



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

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Magda Yurany Trilleras Yara	Período Evaluado: 12 Julio 2015 – 11 Noviembre 2015
		Fecha de Elaboración: 20 de Noviembre de 2015

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con un "Código de ética institucional" adoptado mediante Resolución No. 102 del 29 de julio de 2014, el cual se encuentra en proceso de actualización en razón a que los principios y valores fueron ajustados recientemente. Sin embargo, los que se encuentran vigentes, han sido socializados a través de distintas estrategias pero no se evidencia medición de su aplicación.

El Comité de Ética y Humanización conformado mediante Resolución 170 del 25 de noviembre de 2014, es el encargado de liderar, asesorar y orientar al usuario interno y externo, en la determinación de normas y procedimientos éticos y humanísticos que garanticen el buen trato, la integridad de la persona humana y promuevan el sano ejercicio de la actividad técnica y científica, enmarcada en los valores y principios, deberes y derechos de la institución. Por tanto, se han desarrollado reuniones donde se han definido actividades y liderado estrategias para promover la ética y humanización en el Hospital con enfoque en la prestación de servicios y satisfacción del usuario; algunas estrategias realizadas en el cuatrimestre fueron: exprésate, muro de los sentimientos; 2 x 2 a través de página web, intranet y redes sociales; valor y principio diario, entre otras.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E., cuenta con un Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales, de acuerdo a la estructura organizacional actual; sin embargo, se requiere ajustar dicha estructura de acuerdo a las necesidades identificadas y conforme al estudio de cargas laborales.

En relación al Plan de Formación y Capacitación, para la vigencia 2015 se estableció cronograma de capacitaciones, el cual a 11 de noviembre de 2015 se ha cumplido en 98% (44 efectuadas de 45 programadas), así mismo, el 21/08/2015 se aprobó el PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION Código PLA-TH-001 como documento del proceso de Gestión del Talento Humano, donde se imparten lineamientos y se define la metodología para formular y desarrollar el Plan Institucional de Capacitación – PIC, con el fin de fortalecer las competencias laborales y comportamentales de los colaboradores del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. Lérica – Tolima, a partir del mes de octubre se inició la aplicación de la metodología para establecer conforme a la misma, el Plan para la vigencia 2016.

Con el fin de identificar oportunidades de mejoramiento y nuevas oportunidades de aprendizaje institucional, la evaluación del PIC se tiene establecido realizar bajo dos enfoques: Gestión del PIC, el cual hace referencia al cumplimiento de los objetivos propuestos y ejecución del plan en los plazos establecidos y con los recursos previstos; Impacto del PIC, que hace referencia a la generación de solución al problema que dio origen al PIC. Se tiene previsto evaluar la efectividad del Plan 2015 al finalizar la vigencia conforme a lo estipulado.



El Programa de Inducción y reinducción, fue actualizado el 11 de mayo de 2015; en mayo y junio se efectuó jornada de inducción y reinducción de manera general, es decir, a todo el personal que se encontraba vinculado; a partir de esa fecha cada vez que se vincula personal al Hospital se le realiza inducción, la cual es evaluada a través de pre y pos test para medir el grado de comprensión de los temas tratados.

En el mes de mayo de 2015, fue aprobado el Programa de Bienestar, el cual contempla 11 actividades a desarrollarse en la vigencia, a 11 de noviembre de 2015 se han realizado 7 actividades, 1 se encuentran en desarrollo y 3 pendientes.

El clima laboral se mide a través de encuesta, la última fue aplicada en agosto de 2015 y el análisis se efectuó en el mes de septiembre de 2015 en jornada de trabajo con el asesor de calidad, las acciones de mejoramiento no han sido documentadas en el Plan de mejoramiento, se requiere socializar el resultado al personal del Hospital.

Para la actual vigencia no se ha definido un plan de incentivos, lo cual no ha permitido dar cumplimiento al Decreto 1567 de 1998, en lo que respecta al sistema de estímulos para los empleados del Estado.

En relación a procesos meritocráticos de cargos directivos, el Hospital si adelanta dichos procesos al único cargo que actualmente aplica, el de Gerente. Por tanto, cuenta con los correspondientes soportes, los cuales reposan en la Oficina de Talento Humano.

