

E.S.E. HOSPITAL ERASMO MEOZ

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO NOVIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013

Subsistema de Control Estratégico

Avances

Código de ética: Se continuó con el desarrollo de los acuerdos éticos por áreas. Se siguió con la socialización de los valores institucionales. La institución cuenta con nueva plataforma estratégica y con nuevo plan de desarrollo.

El estilo de dirección referente al MECI, fue ejecutado en el comité de control interno.

Se mantuvo el cumplimiento en relación con la estrategia de gobierno en línea, de acuerdo a lo establecido en la normatividad imperante.

Dificultades

Ausencia de implementación de las herramientas (mapas de riesgos, controles, indicadores, planes de mejoramiento) por lo tanto estas no se utilizan en la forma debida para la toma de decisiones. Continúa existiendo limitaciones de tipo económico para realizar las acciones de mejoramiento de los mapas de riesgos, se recalca que no es responsabilidad de la administración, si no que se trata de un problema general del sistema de salud. No se cuenta con manual de inducción específica. Las inducciones y reinducciones no son oportunas. Como resultado de diferentes análisis de problemas, se ejecutan ajustes de personal que propenden la mejora de procesos, pero dificultan el desarrollo efectivo de la evaluación de desempeño laboral en concordancia a los lineamientos del DAFP.

Manual de funciones desactualizado, no acorde a las actividades desarrolladas por funcionarios.

Por encontrarse la institución en plan de desempeño y en calificación de alto riesgo se generan variables que inciden en un alto índice de rotación de contratistas y/o agremiados partícipes que prestan servicios en la ESE HUEM, lo cual limita el logro de algunos resultados esperados por la Institución y el modelo estándar de control interno.

Manual de funciones desactualizado, no acorde a las actividades desarrolladas por funcionarios.

Constante cambio del personal por diferentes factores, dificulta la participación en materia de inducción, reinducción, capacitaciones entre otros.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

Se realizaron actualizaciones del manual de Procesos y Procedimientos, se llevó a

cabo la actualización del listado maestro de procesos y procedimientos y caracterizaciones TOMO I y II. El manual con todas sus actualizaciones puede ser consultado en la INTRANET. Consolidación institucional del Boletín de gestión MECI. Publicidad: Existe una cartelera en el primer piso del hospital cerca a la entrada principal y allí se publica el Boletín Gestión MECI, lo relacionado con la ley 1474 del 2011, temas MECI, entre otros. Los boletines son enviados a través de correos electrónicos institucionales, se publican en la INTRANET y WEB institucional, el historial de las publicaciones se puede verificar en el link MECI. Actualización permanente del Normograma de la Institución, fue publicado en la Página Web (www.herasmomeoz.gov.co) y en la Intranet (www.huem.ns). Se hizo entrega formal de la información ordenada y clasificada por elementos del modelo a la oficina de sistemas. Se debe resaltar el trabajo del comité de gobierno en línea, es notorio el grado de avance en la implementación de esta herramienta institucional, además se cumple con lo establecido normativamente por el nivel central. Se ha trabajado en actualización del diseño de la página web institucional, se realizan revisiones periódicas de la información publicada en los diferentes link de la página www.herasmomeoz.gov.co. Se desarrollaron foros vía web institucional. Se continuó fomentando la utilización de la urna virtual muestra de ello es que tanto la pagina interna como externa, denotan un comportamiento progresivo de visitantes. Se ha mejorado ampliamente en la publicidad de las contrataciones lo que ha permitido la participación plural de oferentes y el ahorro en el presupuesto oficial. Se debe destacar la publicación de la revista SINERGIA. Se dieron inicio a los inventarios de bienes de consumo Se adoptaron las compras en línea colocando la tecnología al servicio de la institucionalidad, con buenos resultados.

Dificultades

Se presentó un atraso en el seguimiento a indicadores, lo anterior, debido principalmente a que algunos encargados del seguimiento no lo hacen oportunamente y no entregan igualmente en los términos establecidos las tablas donde consten dichos seguimientos. Los sistemas de información no satisfacen las necesidades de la totalidad de las dependencias.

Falta compromiso de los líderes en la revisión permanente que debe realizarse a los mapas de riesgo, por tanto no se actualizan en debida forma, no se verifica si los controles son pertinentes para la mitigación del riesgo. Las Tablas de Retención Documental (TRD) no han sido desarrolladas en la institución, a pesar de los constantes requerimientos. No se cuenta con manual de control de documentos. Ausencia archivo de gestión central No se han realizado el inventario de activos fijos

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

Se continuó con la aplicación de la herramienta denominada Lista de Verificación por los diferentes procesos de la entidad, la que arrojó como resultado la modificación de los procedimientos, ajustándolos a la realidad del ejercicio de las actividades.

