

E.S.E. HOSPITAL SAN CRISTOBAL - BOGOTA

INFORME EJECUTIVO ANUAL
MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO – MECI -
NOVIEMBRE DE 2013 A FEBRERO DE 2014

FORTALEZAS

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

AMBIENTE DE CONTROL

El Código de Ética y Buen Gobierno de la ESE se encuentra en proceso de modificación por la inclusión de nuevas políticas sobre el componente de acreditación y sobre el sistema integrado de gestión. La socialización del código de Ética y Buen Gobierno, se continúa realizando por medio de la estrategia “HUELLAS, en la vigencia 2014 se inició trabajo con el grupo de gestores éticos presentando el plan de acción para el año, de tal forma que sus actividades se desplieguen en cada sede y se logre una verdadera apropiación.

Con respecto al Desarrollo del Talento Humano se viene cumpliendo con el proceso de inducción, formación en puesto de trabajo y capacitación. La inducción se realiza mensualmente, se está diseñando una plataforma virtual para como herramienta a aplicar en procesos de inducción y re inducción. Adicionalmente se están iniciando cursos virtuales sobre diversos temas de importancia para la Organización por medio del MAO-G.

Se cuenta con un Manual de perfiles de contratistas adaptado desde la vigencia 2009, el cual se utiliza para establecer el perfil de la contratación de acuerdo al requerimiento de necesidad y conveniencia entregado por el proceso que necesita el contratista.

Durante los meses de noviembre y diciembre se realizaron talleres sobre coaching a coordinadores y directivos con el fin de mejorar las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, la tolerancia y comunicación efectiva, cuyo efecto ha sido positivo para la Entidad.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Se actualizó la plataforma estratégica y de acuerdo a los objetivos estratégicos se definieron los POAs de la vigencia para cada dependencia, los cuales al finalizar la vigencia 2013 tuvieron un porcentaje de cumplimiento del 94%. Los POAS se evalúan de forma trimestral por la Alta dirección y la Junta Directiva.

La implementación el Sistema Integrado de Gestión está en ejecución, éste cuenta con 8 subsistemas, los cuales integran los diferentes procesos de la Institución.

Se realiza revisión de las peticiones, quejas y reclamos con el fin de establecer las necesidades de los usuarios para toma de decisiones oportunas; de ésta revisión se tomó la medida de revisar el proceso de asignación de citas por medio de la línea 195 y así reducir las filas en los centros de atención. Al culminar la vigencia 2013 se tuvo una oportunidad

de respuesta a peticiones del 91.8%.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La ESE cuenta con un mapa de riesgos actualizado, ya que durante el último trimestre de la vigencia se realizó la migración y actualización de los mapas de riesgos por procesos a la nueva metodología que contiene más parámetros para establecer controles, de acuerdo a los lineamientos de la Norma Técnica Colombiana NTC-ISO/IEC 31000:2009, que fue aprobada en el comité del sistema integrado de gestión realizada en el mes de septiembre de 2013.

La Oficina de control interno realizó evaluación de las acciones de control de los riesgos identificados, la cual arrojó un cumplimiento del 88%, aumentando en 4 puntos porcentuales en comparación a la vigencia 2012. Adicionalmente se realizó seguimiento al plan de acción del pacto por la transparencia, el cual tuvo un avance del 90% a diciembre de 2013.

ACTIVIDADES DE CONTROL:

Las Políticas de operación de la ESE se encuentran adoptadas y publicadas por medio del Código de Ética y Buen Gobierno en la intranet, actualmente en actualización de algunas políticas.

Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2013 se realizó actualización de la caracterización de los procesos, se cuenta con procedimientos estandarizados que incluyen puntos de control y barreras de seguridad con el fin de minimizar los riesgos, los cuales pueden ser consultados por medio de la intranet y son el referente para la ejecución de las diferentes actividades.

Se cuenta con el aplicativo para realizar seguimiento a los indicadores de gestión por procesos, el cual puede ser consultado por medio de la intranet.

