



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

Asesor de Control
Interno:

Pedro Fernández
Zambrano

Período evaluado: 12/03/2014-11/07/2014

Fecha de elaboración: 29/08/2014

Introducción

La Constitución Política de 1991 se constituye en el punto de partida para la normatividad relacionada con el tema del Control Interno; así, en primera instancia, el artículo 209 establece que "la función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, delegación y desconcentración de funciones"; estos principios rigen la función administrativa entendida como el desarrollo de las actividades propias de cada entidad pública; en este sentido, el control interno es el garante de la efectividad en la aplicación de dichos principios.

Objetivo

Dar estricta aplicación a lo reglamentado en el artículo 9º. Reportes del Responsable de Control Interno, de la Ley 1474 de 2011, Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de los actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública; El citado artículo establece que el Jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.

Igualmente, se propone dar a conocer a los usuarios y partes interesadas de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, de forma periódica, los avances y las dificultades más relevantes en cada uno de los subsistemas que conforman el Sistema de Control Interno.

Alcance

El presente informe involucra todos los procesos y procedimientos estratégicos, misionales, transversales y de evaluación, establecidos en el Sistema de Control Interno y en el Mapa de Procesos de la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón.

Criterio

Con base en el seguimiento a los avances y dificultades reportados en los informes anteriores, planes de mejoramiento de auditorías internas y externas, en la observación y análisis de documentos relacionados, y en general con reportes del SIAU sobre peticiones, quejas y reclamos presentados por usuarios de los servicios medico asistenciales y público en general.



Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

Subsisten las dificultades relacionadas con la limitada infraestructura física con la que cuenta actualmente la ESE, como quiera que la demanda de servicios de salud se ha incrementado considerablemente con el paso del tiempo por el crecimiento de la población existente en el área de influencia donde el Hospital tiene su radio de acción; procesos como urgencias, observación, hospitalización, central de citas, consulta externa, laboratorio clínico, entre otros, se observan frecuentemente abarrotados de usuarios demandando servicios con los consabidos malestares e inconvenientes que esto conlleva.

Algunos procesos presentan desorganización en la prestación del servicio como es el caso del proceso de Urgencias, subproceso Consulta de Urgencias en donde algunos médicos después de atendido el usuario, ordenado y practicado el examen o procedimiento autorizado no se vuelven a acordar del paciente, congestionando el servicio de urgencias.

En el proceso Gestión Ambulatorio, subproceso Consulta Externa, el procedimiento de asignación de citas por parte de central de citas presenta desorganización los días que abren agenda por la cantidad de usuarios que llegan simultáneamente demandando los servicios.

Avances

La ESE, cuenta con los principios y valores éticos los cuales se construyeron de manera participativa por los servidores de la Institución y se han socializado.

El código de ética evoca los principios y valores que fomentan el compromiso y el sentido de pertenencia de los servidores públicos tanto del Área Administrativa como del Área Asistencial de la ESE.

El Código de Buen Gobierno fue elaborado, socializado por la ESE y sirve como instrumento fundamental para la Institución, como un marco general que le permite a la entidad cumplir sus objetivos, su misión, visión, política y estrategias.

La ESE, cuenta con su respectivo Manual específico de funciones y competencias laborales, Programa de bienestar social, Programa de salud Ocupacional y Programa de Capacitaciones debidamente adoptados para la presente vigencia, los cuales fueron socializados con todo el personal de la Institución.



Así mismo la ESE, cuenta con un mapa de riesgos (el cual es actualizado permanentemente) que identifica, analiza y evalúa los eventos tanto internos como externos que puedan afectar o impedir el normal desarrollo de los procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales. Así mismo se adoptó la guía metodológica para la administración del riesgo, que ayuda a determinar las actividades para administrar el riesgo a través del adecuado tratamiento a los mismos, que garanticen el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Cuenta con el mapa de procesos actualizado y la base conceptual y los procesos misionales y de apoyo de la E.S.E.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

En funciones de acompañamiento al proceso de apoyo terapéutico, subproceso farmacia, el día jueves 15 de mayo/2014, se realizó inspección a las bodegas de algunas unidades funcionales con el fin de recuperar los stock de medicamentos y dispositivos médicos, encontrándose gran cantidad de medicamentos en las bodegas de H1 y H3, algunos de los cuales se encontraron vencidos; los stock de medicamentos y dispositivos médicos no son permitidos en los servicios asistenciales como lo establece el Decreto 2200 y la Resolución 1403 los cuales reglamentan los servicios farmacéuticos, con las excepciones que establece la normatividad vigente.

