

INFORME DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:

JORGE HERNANDO PEDRAZA VARGAS

Período evaluado: 01/11/2011 AL 01/03/2012

Fecha de elaboración: Marzo 09 de 2012

Subsistema de Control Estratégico

Avances

Como estrategia de mejoramiento en el último trimestre del año 2011, se procedió a socializar y evaluar el código de ética mediante un curso virtual contando con la participación de 90 personas entre funcionarios y contratistas. Al iniciar el año 2012, se encuentran inscritos aproximadamente 250 participantes.

Los programas de desarrollo de personal año 2011, se cumplieron en promedio en el 80%; para el año 2012 se encuentran en proceso de aprobación (capacitación, bienestar e incentivos).

El Proceso de evaluación de desempeño año 2011 -2012, se encuentra en proceso de consolidación para el informe final; así mismo para el año 2012- 2013 ya se encuentra implementado, previo proceso de capacitación dictado por la ESAP en el mes de enero 2012.

Se culminó el proceso de intervención de clima laboral del año 2011, para el presente año inicia un nuevo proceso el cual tendrá una duración de dos años.

Con base en la autoevaluación de los estándares de acreditación realizada el año anterior, se ajustó el programa de mejoramiento de la calidad (PAMEC) a desarrollar en el presente año.

En los planes de trabajo de los procesos estratégicos para el año 2012, se incluyó la evaluación de cumplimiento de las principales políticas del sistema de control interno de la entidad.

Se definieron los nuevos planes de trabajo de todos los procesos en la última semana de enero 2012 y por consiguiente se deriva el plan de trabajo institucional.

Con base en el último monitoreo del año 2011 a los 27 mapas de riesgos en operación, se encontró que el 62% de los riesgos priorizados, se encuentra bajo el estándar de control esperado como meta; dicho porcentaje corresponde a 115 riesgos de un total de 186 incorporados en todos los mapas existentes.

Respecto al mapa de riesgos institucional como resultado del monitoreo se establece que el 82% de los riesgos priorizados, se encuentra bajo el estándar de control definido al interior de la entidad.

Durante el monitoreo de los riesgos del año anterior, los responsables de los procesos presentaron ajustes en la identificación, análisis y valoración de estos; con lo cual se mantiene actualizada la información.

El mapa de procesos institucional se ha ido ajustando a los cambios organizacionales, convirtiéndose en herramienta de consulta e interacción.

Para el año 2012 se programaron los talleres de capacitación en gestión de riesgos, dirigido a los nuevos líderes de los procesos y a coordinadores con el fin de mantenerlos actualizados en esta herramienta de control; igualmente se tiene previsto continuar con el monitoreo a la gestión de los riesgos.

La Contraloría General de Boyacá fijó plan de mejoramiento al Hospital, el cual debía ejecutarse en el segundo semestre del año 2011; dichas acciones fueron desarrolladas aplicando todas las medidas que se tuvieron al alcance. Con respecto a la cuenta de la vigencia año 2011, le fue remitida a la Contraloría en términos dentro del mes pasado mes de febrero, quedando pendiente la respectiva auditoria presencial que realiza dicho ente de control en las instalaciones del hospital.

Dificultades

Poca claridad y falta de orientación en la normatividad que emite el Gobierno Nacional para manejo de los procesos que se gestionan bajo la modalidad de contratación.

Ninguna posibilidad de financiar con recursos propios de la entidad los programas de desarrollo de personal, con cobertura a contratistas.

A partir de la difusión de los deberes y derechos de los usuarios y de la implementación de mecanismos de percepción de los usuarios, se han incrementado el número de quejas y reclamos relacionados con la prestación del servicio.

En la práctica es muy difícil articular adecuadamente la planeación institucional con los planes de trabajo de los procesos y las metas individuales de desempeño. Adicionalmente existe el hecho de que a más del 80% del recurso humano que labora en la institución no le aplica el procedimiento de evaluación de desempeño.

Demora con la aprobación del proyecto de sistematización de la historia clínica a la dirección del Hospital.

No se han definido ni implementado medidas sobre sanción y estímulos en cumplimiento de las metas establecidas en los planes operativos de los procesos.

Subsistema de Control de Gestión

Avances

Por parte de los procesos misionales culminaron la nueva versión del modelo de atención al usuario y se articularon las políticas de todos los procedimientos que este implica a los estándares de acreditación; en la primera etapa de evaluación del índice de calidad esperado, más de la mitad de los procesos asistenciales lo cumple.