El Hospital tiene definido el mecanismo de evaluación de desempeño y cumplimiento de responsabilidades, según vinculación con el Hospital, los lineamientos se encuentran documentados en el "MANUAL PARA LA PLANEACIÓN ESTRATÉGICA DEL RECURSO HUMANO" Código MAN-TH-001 numeral "1.3.4 GESTIÓN DEL RENDIMIENTO" aprobado el 20/08/2015. Sin embargo, aún no se evidencia resultados finales de su aplicación.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.

Mediante Acuerdo No. 003 del 18 de Marzo de 2015, se adoptó la Plataforma Estratégica de la Empresa Social del Estado HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL, compuesta por: Misión; Visión; Objetivos Estratégicos; Principios y Valores; Filosofía Institucional, la cual ha sido divulgada a través de distintos medios (página web, intranet, cartelera, redes sociales, jornadas de inducción y reinducción y actividades lúdicas). Se cuenta un Plan Estratégico, publicado en la Página web; sin embargo, falta la evaluación de éste y los Planes de Acción u Operativos Anuales, con corte a septiembre de 2015.

A través de los programas de salud pública se conocen las necesidades de los usuarios, sin embargo, se han habilitados otros mecanismos como buzones internos y externos, a los cuales se les realiza apertura y seguimiento; en cuanto a las necesidades legales y presupuestales, se tiene en cuenta para la formulación de Planes, Programas y Proyectos.

Se tiene definido los comités internos de trabajo a través reglamentación interna, donde se establece su conformación, funciones, periodicidad de reuniones, etc.; se tiene un cronograma general de reuniones pero falta efectuar seguimiento a su cumplimiento, aunque cada comité de acuerdo a su reglamentación, desarrollan su funciones y efectúan reuniones.

La Oficina de Atención al Usuario (SIAU) es la encargada de evaluar la satisfacción de los usuarios, a través de encuestas cuyos resultados son analizados; además, se realiza seguimiento telefónico a los pacientes egresados del Hospital, con el fin de garantizar continuidad en el tratamiento.



Se tiene establecido lineamientos para realizar seguimiento y evaluación a Planes, programas y Proyectos, cada uno a través de distintos documentos. Sin embargo, el seguimiento es permanente por parte de los mismos responsables de ejecutarlos y las evaluaciones de los Planes institucionales se realizan bajo dos enfoques institucional por parte de Calidad e independiente por parte de Control Interno, donde se verifican los avances y cumplimiento.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

El Hospital tiene definido los procesos de tipo estratégico, misional, de apoyo y evaluación, ilustrados a través del mapa de procesos, los cuales han sido objeto de revisión; sin embargo, no todos cuentan con caracterizaciones actualizadas, a la fecha se han aprobado 6 de 13 procesos.

Actualmente el Hospital se encuentra en proceso de determinación definitiva de los indicadores: de primer orden, relacionados con el cumplimiento de los objetivos y estrategias del plan estratégico; de segundo orden, relacionados con el cumplimiento de los planes de acción y gestión de la institución; de tercer orden, relacionados con los resultados específicos sobre la operación de los procesos. Lo anterior, con el fin de parametrizarlos y medirlos a través del aplicativo kawak.

Algunos procedimientos fueron actualizados y otros se encuentran en ajuste, con el fin de documentarlos acorde a las actividades que desarrollan y los puntos de control que se requieran para su adecuada ejecución. Las versiones vigentes se encuentran publicadas en la red, a través de una carpeta compartida por la Oficina de Calidad, para su respectiva consulta por parte los colaboradores del Hospital, esto como mecanismo de control de los documentos en el Sistema de Gestión de Calidad, mientras se culmina la migración al aplicativo kawak.

1.2.3 Estructura Organizacional

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una estructura organizacional que debe ser ajustada de tal manera contribuya a la gestión por procesos y permita establecer de forma clara los niveles de responsabilidad y autoridad que facilite la operatividad, toma de decisiones y liderazgo de procesos.

Al personal del Hospital se le ha comunicado la relación entre la estructura y los procesos, es decir, cuales unidades funciones, áreas o servicios intervienen en los distintos procesos; no obstante, se requiere reforzar el tema, ya que en algunos colaboradores se presenta confusión.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Se tienen definidos indicadores para medir la gestión institucional, dentro de los cuales se encuentra los establecidos para dar cumplimiento al Decreto 2193 de 2004 e informe de gestión anual, asimismo, en el Plan Estratégico se concretaron indicadores de primer orden para medir el cumplimiento de los objetivos estratégicos; en cuanto a indicadores de tercer orden que permite medir la gestión de los procesos, se ha realizado revisión y evaluación de los indicadores existentes teniendo en cuenta la oportunidad, finalidad, claridad, practicidad, confiabilidad, entre otros aspectos, con el fin de determinar los definitivos, los cuales sean útiles y aplicables. De esta manera poderlos parametrizar en el kawak y continuar su medición a través de dicha herramienta.