De acuerdo al informe de Peticiones, Quejas y Recursos consolidado del primer semestre de 2014 los procesos que presentan mayor número de Quejas son Gestión Urgencias y Gestión Ambulatorio con 17 quejas cada uno; en total la ESE en el mismo periodo de tiempo recibió un total de 67 Quejas con un promedio de 2,68 quejas por día.

La cultura por parte de los usuarios de los servicios médicos en el uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones TIC's como quiera que es muy bajo el uso del link que la ESE tiene a disposición para recibir PQR's por medio de la página web; tampoco se realiza la solicitud de citas médicas por medio de línea telefónica.

La implementación de algunos componentes de la estrategia de Gobierno En Línea – GEL, entre los que se encuentra la Política Editorial y de Actualización de Contenidos Web, que tiene por objeto garantizar el acceso oportuno de los usuarios y partes interesadas a la información relativa a temas institucionales, misionales, de planeación, a través de los medios electrónicos.

Dentro del componente actividades de control se tiene que no están documentados para algunos procesos los procedimientos que permitan especificar, relacionar y



ordenar las tareas requeridas, para garantizar el control a la ejecución de la función, planes y programas de la Entidad, como en los casos del proceso Gestión comercial, subproceso Mercadeo de Servicios de Salud, y el subproceso convenios Interinstitucionales .

Avances

La ESE estableció como plan de mejoramiento institucional la aplicación de estrategias que permitan incrementar las actividades para mejorar la facturación y por lo tanto se establecieron de la siguiente forma:

1. El año inmediatamente anterior se planteó la necesidad de disponer de un mayor número de horas de urología debido a que en ese momento solo se disponía de especialista durante los primeros quince días del mes y el resto del tiempo no existía cobertura en el área de urología y por ende se perdían las posibilidades de atender un mayor número de consultas, resolver procedimientos de urgencias, y realizar un mayor número de cirugías programadas. Por ende la entidad emprendió una búsqueda activa y a partir de los primeros meses de 2014 logro establecer una cobertura plena de la especialidad con urólogo permanente durante los 30 días del mes lo que permite una mayor realización de procedimientos y por lo tanto una mayor facturación lo que se refleja en un incremento en la productividad; esto debidamente evidenciado y certificado en los contratos realizados en el servicio de urología.
2. El área de imagenología que comprende la realización e interpretación radiológica de los siguientes exámenes: rayos X, tomografía, ecografía, mamografía, ha demostrado a lo largo de los años anteriores un enorme incremento en su demanda que se veía obstruido con respecto al incremento de la productividad institucional en la no disposición de un mayor número de horas de Radiólogo, razón por la cual la institución en un esfuerzo consistente y persistente logro la consecución de una profesional especializada en radiología que de inmediato mejoró la productividad, la atención, oportunidad de entrega e interpretación de estos exámenes; esta situación se encuentra evidenciada en los contratos para la nueva radióloga.
3. Se incrementaron las horas para la atención de consulta externa en las diferentes áreas de la medicina especializada lo que desde luego impacto con un incremento en el número de consultas global que ofrece el hospital Departamental San Vicente de Paúl y que puede ser verificada por los cuadros de estadística comparativa.
4. Se realizó adquisición de nuevos y mejorados equipos de laboratorio clínico que permiten un mayor portafolio de servicios en el laboratorio clínico mejorando la oferta de productos lo que ha permitido mejorar la facturación de la ESE.
5. Los niveles de facturación global de la ESE han alcanzado promedios mensuales superiores a 3,500 millones de pesos y comparativamente al año anterior se observa una importante mejoría e incremento en la facturación y por consiguiente en la



productividad.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

Dentro del componente Evaluación Independiente, el elemento Auditoría Interna presenta dificultades para su desarrollo en virtud a los escasos profesionales vinculados a la ESE con el perfil y las competencias requeridas para la ejecución de auditorías internas de procesos y auditorías de calidad; al no contar en forma permanente la Oficina Asesora de Control Interno con el personal multidisciplinario como lo dispone el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, de cierta forma limita la realización de las auditorías requeridas y hace que se presenten algunas dificultades al momento de valorar todas las áreas y los procesos de la Institución, especialmente en el área asistencial.

