

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS ESE RIONEGRO
OFICINA DE CONTROL INTERNO

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL SISTEMA DE
CONTROL INTERNO
DEL 1 DE ENERO AL 30 DE ABRIL DE 2017

ESTATUTO ANTICORRUPCION
LEY 1474 DE 2011, Articulo 9°

JUAN DAVID BERRIO VARGAS
Jefe Oficina de Control Interno

1. PRESENTACION

La Ley 1474 de 2011, por medio de la cual se dictan algunas normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción, así como la efectividad del control de la gestión pública, estableció en su Artículo 9°:

...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 de control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.

La finalidad del Modelo estándar de Control Interno es proporcionar una estructura estandarizada para el control a la planeación, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, en busca del cumplimiento de sus objetivos institucionales y los fines esenciales del estado.

Por tanto desde la Oficina de Control Interno, en el marco de sus funciones de evaluación, se contribuye al fortalecimiento del control y a mejorar el desempeño institucional del Hospital en términos de eficacia, eficiencia y transparencia.

2. NORMATIVIDAD

La normatividad que enmarca la implementación, la gestión y la evaluación de las condiciones del Modelo Estándar de Control Interno en las entidades públicas, está dada por:

Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.

Ley 1474 de 2011. Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción la efectividad del control de la gestión pública.

Decreto 1083 de 26 de mayo de 2014. Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector de Función Pública.

3. OBJETIVOS

El informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno en el Hospital San Juan de Dios, tienen como objetivo:

Identificar los avances y las dificultades de la implementación de los diferentes componentes del Modelo Estándar de Control Interno -MECI-, según lo determina el Decreto Único 1083 de 2014.

Conceptuar acerca del estado general del Sistema de Control Interno del Hospital, según la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Fomentar el mejoramiento continuo de la institución, a través de la evaluación continua y permanente de sus procesos.

4. DESARROLLO

La realización del informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno en la Institución, se basó en los lineamientos definidos para ello por el Departamento Administrativo de la Función Pública -DAFP-. En el cual, se evalúan los ejes temáticos de: Control de planeación y gestión; Control de evaluación y seguimiento e Información y comunicación, elementos que enmarcan el quehacer institucional.

A continuación se presenta el informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno, para el periodo comprendido entre los meses Enero- Abril de 2017.

4.1 MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION.

4.1.1 COMPONENTE DE TALENTO HUMANO.

A través de la implementación del comité de mejoramiento institucional del Hospital San Juan de Dios, el cual tiene como función propender por políticas y acciones concretas que permitan el mejoramiento continuo de la institución, se estableció el plan de capacitación del hospital.

El plan de capacitación tiene como objetivos, fortalecer las capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias fundamentales del talento humano del Hospital, en busca de mejorar el desempeño de sus funciones y la prestación del servicio en la institución. El plan fue construido en base a las necesidades de cada una de las áreas, así como los hallazgos evidenciados en la encuesta de satisfacción del usuario.

Dentro de las acciones del componente de talento humano, el Hospital realiza un programa de inducción para el personal que ingresa nuevo a la institución, en el cual se suministra información sobre los aspectos fundamentales de la organización, buscando familiarizar al nuevo colaborador cultura organizacional.

Con el fin de propender por un desarrollo del talento humano que permita alcanzar los objetivos institucionales, el hospital debe fortalecer los procesos de:

caracterización de funciones y competencias, selección del personal, evaluación del desempeño y proceso de reinducción.

4.1.2 COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

EL Hospital San Juan de Dios cuenta con un marco estratégico en el que se encuentra plasmado las metas de gestión y resultados que se ha propuesto la actual administración. Este marco está construido a través de tres elementos que se interrelacionan entre sí, estos son: El plan de desarrollo institucional, El plan de gestión y El plan operativo anual.

Dentro de los objetivos más representativos del direccionamiento estratégico se encuentra:

Disminuir el gasto por unidad de valor relativo en los servicios, en un 10% con respecto a las vigencias inmediatamente anteriores.

