigencia 2014, efectuada, evaluada y divulgados los resultados en el mes de abril de 2015.

Además de la Audiencia pública de Rendición de Cuentas, el Hospital realiza reuniones con la Asociación de usuarios; no obstante, se debe reforzar otras reuniones, actividades y encuentros con la ciudadanía y grupos de interés para evaluar resultados de la gestión pública.

Información y Comunicación Interna

El Hospital cuenta con un mecanismo manual para la administración de la información que se origina y procesa en su interior, a través de la oficina de archivo y correspondencia; mediante la ventanilla única se administra la correspondencia que llega y sale del Hospital, permitiendo las distribución interna a las áreas según su competencia, sin embargo, es necesario fortalecer el control de las respuestas; en cuanto a la



gestión documental se requiere establecer y divulgar lineamientos claros para su manejo, además no se cuenta con TRD actualizadas y no se aplican las vigentes, ocasionando alta cantidad de archivo cuyo espacio es insuficiente.

Algunas fuentes internas de información como manuales, guías, protocolos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, son de fácil acceso y sistematizados, ya que son que están disponibles en la red, a través de una carpeta compartida, sin embargo, falta tener a disposición de los interesados otros tipos de documentos como actas y actos administrativos.

Se cuenta con políticas de comunicación documentada en el Manual de Operaciones, las cuales requieren ser revisadas y si es el caso actualizadas. Sin embargo, no cuenta con un Plan de Comunicaciones y una matriz de responsabilidades, están se encuentran establecidas a través de la estructura organizacional y Manual de Funciones.

Sistemas de Información y Comunicaciones

Se cuenta con un Sistema de información que integra las áreas asistenciales y administrativas del Hospital; sin embargo, no se encuentra habilitado un módulo relacionado con la gestión documental. En cuanto al manejo de los recursos, dicho mecanismo contempla los recursos humanos en cuanto a la liquidación de la nómina, recursos físicos en cuanto al manejo de inventarios y recursos financieros en cuanto a presupuesto y contabilidad aunque este último se encuentra en desarrollo ya que presenta debilidades en su funcionamiento.

El Hospital cuenta con medios de acceso a la información de la entidad, como: página web, redes sociales, teléfono y personal dirigiéndose a las instalaciones de la institución. Así mismo, cuenta con la Oficina de Atención al Usuario (SIAU), encargada de brindar información sobre los servicios que ofrece el Hospital, educar al paciente y su familia, promover los derechos y deberes de los usuarios, recepcionar y gestionar las quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio, entre otras funciones.

No se verifica la funcionalidad de los canales de comunicación (página web, carteleras, intranet, teléfono, redes sociales, boletines, perifoneo, entre otros) para garantizar su efectividad. En cuanto a la oportunidad y veracidad de la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales de información, se realiza verificación antes de ser remitida o reportada.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo a la evaluación realizada al Sistema de Control Interno del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E., con corte a 11 de julio de 2015, se considera que se cumple aceptablemente con avances representativos como: estrategias de socialización de los principios y valores; actualización, aplicación, evaluación y análisis de resultados del Programa de Inducción y reinducción; aprobación Programa de Bienestar; aprobación de la nueva plataforma estratégica; actualización Plan Estratégico; divulgación del mapa de procesos; medición y análisis de indicadores de la gestión institucional; actualización de políticas institucionales; aprobación y socialización del Manual de Administración del Riesgo donde se establece la política y metodología; aprobación del Programa de Auditoría correspondiente a la vigencia 2015; formulación y seguimiento a Planes de Mejoramiento frente al cumplimiento de estándares de acreditación; documentación de lineamientos para la formulación, seguimiento y evaluación de Planes; aprobación y socialización procedimiento de mejoramiento continuo. Sin embargo, se presentan debilidades en temas como: medición de la aplicación de los principios y valores; aprobación del Plan Institucional de Formación y



Capacitación y Plan de Incentivos para la vigencia 2015; generación de informes consolidados sobre los procesos de inducción y re-inducción; aplicación mecanismo de evaluación del desempeño; definición de indicadores de 2º y 3er orden y la actualización de las respectivas fichas; actualización de la caracterización de los procesos y procedimientos; actualización de la estructura organizacional de acuerdo a las necesidades para su funcionamiento y gestión por procesos; autoevaluación del control; actualización TRD; definición plan de comunicaciones; verificación funcionalidad de canales de comunicación; desarrollo y funcionamiento del Sistema de Información del Hospital.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

La Oficina de Control Interno recomienda: continuar el proceso de actualización e interiorización del Código de Ética; desarrollar actividades o estrategias de socialización de los deberes y derechos de los usuarios y talento humano del Hospital; aprobar los planes de Capacitación e Incentivos vigencia 2015; realizar medición del clima laboral; desarrollar el Programa de Bienestar y fortalecerlo según resultado de la medición del clima laboral; ejecutar el Plan Estratégico conforme a lo establecido; ajustar los Planes Operativos Anuales; ajustar el instrumento de medición de la satisfacción de los usuarios y continuar aplicándolo; culminar la revisión y actualización de los documentos de los procesos, como: caracterización; procedimientos, fichas de indicadores, manuales, protocolos, programas, etc.; gestionar el ajuste de la estructura; definir los indicadores de cada proceso; actualizar las políticas de operación que se requieran y ajustar el respectivo manual de Operación; aplicar la metodología establecida en el Manual de Administración de Riesgos; fomentar la cultura de control, autoevaluación del control y de gestión; desarrollar programa de auditorías 2015 conforme al procedimiento de auditorías establecido; aplicar el procedimiento de mejoramiento continuo; poner en funcionamiento la intranet; verificar la funcionalidad de los canales de comunicación; actualizar las Tablas de Retención Documental; Documentar el Manual de Información, Comunicación y Sistemas de Información; definir el Plan de Comunicación; desarrollar el módulo contable del Sistema de Información del Hospital y subsanar las debilidades detectadas.

MAGDA YURANY TRILLERAS YARA
Jefe Oficina de Control Interno HEGI E.S.E. Lérica Tolima