De acuerdo al Modelo de Operación por Procesos, la ESE cuenta con veinte (20) procesos, sesenta y seis (66) subprocesos y cerca de cuatrocientos (400) procedimientos distribuidos así: cuatro (4) procesos estratégicos: Direccionamiento Estratégico, Gestión Jurídica, Contratación y Almacén, y Gestión Comercial; cinco (5) procesos misionales: Gestión Urgencias, Gestión Ambulatorio, Gestión Hospitalización, Sala de partos, y Quirófanos; nueve (9) procesos transversales: Atención al Usuario, Apoyo Diagnóstico, Apoyo Terapéutico, Gestión Logística, Gestión de Talento Humano, Gestión financiera, Gestión Sistemas de Información, Infraestructura y Tecnología Biomédica, Apoyo Logístico; dos (2) procesos de evaluación: Control Interno y Gestión de Calidad.

El anterior número de procesos, subprocesos y procedimientos no cuenta con la cantidad de auditores internos capacitados y con las competencias y habilidades requeridas para realizar un mínimo de auditorías a cada proceso en una vigencia.

Avances

Dentro del componente Evaluación Independiente, elemento Auditoría Interna se tiene que se formuló y presentó a la dirección de la ESE el Plan de Acción 2014 de la Oficina Asesora de Control Interno; el Programa de Auditorías Internas 2014, el Plan de Auditoría para el proceso Contratación y Almacén, subproceso Contratación Administrativa; esta auditoría se desarrolló y se dejó formulado un plan de mejoramiento por procesos para los hallazgos encontrados.

Igualmente, se tienen programadas dos auditorías adicionales para ejecutar en el transcurso del año 2014 a los procesos Gestión financiera, subproceso facturación; y al proceso Quirófanos, subproceso Cirugía.

Igualmente se han continuado presentando los informes de Seguimiento al Plan



Anticorrupción y de Atención al ciudadano, el Informe pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno, Informe Consolidad de PQR's, y el Informe de Austeridad del Gasto Público

Al igual que los otros subsistemas, uno de los mayores avances en el subsistema de control de evaluación es la definición de las herramientas para realizar la autoevaluación del control, programa anual de auditoría, los procedimientos, formatos y aplicativos; lo que conlleva al mejoramiento Institucional.

Se cuenta con un Manual de Control Interno que compila la información indispensable, las disposiciones comunes, los métodos y procedimientos de trabajo establecidos para la verificación y evaluación del sistema de control interno de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón.

Estado General del Sistema de Control Interno

De acuerdo a la evaluación correspondiente al análisis de madurez del Sistema de control Interno en la ESE Hospital Departamental San Vicente de Paúl de Garzón, el modelo se cumple, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de datos. Existen tendencias a mantener la mejora en los procesos; la entidad ha identificado los riesgos para todos sus procesos, y realiza seguimiento para una adecuada administración del riego. Su indicador de madurez MECI se encuentra en el 89,4% considerado como SATISFACTORIO.

Recomendaciones

1. Dar cumplimiento al Decreto 1376 de 2014, por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los acuerdos de formalización laboral en las Empresas Sociales del Estado.
2. Dar cumplimiento al Decreto 0943 de 2014, por el cual se actualiza el Modelo Estandar de Control Interno MECI en cada una de sus fases de acuerdo al anexo técnico.
3. Continuar las gestiones para materializar el proyecto de la implementación de la Unidad Renal en el Hospital Departamental San Vicente de Paúl que beneficiara a un gran número de pacientes residentes en el área de influencia donde la ESE tiene su radio de acción.
4. Continuar las gestiones para materializar el proyecto de la construcción de la nueva torre administrativa y operativa que se encuentra radicado en el Ministerio de Salud y Gobernación del Huila en razón a la situación que vive



actualmente la ESE HDSVP por la insuficiente infraestructura física debido a la creciente demanda de servicios de salud por parte de la población residente en el área de influencia del Hospital.

5. Continuar socializando con los funcionarios sobre la importancia de identificar, analizar y evaluar los riesgos inherentes a cada proceso como mecanismo de mejoramiento continuo para la toma de decisiones que impacten directamente en los procesos de mejoramiento institucional.
6. Continuar las campañas publicitarias por los medios masivos de comunicación hablados y escritos para que los usuarios y partes interesadas ingresen en la cultura del uso de las tecnologías de la información y comunicaciones como una forma de agilizar los procesos, racionalizar los tramites, evitar posibles actos de corrupción y acercar la comunidad a la ESE.
7. Adelantar un proceso de selección de personal en procura de capacitar y certificar un grupo de profesionales que contribuyan a la ejecución de auditorías internas de procesos y auditorías internas de calidad en la ESE.

Original firmado

PEDRO FERNÁNDEZ ZAMBRANO

Asesor de Control Interno