1.2.5 Políticas de Operación

Mediante Resolución 015 del 20 de enero de 2015, se adoptaron las políticas institucionales; sin embargo, falta ajustar y definir las operativas de los distintos procesos, para actualizar el Manual de Operación, ya que no en todos los procesos se han actualizado.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo



El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con un Manual de Administración de Riesgos, donde se definen lineamientos e instrumentos para el proceso de identificación, manejo y control de los riesgos; éste documento fue socializado a líderes de proceso para iniciar su aplicación. Así mismo, se cuenta con una política de gestión del riesgo y seguridad del paciente que enuncia “El Hospital Especializado Granja Integral, se compromete a institucionalizar y concientizar en la implementación de prácticas seguras con el fin de controlar los riesgos y mitigar las consecuencias en el paciente, familia y colaboradores”, ésta política institucional al igual que las demás, fueron adoptadas mediante Resolución 015 del 20 de enero de 2015.

1.3.2 Identificación del Riesgo

Cuenta con un mapa de riesgos institucional clasificado por procesos, sin embargo, no ha sido actualizado en su totalidad, se encuentra en proceso de análisis del resultado de la valoración de los controles y barreras de seguridad aplicadas y análisis de los factores externos e internos para determinar los riesgos a los que están expuestos tanto los procesos como toda la institución. Una vez se actualice el mapa se debe socializar a todo el personal, así mismo, la funcionalidad del módulo del kawak relacionado con el tema.

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

Se realizó análisis y valoración de los riesgos identificados y documentados en el mapa 2014, el resultado se utilizará para su actualización, de tal manera se continúe realizando seguimiento a la efectividad de los controles y barreras de seguridad frente a nuevos factores de riesgos.

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

Aun se presenta debilidad en la aplicación de la autoevaluación de control por parte de los procesos, en cuanto a poder determinar la efectividad del Sistema de Control Interno (SCI). Se evidencia empoderamiento en la autoevaluación de los estándares de acreditación, que se realiza cada vez que se efectúa cierre de ciclo, por tanto, se considera que indirectamente se estaría efectuando autoevaluación del SCI ya que dentro de los criterios de algunos estándares están inmersos los elementos, lo que ha permitido que con la ejecución de planes de mejoramiento se avance en el cumplimiento de las exigencias de todo el Sistema de Gestión de Calidad del Hospital, es decir, tanto del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) como del Sistema de Control Interno.

Cuatrimensualmente se diligencia encuesta de evaluación del Sistema de Control Interno, a través del formato FOR-SC-003, con enfoque independiente ya que es realizada por la Oficina de Control Interno, según evidencias; el resultado es insumo para la elaboración de informes pormenorizados del estado del Control Interno e Informe Ejecutivo Anual.

En cuanto a la autoevaluación de la gestión, se aplica mediante el análisis de los resultados de los indicadores reportados en cumplimiento al Decreto 2193 de 2004 y del Informe de Gestión Anual; no obstante, es necesario fortalecer el análisis de la medición de la gestión de los procesos, es decir, de los indicadores de 3er orden, no solo por parte de los líderes sino de todo el equipo de trabajo.

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1 Auditoría Interna



La Oficina de Control Interno realiza seguimiento al Sistema de Control Interno para determinar su efectividad, no solo mediante la evaluación del SCI si no también mediante auditorías internas de gestión e informes de seguimiento, como resultado se han elaborado y publicado en la página web del Hospital, Informes Pormenorizados del Estado del Control Interno, conforme lo establece la Ley 1474 de 2011, además, Informes Ejecutivo Anual que se han rendido en cada vigencia.