Se desarrolla un plan de actualización de la versión de los procedimientos de toda la entidad, de lo cual se llegó al finalizar el año 2011 en el 22% de adelanto, con cerca de 100 procedimientos; dicha actividad continua desarrollándose en el año 2012.

Los 65 indicadores incluidos en el tablero de mando integrado, se siguen diligenciando adecuadamente; dichos indicadores permiten inferir sobre la perspectiva financiera, del usuario y del proceso.

Acorde con el modelo estándar de control interno y el sistema único de acreditación, la entidad trabaja bajo la estructura de gestión por procesos, permitiendo que cada uno de los 28 procesos identificados desarrollen el esquema de trabajo bajo la cultura proveedor, proceso y cliente.

Los procedimientos aprobados y estandarizados se encuentran a disposición en la red de sistemas y son fuente de consulta para socialización, evaluación y seguimiento. El formato para documentación de procedimientos fue actualizado de versión; se mantiene la inclusión de los riesgos, controles y políticas.

La entidad cuenta con el manual de procedimientos, acorde con los requisitos del MECI.

El normograma institucional no está totalmente actualizado, no tiene definido procedimiento para mantenerlo vigente.

Se cumple con el procedimiento de percepción de la voz del cliente externo, mediante la aplicación de las encuestas en todos los meses del año; igualmente se da apertura semanal a los de 30 buzones de quejas, reclamos y sugerencias.

Desde el sistema de información y atención al usuario, se mantiene contacto permanente y de apoyo al paciente y su familia,

a fin de entregarle la información a que tiene derecho conocer, facilitándole su estadía durante el proceso de atención.

Como insumo de la planeación de la vigencia año 2012, se realizó el contexto estratégico, el cual permite identificar las necesidades de las partes interesadas y determinar las estrategias de mejoramiento a seguir.

El proceso de aprobación de los trámites de la entidad a publicar en la página web, aún no lo ha culminado el Departamento Administrativo de la Función Pública; por tal razón se le ofició a dicho ente de control con el fin se acelerará dicho trámite; se recibió contestación del DAFP, en el sentido que desde febrero del año 2012 se asignan dos consultores para el Hospital.

Se efectuó el cierre contable de la vigencia 2011 y los informes respectivos fueron entregados con oportunidad ante la revisoría fiscal, a Contraloría General de Boyacá y Contaduría General de la Nación.

La Junta Directiva del hospital procedió a efectuar la evaluación de metas gerenciales, correspondientes al año 2011, bajo lo regulado en el Decreto 357 de 2008; lo cual quedó registrado en el acuerdo 01 del 20 de enero de 2012, obteniendo la calificación cualitativa de satisfactoria y cuantitativa de 81.52 puntos sobre 100.

Al Hospital San Rafael de Tunja le fue otorgada la certificación de habilitación de todos los servicios de salud inscritos ante la Secretaria de Salud de Boyacá, fruto de un plan de acción desarrollado durante el año 2011. A fin de mantener en nivel adecuado de cumplimiento todos los requisitos de habilitación en el año 2012, se continúan con acciones concretas bajo orientación de la oficina de calidad de la institución.

El 91% de las 45 áreas productoras de documentos, cumplen con los requerimientos de las tablas de retención documental en medio electrónico y el 100% en medio físico.

Se ejecutó el 90% del plan de medios de comunicaciones interno y externo aprobado para el año anterior. A nivel externo se aplicaron más de 406 encuestas para evaluar los canales de comunicación y grado de satisfacción de la comunidad, encontrando gran receptividad, ya que el 83% de los encuestados percibe la información que se está transmitiendo por los medios de comunicación como buena. Igualmente a nivel interno, el 84% de los clientes internos percibe como buena la información emitida por los canales de comunicación internos.

En la página Web del Hospital se relacionan los actos administrativos vigentes y de interés general; igualmente las normas de nivel Departamental que le aplican en la gestión del Hospital.

Desde la segunda mitad del año 2011 se viene actualizando la identificación, asignación y plaquetización de activos fijos, con el fin de mantener control y cifras coherentes en términos contables.

En el primer semestre del año anterior se efectuó la audiencia de rendición de cuentas a la ciudadanía y en lo que respecta al presente año, se tiene planeado desarrollar dicha actividad, en la cuarta semana de marzo del año 2012.

En cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, la oficina de control interno elaboró el informe de evaluación del procedimiento de recepción, trámite y solución de: quejas, reclamos y sugerencias, incluidos los derechos de petición, gestionado en el segundo semestre del año 2011. Se definió plan de mejoramiento, en razón a la importancia que reviste para la entidad la voz del usuario.

Se terminó de ejecutar el plan de trabajo para ajustar y actualizar a la normatividad vigente los contenidos de la página Web del Hospital; por tanto el hospital cumplen con los requerimientos de la Ley 962 de 2005.

Dificultades:

Para los procesos misionales constituye significativo esfuerzo las actividades de actualización o revisión de los procedimientos documentados, ya que su jornada de trabajo está enfocada el 100% en función de la atención al paciente.

Los procesos de Internación y de Urgencias no cuentan aún con la conexión a la red de datos, lo cual hace incurrir en algunos reprocesos y demoras en la prestación de los servicios de salud.

El inadecuado nivel de pago de todos los regímenes que contratan la prestación de los servicios al Hospital, ha incidido en que sea bajo el nivel de recaudo de cartera, ya que en el año 2011 se llegó al 59% del total facturado y radicado. Esta situación afecta la gestión del Hospital y se constituye en una amenaza cierta en el futuro inmediato; sin embargo el Hospital en la actualidad viene cumpliendo al 100% con todos los compromisos a corto plazo.

Dificultad para efectuar apropiaciones presupuestales para inversión, siendo truncados los proyectos que tiene previsto el Hospital, dando prioridad en atender los compromisos de funcionamiento y comercialización; dicha situación es producto del punto anterior.

La amplia dispersión geográfica y nivel educativo de alguna parte de la población del Hospital, dificulta el acceso y utilidad de la página web, situación que se refleja en la baja demanda del servicio de citas médicas por este medio y en la baja cantidad de quejas y sugerencias realizadas.

Imposibilidad de atender al 100% de la población que demanda los servicios al hospital, ya que por ser cabeza de la red pública de prestadores de servicios de salud del departamento y la única IPS de tercer nivel de complejidad, se le remite alto volumen de usuarios. Dicha situación también es auspiciada por que algunas empresas sociales del estado de la Red pública, no tienen la capacidad resolutive suficiente y deben remitir los pacientes al Hospital San Rafael de Tunja, lo cual incrementa la demanda de servicios de esta población.

Son insuficientes los recursos que otorga el Gobierno para atención de eventos NO POS de población vinculada y afiliada a EPS subsidiadas, situación que se ve reflejada en los altos valores de sobrefacturación que tiene que incurrir el Hospital, sin tener plena garantía que el ente territorial le reconocerá la totalidad de los servicios efectivamente prestados y facturados.

Subsistema de Control de Evaluación

Avances

A través de la implementación del modelo estándar de control interno y del sistema obligatorio de garantía de calidad, se han implementado herramientas y metodologías que conllevan al control y autocontrol, evidenciadas en los estándares de acreditación, en políticas de operación, en indicadores del proceso, en mantenimiento de condiciones de habilitación, en gestión ambiental, en gestión de salud ocupacional, en gestión de facturación, en gestión de costos, en gestión de riesgos, en gestión de quejas y reclamos y en la gestión de más de 15 comités interinstitucionales, etc.

Fruto del seguimiento de los mecanismos de control y autocontrol enunciados, se presentan a continuación los resultados obtenidos al finalizar el año pasado:

- *PAMEC. Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, se ejecutaron las acciones definidas en los estándares de acreditación en el 77%, equivalente al 85% de cumplimiento, ya que se había planteado llegar al 90%.*
- *Mapa de Riesgos Institucional. El 82% (14 de 17) de los riesgos institucionales están bajo control, de acuerdo con los indicadores de resultado esperados.*
- *Mapas de riesgos por procesos: De 27 mapas de riesgos evaluados, el 62% de los riesgos figuran bajo estándar de control esperado.*
- *Tablero de Mando Integrado: Se cumplieron las metas o calidad esperada en el 70% de los indicadores establecidos (47), mientras que en proceso de desarrollo quedaron el 7.7% de los indicadores (5) y el 21% (14) de indicadores no alcanzaron los resultados esperados.*

- Cumplimiento de los criterios establecidos en la Resolución 444 de 2008, sobre buenas prácticas de elaboración en el servicio farmacéutico. Mediante visita del INVIMA el 26 de mayo de 2011, fue ratificada la certificación del Hospital. Durante el año 2011 se desarrolló plan de mejoramiento con el propósito de mantener en cumplimiento los criterios de dicha norma.