INFORMACIÓN:

La mejora continua de la ESE está dada por la información entregada por los diferentes mecanismos de escucha (buzón de sugerencias, reuniones con asociación de usuarios, COPACOS, etc.). Con el análisis efectuado se realizan talleres de socialización a la comunidad, procesos de rendición de cuentas y fortalecimiento de las veedurías ciudadanas para el seguimiento de los diferentes proyectos. Se realiza seguimiento trimestral a la oportunidad en la contestación de las PQR, sus resultados son socializados en los comités SQS y control interno.

Otro mecanismo utilizado para establecer la satisfacción del usuario es la revisión de trámites para la prestación de servicios de salud, para ello se cuenta con la página web actualizada, con talleres de orientación y con carteleras informativas en cada una de las sedes. Se cuenta también con plan de acción para cumplimiento del Decreto 019

de 2012, al que la oficina de control interno realiza seguimiento y participa en el comité anti trámites creado mediante la Resolución 171 de 2012.

En cuanto a los mecanismos para el manejo de la información, la organización cuenta con el sistema de información ORFEO que canaliza y controla el sistema de información interna y externa que maneja la ESE. También se cuenta con tablas de retención implementadas en la vigencia 2009, las cuales se encuentran implementadas en los diferentes procesos. Para la vigencia 2013 se realizó actualización y se encuentran pendientes de aprobación por parte de Archivo Distrital.

Durante la vigencia 2013 se realizaron dos procesos de rendición de cuentas, uno en el mes de marzo y otro en el mes de diciembre.

COMUNICACIÓN PÚBLICA

La Entidad tiene como principales mecanismos de comunicación interna el correo institucional, los comités y las ULG, por medio de los cuales se realiza divulgación de información importante para los colaboradores. Para conocer cómo se debe entregar la información se cuenta con instructivos y procedimientos que pueden ser consultados a través de la Intranet para su aplicación. Adicionalmente se cuenta con un espacio para compartir con la alta dirección que se llama 30 minutos con el Gerente, donde los colaboradores tienen un conversatorio y dan a conocer sobre sus necesidades.

La ESE cuenta con un cronograma para entrega de informes al cual se realiza seguimiento y se encuentra publicado en la página web para que todos los colaboradores lo puedan consultar.

Se realizó socialización sobre el procedimiento a seguir en casos de crisis, el que define los parámetros establecidos por la Alta dirección para entregar información a los Entes externos y adicionalmente se contó con plan de comunicaciones para la vigencia 2013.

La oficina de Atención al Usuario y Participación Ciudadana realiza de forma permanente reuniones de sensibilización sobre los diferentes mecanismos de participación como veedurías y Asociación de Usuarios. El control social es convocado para el seguimiento de proyectos de interés general y en la apertura de buzones de sugerencias. Se cuenta con formatos establecidos de control como: Acta de compromiso para realizar el control social a la gestión pública donde se tienen establecidas las funciones de los veedores y los datos personales del mismo; formato de Acta para realizar seguimiento a la ejecución de proyectos y formato para formular plan de mejoramiento.

FORTALEZAS

AUTOEVALUACIÓN

La entidad de forma trimestral tiene como compromiso revisar los indicadores plasmados en los Acuerdos de gestión suscritos para evaluar la gestión de los gerentes públicos, éstos

fueron objeto de revisión corte a Septiembre de 2013. También se realiza revisión mensual de los indicadores de las agendas estratégicas, los cuales son presentados a la Junta Directiva y a la Secretaría Distrital de salud.

En el comité de Gerencia se realiza seguimiento al Plan de Gestión del Gerente, el cual contempla los indicadores de la Resolución No. 710 de 2012 y su modificación con la Resolución No. 743 de 2013. El aplicativo ITS se actualiza de forma mensual con el seguimiento de los indicadores por procesos.