Se cuenta con un procedimiento documentado para la realización de auditorías internas, actualizado en el mes de enero de 2015, así mismo, se cuenta con un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, a la fecha se han desarrollado 8 (Laboratorio Clínico; Esterilización y Morgue; Servicio Farmacéutico; 2 de Adherencia a Guías; 2 de Historias Clínicas; Procedimiento Gestión de QRSF) de 15 auditorías programadas en todo el año. Producto de las auditorías se encuentran formulados Planes de Mejoramiento; no obstante, en algunos casos se han implementado mejoras en la práctica pero no queda la evidencia en el Plan por cuanto no se incluye.

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Plan de Mejoramiento

El Hospital Especializado Granja Integral E.S.E. cuenta con una metodología para la formulación del Plan de Mejoramiento, documentada en el procedimiento de mejora continua, aprobado en el mes de mayo de 2015, donde además contempla los criterios y lineamientos para el seguimiento y evaluación; dicho procedimiento fue socializado en Comité de Calidad, a la fecha se cuenta con Plan de Mejoramiento frente a los estándares de Acreditación y auditorías internas realizadas. Falta fortalecer la formulación de acciones de mejora frente a otras fuentes como: análisis de indicadores, Sistema QRSF, Informes de Seguimiento, entre otras.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Externa

Se cuenta con mecanismos para recibir sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía, como: buzón tu voz, ventanilla única, Oficina de Atención al Usuario (SIAU), teléfono, Página Web del Hospital, Redes Sociales, encuestas. Éstas han sido utilizadas para implementar mejoras y fortalecer el desarrollo de procesos, por tanto, es necesario, reforzar los mecanismos, de tal manera se garantice mayor cobertura de las partes de interés y documentación de las acciones de mejora emprendidas producto del análisis de las mismas.

En la página web se publica la información relacionada con el Plan estratégico, de Austeridad y Plan Anticorrupción, Plan Anual de Adquisiciones; sin embargo, falta información relacionada con los recursos financieros y humanos, y proyectos. Así mismo, se publican los formularios institucionales actualizados, necesario para adelantar trámites ante el Hospital, como: solicitud de historia clínica y certificado laboral o de prestación de servicios.

El Hospital cuenta con lineamientos de planeación requeridos para realizar rendición de cuentas, los cuales se tuvieron en cuenta en la audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía respecto a la vigencia 2014, efectuada, evaluada y divulgados los resultados en el mes de abril de 2015.

Además de la Audiencia pública de Rendición de Cuentas, el Hospital realiza reuniones con la Asociación de usuarios y Junta Directiva; no obstante, es necesario incursionar en otros tipos de actividades y encuentros con la ciudadanía y grupos de interés para evaluar resultados de la gestión pública.

Información y Comunicación Interna

El Hospital cuenta con la ventanilla única quien recepciona y despacha la correspondencia; no obstante, a



partir del mes de septiembre de 2015 se inició la aplicación del COVIS como herramienta para radicar la correspondencia interna y externa, sin embargo, se observa dificultad en su manejo por parte de los usuarios (colaboradores del HEGI). Así mismo, la gestión documental se encarga de la administración de la información que se procesa al interior del Hospital, sin embargo, presenta deficiencias, por cuanto se evidencia desconocimiento de las Tablas de Retención Documental y éstas no se encuentran actualizadas de acuerdo a la funcionalidad de los procesos o unidades funcionales.

El Hospital cuenta con un mecanismo manual para la administración de la información que se origina y procesa en su interior, a través de la oficina de archivo y correspondencia; mediante la ventanilla única se administra la correspondencia que llega y sale del Hospital, permitiendo la distribución interna a las áreas según su competencia, sin embargo, es necesario fortalecer el control de las respuestas; en cuanto a la gestión documental se requiere establecer y divulgar lineamientos claros para su manejo, además no se cuenta con TRD actualizadas y no se aplican las vigentes, ocasionando alta cantidad de archivo cuyo espacio es insuficiente.

La información proveniente de las fuentes internas (manuales, informes, actas, actos administrativos) es utilizada como insumo para el desarrollo de los procesos, el Hospital se encuentra en proceso de identificación e inclusión de estas en el aplicativo kawak en el módulo relacionado con el control de documentos, para facilitar el acceso aunque actualmente todos los documentos vigentes y listado maestro de documentos se encuentran compartido mediante la red.