- Sistema de Gestión Ambiental bajo la norma ISO 14001. 57% de cumplimiento de los criterios, cuya línea base del año 2010 era del 27.5%. Igualmente se obtuvo la ratificación de reconocimiento de Hospital Verde por parte de Corpoboyacá.

- Sistema de Gestión en Salud Ocupacional bajo la norma OHSAS 18001. 58% de cumplimiento de los criterios, cuya línea base del año 2010 era del 40%.

- Estado estándares del Sistema único de Habilitación. Al Hospital le fue otorgada la certificación de habilitación de los servicios inscritos ante el ente territorial.

- Estado estándares del Sistema único de Acreditación. Se realizó el quinto proceso de autoevaluación contra los estándares de acreditación, la cual obtuvo como resultado una calificación por moda de 2 sobre 5 y por promedio de 2,4 sobre 5 puntos; siendo la meta esperada de 3, ya que sobre esta cifra se otorga la certificación condicionada de acreditación.

- Porcentaje de gestión de quejas y sugerencias. Se gestionaron 266 quejas durante el año, se verificaron los tiempos de respuesta a cada una en la matriz de seguimiento y se establecieron acciones conjuntas con los procesos involucrados. Al final del año la respuestas que se dieron en términos, correspondió al 78% de éstas.

- Presentación de informes a entes de control y vigilancia. 100% de reportes.

Al finalizar el año 2011 el plan de auditorías y de evaluaciones, se ejecutó en el 86% de lo programado, quedando en nivel de cumplimiento, según el rango de medición normado internamente para la institución.

Con base en el plan de trabajo de la oficina de control interno año 2011, se efectuaron las evaluaciones a los componentes del sistema de control interno; cuya información fue insumo principal para elaborar y presentar el informe ejecutivo de control interno vigencia 2011, el pasado 27 de febrero.

Para el año 2012 la oficina de control interno cuenta con el plan de auditorías, elaborado bajo los roles normativos que le rigen y con el cual se efectuará la medición del sistema de control interno del Hospital San Rafael de Tunja.

En el mes de enero 2012 se realizó la evaluación de la gestión institucional y de los procesos año 2011, cuyos resultados fueron las bases para la planeación del año 2012.

Respecto al año 2011, los resultados de logros del POA Institucional fue en promedio del 73% y de la gestión de los procesos fue del 78%. Se encuentra una diferencia de 5 puntos, propiciada por varios factores, ya que en el POA institucional todas las metas tienen igual ponderación, mientras que en los procesos, además que estos ejecutan metas adicionales y propias.

El procedimiento de auditorías de control interno se realiza bajo los lineamientos de las normas ISO y de las directrices del modelo estándar de control interno. En el año anterior se evaluaron los procesos y subprocesos de almacén, tesorería, caja general, farmacia, suministros, nóminas, cartera, facturación, auditoría médica, presupuesto, jurídica, costos, farmacia, ortopedia, Educación Médica. Igualmente se efectuó evaluación a la gestión institucional y de todos los procesos en forma trimestral.

Producto del rol de auditoría de control interno realizado el año anterior, se generaron 12 planes de mejoramiento y producto del seguimiento final se cumplieron en el 57% las acciones implementadas, cuya meta impuesta a la oficina de control interno era del 60%, mientras que para el respectivo proceso era el 85%.

Las auditorías de calidad están siendo gestionadas desde el proceso de calidad, bajo los lineamientos del programa de mejoramiento de la calidad PAMEC y del sistema obligatorio de garantía de la calidad que aplica para las entidades que prestan servicios de salud.

El plan de mejoramiento institucional del año 2011 fue elaborado bajo los criterios del MECI, incluyéndose las recomendaciones más relevantes de la oficina de control interno. Adicionalmente se complementa con los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General de Boyacá, Procuraduría General de la Nación, Secretaría de Salud de Boyacá y Revisoría Fiscal. El cumplimiento del plan de mejoramiento institucional del año 2011, fue del 77%; dicho porcentaje figura dentro de las metas planteadas.

Se estandarizó el procedimiento de plan de mejoramiento individual; sin embargo no fue posible obtener su aplicación al personal de carrera administrativa.