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

La ESE cuenta con un plan de sostenibilidad sobre el MECI para la vigencia 2013 el cual tiene plasmadas las acciones necesarias para dar continuidad al Modelo implementado en la Entidad, al cuarto trimestre se culminó con un cumplimiento del 76%, quedando pendiente establecer la política Contable en el marco del proceso de Gestión de Recursos que contribuya al fortalecimiento del Control Interno Contable.

La Oficina de control Interno realiza seguimiento trimestral a los planes de acción de los diferentes comités institucionales, que apalancan la mejora en cada uno de los procesos a los cuales pertenecen, al culminar el cuarto trimestre se tuvo un cumplimiento del 78% en su cumplimiento. Igualmente se realiza seguimiento a los compromisos pactados en las reuniones de cada uno de ellos, cuyo cumplimiento al culminar la vigencia 2013 estuvo en el 83% .

El programa de auditorias de la vigencia 2013 aprobado para la Oficina de control Interno tiene un cumplimiento al culminar la vigencia del 91%. Los resultados de los diferentes seguimientos y auditorías fueron socializados a los responsables de procesos y en el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.

PLANES DE MEJORAMIENTO

Se cuenta con procedimiento normalizado SM-PR-1 Procedimiento Gestión de la Mejora debidamente publicado en la intranet en el proceso de Seguimiento, evaluación y mejora continua. Se inició el proceso de socialización del mismo por parte de la oficina de planeación y calidad, con el fin de que las no conformidades encontradas en visitas, rondas de seguridad, auditorías internas y externas, investigaciones de eventos o incidentes de seguridad, sean plasmados en los respectivos planes de mejora de procesos o individuales. Para los análisis de causas se cuenta con un Manual de Uso de las Herramientas de Mejoramiento Continuo del SIG, para construir las acciones que ataquen la causa raíz de la situación evidenciada.

La Institución cuenta con planes de mejoramiento institucionales producto de las auditorías especiales y regulares realizadas por la Contraloría Distrital.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas formuladas en los planes de mejoramiento por procesos se realizó de forma permanente por parte de la Oficina de

control interno, con el fin de cerrar las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora plasmadas en los mismos.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

AMBIENTE DE CONTROL

- Es necesario culminar el proceso de actualización del Código de ética y buen gobierno con el fin de retomar su despliegue en la Institución.
- Actualizar el Manual de perfiles de contratistas, para evitar debilidades en el proceso de selección, e identificar perfiles idóneos para trabajar en la Entidad. Adicionalmente estandarizar la tabla de honorarios que defina tarifas de acuerdo a los perfiles requeridos.
- Se cuenta con el mecanismo de escucha interno, buzón de sueños, que es necesario poner en funcionamiento. Actualmente se desaprovecha, no realiza seguimiento oportuno, ni retroalimentación hacia el cliente interno.
- La infraestructura no cuenta con los espacios, ni condiciones físicas adecuadas y suficientes para el desarrollo de las labores del personal que presta sus servicios a la Entidad. La capacidad instalada es inferior a las necesidades de espacio para operar en condiciones apropiadas. Se tienen proyectos para la ampliación pero éstos dependen de la Secretaría Distrital de Salud.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

- Diseñar e implementar nuevas estrategias de socialización de la planeación estratégica y mapa de riesgos, pues las aplicadas hasta ahora no han sido efectivas.
- La organización creció y se requiere actualizar la estructura organizacional para las nuevas necesidades.
- La oportunidad en contestación de requerimientos estuvo en 91.8%, debido principalmente a la disminución en la oportunidad de contestación del III trimestre, por cambios en responsables de centro, mientras lo nuevos se adaptaban.

ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

- Es necesario concientizar a los colaboradores sobre la importancia de conocer los riesgos y acciones de control identificados en cada uno de los procesos, con el propósito de que las acciones de control sean aplicadas y que se realicen procesos de autoevaluación de los mismos.