Los planes de mejoramiento resultantes de la aplicación de la lista de verificación se remitieron a la oficina asesora de control interno de gestión, para el seguimiento respectivo.

Se realizó igualmente el informe ordenado por el inciso segundo artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

Se trabaja en la consolidación o inventario de los planes de mejoramiento de toda la institución en la oficina asesora de control interno de gestión. Se realizaron auditorías en diferentes áreas de la entidad, como resultado de las mismas se elaboraron los informes del caso y se hicieron las recomendaciones respectivas.

Igualmente, como consecuencia de las auditorías se han realizado planes de mejoramiento, sobre los cuales la oficina asesora de control interno realizará el seguimiento.

Dificultades

No se ha logrado el cabal cumplimiento de los compromisos adquiridos en relación con los planes de mejoramiento surgidos del informe de auditoría en materia de contratación vigencia 2011 de la Contraloría General del Departamento. Falta empoderamiento a los líderes de cada proceso en el tema de planes de mejoramiento en lo que respecta a seguimiento e inventario de los mismos para transmitir a las personas a su cargo la cultura del mejoramiento continuo. Sigue siendo difícil la recolección de información referente a los planes de mejoramiento para consolidar un inventario de los mismos. Se verificó en las auditorías que existe en grado menor desconocimiento de los procedimientos, actividades y registros de los procesos. Pese a los esfuerzos institucionales por mantener la información de fácil acceso al personal a través de diferentes medios, el personal directivo y operativo no evidencia conocer la información generada y publicada.

Estado general del Sistema de Control Interno

El MECI es un modelo que debe estar en continuo desarrollo y evolución para su mantenimiento, al efecto, el Hospital ha trabajado de manera eficiente en la implementación del MECI y es notorio que ha mejorado la percepción y adaptación de los funcionarios frente al modelo, aunque se requiere enfatizar y persistir para que todos se empoderen del mismo, lo utilicen como herramienta en sus labores diarias, lo puedan articular con las funciones que desempeñan y comprendan el engranaje del sistema del control interno, lo cual sin duda alguna redundaría en el cumplimiento de los cometidos estatales y en la prestación efectiva de los servicios.

Se institucionalizaron como herramientas del modelo el boletín de Gestión MECI, la lista de verificación por procesos con enfoque de eficiencia y eficacia, el

normograma entre otros y se ha avanzado de manera considerable en la estrategia de gobierno en línea. Se reitera nuevamente que el Hospital no cuenta con tablas de retención documental, ni manual de control documental y que es imperioso trabajar en estos aspectos.

Se tienen mapas de riesgos por procesos, pero es fundamental que la revisión se realice de manera constante, igualmente se debe avanzar en la ejecución de las actividades de mejoramiento descritas en los mapas y en la verificación de los controles para mitigar la probabilidad y el impacto de la ocurrencia del riesgo. Un aspecto fundamental ha sido la realización de las auditorías por parte de la oficina asesora de control interno de gestión, ya que se ha verificado el cumplimiento de procedimientos, proyectos y programas, manual de funciones, manual de contratación e interventoría, cumplimiento de recomendaciones de órganos externos y el acatamiento de la normatividad vigente; como resultado de las referidas auditorías se han generado los planes de mejoramiento respectivos. Se puede concluir que el modelo MECI se ha venido implementando conforme a la norma y de acuerdo a las necesidades institucionales.

Recomendaciones

Se requiere de manera urgente la implementación de las tablas de retención documental (TRD).

Es necesaria la adopción del manual de control de documentos.

Se requiere el archivo de gestión central.

Se requiere de manera urgente se realice el inventario de activos fijos de la institución para dar cumplimiento al plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General del Departamento.

Se debe dar estricto cumplimiento a la resolución 001728 del 23 de diciembre de 2011, por medio de la cual se adopta manual de indicadores, ya que es una herramienta importante que ayuda a la toma de decisiones. Socializar y revisar de manera continua los mapas de riesgos de la institución, realizar seguimiento a las acciones de mejoramiento y la efectividad de los controles.

Continuar desarrollando estrategias de comunicación que permitan socializar las actividades en materia del mantenimiento y desarrollo del MECI en la institución.

Es necesario avanzar en la construcción de manuales de inducción específica.

Se debe fortalecer el elemento de desarrollo de talento humano.