Dificultades

La carencia de un software de historia clínica limita y demora la obtención de los datos para cálculo de algunos indicadores, evidenciando reprocesos en la obtención de la información.

La carencia de una política específica de sanción o estímulo para el cumplimiento de los planes de mejoramiento de los procesos y subprocesos, incide en que algunos líderes o coordinadores se basan en ese supuesto para su respectivo desarrollo.

Multiplicidad de herramientas de control y autocontrol definidas al interior de la entidad, en proporción también a la gran cantidad de procesos existentes, los cuales son reales con el sector y objeto social de la entidad, lo que dificulta hacer seguimiento del 100% de estas.

La generación de alto volumen de planes de mejoramiento, derivados de los sistemas de calidad, de control interno, de revisoría fiscal, de atención al usuario, de PAMEC, de habilitación, de gestión de glosas, etc, hace que los líderes de los procesos los reciban con preocupación por el compromiso que se surte.

Inaplicabilidad del procedimiento de mejoramiento individual, aunado al hecho de que más el 80% del personal que labora en la entidad no pertenece a la planta de cargos, teniendo claro que a dicho personal no le aplica este procedimiento.

Imposibilidad de realizar auditorías a todo el sistema de control interno de la entidad en una sola vigencia, debido al gran volumen de procesos y subprocesos, teniendo que priorizar el plan de trabajo.

Recomendaciones

- ✓ Revisar el contenido del código de ética, ya que se debe realizar cada dos años. (Circular única Supersalud). Definir plan de difusión del código de ética con metas específicas.
- ✓ Definir acciones de mejoramiento en los procesos de desarrollo de personal, a partir de la autoevaluación de los objetivos y metas previstas, sin dejar de lado la adherencia de dichos procedimientos.
- ✓ Revisar las políticas de Talento Humano y efectuar permanente seguimiento.
- ✓ Efectuar evaluación del 100% de los eventos de capacitación, cuya organización corresponda al Hospital.
- ✓ Asesorar a los evaluadores de desempeño para que generen planes de mejoramiento individual, en el primer semestre del periodo 2012-2013.
- ✓ Ajustar el procedimiento de inducción, en el sentido de diferenciar los temas a informar para personal misional y de apoyo, cumpliendo además con los periodos establecidos para su realización.

- ✓ Ampliar el procedimiento de inducción, incluyendo lo pertinente al puesto de trabajo y lo referente a que los funcionarios que participan evalúen dichas jornadas.
- ✓ Definir un nuevo plan de trabajo para mejoramiento del clima laboral.
- ✓ Documentar el procedimiento de acuerdos de gestión, acorde con los requerimientos de MECI.
- ✓ Realizar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos de gestión, definiendo acciones correctivas y preventivas.
- ✓ Definir claramente los indicadores de calidad del modelo de atención en cada uno de los servicios misionales.
- ✓ Actualizar las políticas de operación de procesos del área misional con base en el modelo de atención en salud.
- ✓ Actualizar la versión del normograma institucional y promocionar su utilidad.
- ✓ Actualizar el estudio de valoración de activos acorde con las directrices de la Contaduría General de la Nación.
- ✓ Definir cronograma y procesos responsables para mantener vigente la información publicada en la página Web, acorde con las etapas que exige la agenda de conectividad del Gobierno Nacional y Ley 962 de 2005.
- ✓ Sistematizar la Historia Clínica.
- ✓ Ampliar el radio de acción del proceso de auditoría de calidad de manera que se articule con todos los requerimientos del sistema obligatorio de garantía de calidad.
- ✓ Definir un plan de mejoramiento para tramitar con más oportunidad y calidad las quejas y reclamos que se allegan a la entidad por los distintos medios.
- ✓ Adelantar mecanismos de socialización de las políticas de operación a los servidores sobre los procedimientos y procesos.
- ✓ Capacitar previamente a todos los coordinadores en gestión de procesos, con lo cual se facilita la recomendación anterior.
- ✓ Continuar con el plan de revisión y actualización de los procedimientos y que sea acorde con los cambios en las operaciones de la entidad.
- ✓ Definir planes de mejoramiento individual a los funcionarios de carrera administrativa con base en la evaluación de desempeño del primer semestre del periodo actual 2012-2013, siguiendo los lineamientos del procedimiento definido por la institución.
- ✓ Realizar seguimiento programado por los evaluadores a los planes de mejoramiento individual.



Firma