Alcanzar un Equilibrio presupuestal con recaudo del 90% de la facturación.

Permanecer sin riesgo financiero.

Posicionar los servicios y el modelo de atención del hospital tanto a nivel local como departamental.

Con respecto al modelo de operación, el Hospital cuenta con un mapa de procesos conformado por 18 procesos que corresponden a cuatro tipos: estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

Procesos estratégicos: Estos están discriminados en los procesos de planeación, mercadeo, contratación y jurídica.

Procesos misionales: Estos están compuestos por el proceso de urgencias, ambulatorio, hospitalización, cirugía, apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico, y servicio farmacéutico.

Proceso de apoyo: estos están discriminados en los procesos de talento humano, sistemas de información, financiera, recursos físicos y administración ambiental.

Procesos de evaluación: en estos se encuentran los procesos de control interno y mejora continua.

Es de anotar que si bien la institución cuenta con un esquema de gestión basado en procesos, los procedimientos están desactualizados y algunos no dan cuenta del quehacer institucional, así mismo la institución no tiene identificados en sus

procesos las variables de control, ni tampoco indicadores que permitan medir la eficacia y eficiencia del proceso.

4.1.3 COMPONENTE DE ADMINISTRACION DEL RIESGO

El Hospital se encuentra trabajando una política de administración del riesgo orientada al cumplimiento de los requerimientos establecidos en el Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, "Plan anticorrupción y de atención al ciudadano". Si bien esta estrategia permite implementar controles y acciones encaminadas a identificar, evitar y mitigar los riesgos específicos derivado de acciones de corrupción, el Hospital carece de una política general que le permita la gestión de los riesgos asociados a sus actividades y funciones, que puedan afectar o impedir el normal desarrollo de los procesos y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

El mapa de riesgos de corrupción del Hospital está constituido por 16 riesgos de corrupción, los cuales hacen parte del Plan anticorrupción y atención al ciudadano, entre ellos se tienen:

Proceso de consulta externa

- Cobros para facilitar trámites

Proceso de atención de urgencias

- Manipulación de diagnósticos

- No administración de medicamentos formulados

Proceso de servicio jurídico

- Perdida de recursos por inadecuado manejo de inventarios

Proceso de recursos jurídicos

- Favorecimiento a proveedores

- Recepción de insumos sin el cumplimiento de requisitos

Proceso financiero

- Modificación de información financiera

- Favorecimiento en el pago de proveedores

- Sobornos por aceptación de glosas

- No facturación de servicios

Proceso de contratación

- Incumplimientos de contratos

- No planeación de la actividad contractual

Proceso jurídico

No trazabilidad a los procesos jurídicos

Proceso de mejora continúa

No respuesta a las peticiones, quejas y reclamos

Proceso de sistemas de información

Pérdida o utilización inadecuada de la información

Proceso de talento humano

Vinculación de personal no competente

Alterar documentación de hojas de vida

Si bien el Hospital tiene definidos los riesgos del plan anticorrupción y atención al ciudadano, se deben definir los riesgos institucionales que le permitan a la institución un aseguramiento razonable del logro de sus objetivos, así mismo se deben implementar acciones de monitoreo y seguimiento que permitan verificar la efectividad de los controles.

4.2 MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

4.2.1 COMPONENTE DE AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

El hospital ha venido realizando dentro de su Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad -PAMEC- la autoevaluación de los estándares de acreditación en salud, lo cual se convierte a su vez en un insumo para la evaluación del respectivo plan de gestión de la gerencia.

Es importante anotar que dentro del ejercicio de autoevaluación, la institución no solo debe tener el enfoque de acreditación en salud dada en la Resolución 2082 de 2014, sino que las actividades de autoevaluación deben enmarcar también, los aspectos de cumplimiento del sistema único de habilitación, cumplimiento de los objetivos estratégicos e institucionales del Hospital, así como la evaluación de eficacia de los controles de gestión del riesgo.