ACTIVIDADES DE CONTROL

- Es necesario que se elabore un documento con las políticas de operación por procesos, que contenga los respectivos parámetros para su cumplimiento.
- Se cuenta con un aplicativo para el manejo de indicadores, el cual es subutilizado, ya que no se actualiza de forma permanente por los responsables de procesos.
- Los indicadores establecidos por los diferentes procesos miden principalmente la

eficacia, falta definir indicadores para medir eficiencia y efectividad. Los indicadores no miden el desempeño de los procesos y la autoevaluación no se realiza de forma oportuna.

INFORMACIÓN

- Se cuenta con un buzón de sueños, para conocer las necesidades de los colaboradores subutilizado, que no tiene continuidad y por lo tanto la Entidad no puede establecer acciones de mejora para el cliente interno de forma oportuna.
- Se evidencia en algunos informes la falta de consistencia y también la información generada por las diferentes áreas, o imprecisiones que generan reprocesos.
- Se evidenciaron debilidades en los sistemas de información como caídas continuas de la página web, dificultad para acceder a la intranet.
- La infraestructura física no garantiza que la información sea íntegra, oportuna y confiable.
- No se tienen suficientes equipos (computadores) para que las personas que trabajan para la organización puedan realizar sus actividades sin pérdidas de tiempo.
- No se ha realizado una auditoría sobre sistemas de información para determinar su confiabilidad, seguridad e integralidad, así como las oportunidades de mejora.

COMUNICACIÓN PÚBLICA

- No todos los colaboradores cuentan con correo institucional, por lo tanto no reciben información oportuna. Lo anterior genera menor producción, demoras, pérdida de tiempo productivo y reprocesos.
- Aunque se cuenta con el protocolo de reuniones efectivas, es necesario fortalecer su implementación y la responsabilidad de los dueños de procesos en su cumplimiento.
- No se observa interacción entre los procesos en el elemento de comunicación organizacional, lo que genera demoras en las correcciones y en la implementación de acciones preventivas y de mejora.

AUTOEVALUACIÓN

- Se tiene como debilidad la inoperatividad del Grupo MECI, el cual no se ha convocado, ni ha sesionado para revisar el proceso de sostenibilidad del MECI. Este Comité está constituido mediante Resolución.
- Los responsables de procesos no realizan autoevaluaciones periódicas y oportunas de su gestión, seguimiento a indicadores, riesgos, así como a la planeación operativa.
- Existe debilidad en la cultura de autocontrol, para detectar falencias, reducir, mitigar o eliminar riesgos que conlleven implementación de controles y adicionalmente cumplir con las acciones correctivas, preventivas y/o de mejora.
- Las acciones formuladas en los planes de mejoramiento de la organización no siempre obedecen a un análisis de causas en el que intervengan los responsables del procedimiento o actividad, donde se detecta la falla, para alcanzar soluciones que ataquen la causa raíz de la situación evidenciada.

EVALUACIÓN INDEPENDIENTE

- No se entrega oportunamente la información consolidada para realizar el seguimiento al plan de sostenibilidad del MECI, mapa de riesgos, POAS e indicadores, lo que genera un mayor desgaste para la Oficina de control interno en la verificación e las evidencias del avance y/o cumplimiento y la generación de la evaluación respectiva en los plazos establecidos.

PLANES DE MEJORAMIENTO

- Se evidencia incumplimiento en la formulación de planes de mejoramiento por procesos e individuales, producto de las no conformidades evidenciadas en las auditorías, evaluaciones y seguimientos.
- No se evidencia autocontrol para realizar seguimiento por parte de los responsables de procesos a las diferentes acciones correctivas, preventivas y oportunidades de mejora formuladas en los planes de mejoramiento.
- Para la formulación de algunas acciones formuladas en los planes de mejoramiento no se surte el análisis de causa por los diferentes procesos lo que no garantiza que se esté atacando la causa raíz, esto podría generar reprocesos y la posibilidad de que las mismas situaciones se continúen presentando, poniendo en riesgo la Entidad.