4.2.2 COMPONENTE DE AUDITORIA INTERNA

La auditoría interna del Hospital es realizada por la Oficina de Control Interno, la cual tiene dentro de su marco de acción la realización de auditorías programadas a las 18 procesos institucionales, así como la realización de auditorías permanentes a los procesos críticos del Hospital, tales como: Contratación, gestión financiera y atención al usuario. Dentro de las auditorias que se han realizado por parte de la Oficina de Control Interno se tienen:

Auditoria al procedimiento de gestión de historia clínica

Auditoria al procedimiento de programación de cirugía

Auditoria al procedimiento de afiliaciones institucionales al régimen subsidiado (Decreto 2353 de 2015)

Auditoria al contrato sindical No. 004 de 2017, mediante el cual se provee personal para cumplir labores administrativo y asistenciales en el Hospital,

Auditoria al contrato sindical No. 054-2017, mediante el cual se provee personal para cumplir labores asistenciales en el Hospital.

Auditoria al contrato sindical No. 055-2017, mediante el cual se provee personal para cumplir labores administrativo y asistenciales en el Hospital.

Auditoria al contrato No. 011-2017, mediante el cual se provee el servicio de aseo hospitalario.

Auditoria al contrato No. 012-2017, mediante el cual se provee el servicio de lavandería de ropa hospitalaria.

Evaluación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano.

Evaluación del sistema de control interno contable.

En cada una de la auditorias antes referenciadas, se realiza un análisis del cumplimiento de las actividades en comparación con la normativa que aplica para da una de ellas. De esta forma se dejan constancias de los incumplimientos y los planes de mejoramiento a que hallan lugar, que subsanen los hallazgos evidenciados.

4.2.3 PLANES DE MEJORAMIENTO

Está en ejecución el primer seguimiento a los planes de mejoramiento productos de las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno, donde se verificará el cierre de los hallazgos encontrados en las actividades de los procesos de contratación, gestión financiera, servicio quirúrgico y atención al ciudadano, hasta ahora auditados.

4.3 EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACIÓN

El Hospital realizó en el mes de abril la audiencia pública de rendición de cuentas para la vigencia 2016, donde se expusieron los resultados obtenidos y los retos que afronta la institución, de cara a las dificultades actuales del sistema de salud. Así mismo se dio a conocer a la comunidad en general, el Plan de gestión y el Plan de

desarrollo institucional, instrumentos que se convierten en la hoja de ruta del Hospital para los próximos años.

Con respecto a la comunicación interna la gerencia de la institución, implementó la estrategia “El gerente escucha”, espacio que es utilizado para socializar los avances, retos y problemáticas al interior del Hospital.

4.4 ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.

Con respecto al estado del Sistema de Control Interno en el Hospital San Juan de Dios, la Oficina de Control Interno realizó la respectiva evaluación anual (vigencia 2016), en el aplicativo que dispone para ello, el Departamento Administrativo de la Función Pública.

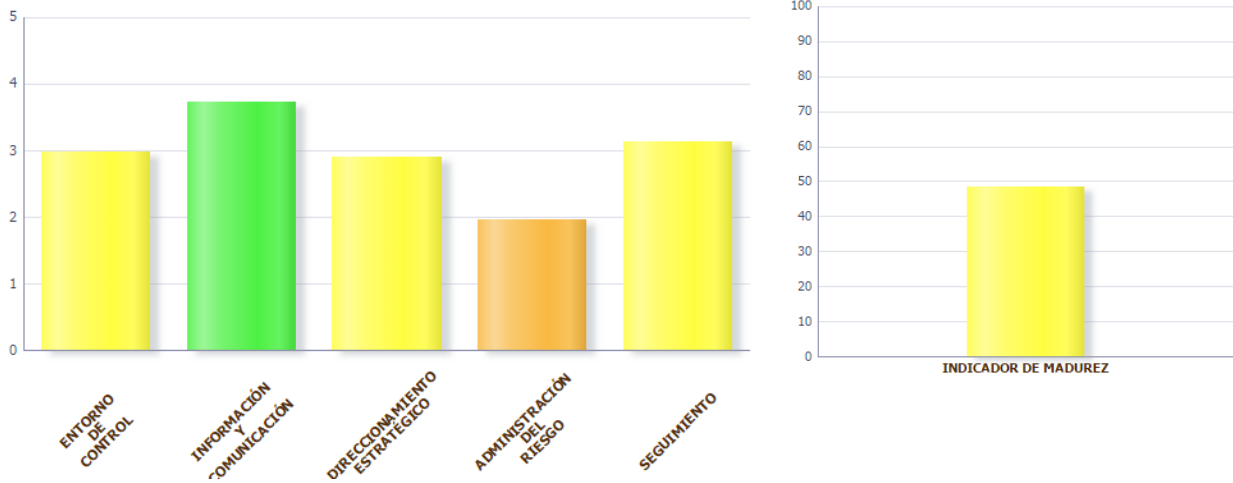
La calificación obtenida del estado de desarrollo y fortalecimiento del Sistema fue de 48.42 puntos sobre 100, lo que lo posiciona en un nivel intermedio de avance.

Los cinco factores evaluados comprenden: Entorno de control, información y comunicación, direccionamiento estratégico, administración del riesgo y seguimiento.

Resultados obtenidos del desarrollo de cada uno de los factores del MECI, fueron los siguientes:

FACTOR	PUNTAJE	NIVEL
Entorno de control	2.97	Intermedio
Información y comunicación	3.72	Satisfactorio
Direccionamiento estratégico	2.9	Intermedio
Administración del riesgo	1.96	Básico
Seguimiento	3.13	Intermedio
Indicador de madurez MECI	48.42	Intermedio

Nivel de maduración componentes del MECI



Según el estado de madurez obtenido para el Sistema de Control Interno, el Departamento Administrativo de la Función Pública, ha definido este nivel de desarrollo como:

“INTERMEDIO: La Entidad aplica el modelo de control interno de forma más estructurada. Cuenta con sistemas de información y canales de comunicación en operación, ajusta sus procesos con base en la información recolectada de forma interna. Posee una Política de Gestión de Riesgos más robusta. Ha iniciado con la implementación de la metodología para la identificación de los riesgos por procesos.”

Dicha calificación determina que hay avances en cuanto al desarrollo del Sistema de Control Interno institucional, pero que existen aún grandes retos, para que la entidad alcance una gestión de aseguramiento administrativo continuo y sistemático. El factor menos desarrollado, según la calificación obtenida, fue el concerniente a la administración del riesgo, allí la institución debe fortalecer sus acciones, con el fin de consolidar una gestión del riesgo eficiente y efectiva en todos sus niveles, basados en una política de monitoreo, seguimiento y evaluación constante.

4.5 RECOMENDACIONES

El Hospital San Juan de Dios debe seguir fortaleciendo el Sistema de Control Interno, priorizando los factores con menos madurez obtenidos de la calificación de Departamento Administrativo de la Función Pública, estos factores son: la administración del riesgo y el entorno de control. Esto, no solo fortalecerá la

estructura del sistema MECI, sino que le permitirá al Hospital el aseguramiento razonable del logro de sus objetivos organizacionales.

Igualmente el Hospital debe continuar con los planes de mejoramiento que permitan el cierre efectivo de los hallazgos evidenciados, tanto en las auditorias de la Oficina de Control Interno, como en las auditorias de autoevaluación realizada por la Oficina de Calidad.

Así mismo, el Hospital deberá institucionalizar reuniones periódicas al interior de las áreas y dependencias, con el propósito de desplegar la información necesaria, tales como: políticas, planes, programas y directrices, encaminadas al fortalecimiento y mejora de la gestión institucional.

JUAN DAVID BERRIO VARGAS
Jefe de Control Interno
Hospital San Juan de Dios ESE Rionegro