Dentro de las políticas institucionales adoptadas mediante Resolución 015 de 2015, se encuentra la relacionada con el talento humano donde se hace referencia a la comunicación efectiva; no obstante, en el Manual de Operaciones, se encuentra una específica pero está en revisión para ser actualizada a la situación y nuevas exigencias. En cuanto al Plan de Comunicaciones no se cuenta con dicho documento y la matriz de responsabilidades, no se tiene, se encuentran establecidas a través de la estructura organizacional y Manual de Funciones, aunque requieren de ajuste.

Sistemas de Información y Comunicaciones

Se cuenta con el sistema información SIHOS que integra las áreas asistenciales y algunos temas administrativos del Hospital, pero no incluye la parte de correspondencia, ésta se maneja a través de otro aplicativo denominado COVIS, pero lo relacionado con el manejo archivo no lo contempla en ninguno, éste se maneja manualmente. Los dos sistemas, antes mencionados, presentan debilidades tanto de parametrización como de manejo por parte de los usuarios, es necesario fortalecer conocimiento y continuar adecuándolos según las necesidades del Hospital.

El SIHOS contempla módulos relacionados con el manejo de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos; sin embargo, en los recursos humanos solo se maneja lo relacionado con la liquidación de la nómina, en los recursos físicos el manejo de inventarios y en los recursos financieros lo relacionado con el presupuesto, en cuanto a contabilidad se ha prestado continuas dificultades y no se encuentra en pleno uso.

El Hospital cuenta con medios de acceso a la información de la entidad, como: página web, redes sociales, teléfono y de forma personal dirigiéndose a las instalaciones de la institución. Así mismo, cuenta con la Oficina de Atención al Usuario (SIAU), encargada de brindar información sobre los servicios que ofrece el Hospital, educar al paciente y su familia, promover los derechos y deberes de los usuarios, recepcionar y gestionar las quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio, entre otras funciones.

No se verifica la funcionalidad de los canales de comunicación (página web, carteleras, intranet, teléfono,



redes sociales, boletines, perifoneo, entre otros) para garantizar su efectividad. En cuanto a la oportunidad y veracidad de la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales de información, se realiza verificación antes de ser remitida o reportada.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

De acuerdo a la evaluación realizada al Sistema de Control Interno del Hospital Especializado Granja Integral E.S.E., con corte a 11 de noviembre de 2015, se considera que se cumple aceptablemente con tendencia a alto grado, mejorando la calificación final respecto al informe anterior, dentro de los avances representativos en el cuatrimestre del presente informe se encuentra: continuación en el desarrollo de estrategias y actividades de interiorización de los principios y valores; documentación de la metodología de formulación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Formación y Capacitación; aplicación del Programa de Inducción y reinducción; desarrollo de actividades del Programa de Bienestar; medición del clima laboral; documentación de lineamientos para la evaluación de desempeño y verificación de cumplimiento de responsabilidades; continuación de actividades de divulgación de la plataforma estratégica; avances en la revisión y determinación de indicadores; continuación de la medición de la satisfacción de los usuarios; ajustes en la planeación estratégica; avances en la actualización y documentación de caracterizaciones, procedimientos, formatos y todo lo necesario para la ejecución de los procesos; divulgación de políticas institucionales adoptadas; evaluación del Sistema de Control Interno; análisis de indicadores de gestión del Hospital; desarrollo de auditorías internas; formulación de Planes de Mejoramiento; aplicación de mecanismos para recibir sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía; implementación herramienta para la radicación y manejo de la correspondencia; ajustes en el sistema SIHOS.

Sin embargo, aún se presentan debilidades en temas como: medición de la aplicación de los principios y valores; formulación del Plan de Incentivos; aplicación de mecanismo de evaluación del desempeño y verificación de cumplimiento de responsabilidades; determinación de indicadores definitivos y cargue en el aplicativo kawak; culminación de la actualización de las caracterización, procedimientos y demás documentos de los procesos; actualización de la estructura organizacional de acuerdo a las necesidades; autoevaluación del control; actualización TRD; actualización de las políticas de operación y actualización del Manual de Operación; definición plan de comunicaciones; verificación funcionalidad y efectividad de los canales de comunicación; culminación de ajustes en los Sistema de Información del Hospital.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

La Oficina de Control Interno recomienda continuar aplicando las acciones de mejora emprendidas sobre los temas que fueron subsanados o presentan avances, así mismo, formular y desarrollar mejoras sobre los aspectos que aun presentan debilidades. Adicionalmente, involucrar a todo el personal en la calidad y aplicación del mejoramiento continuo.

MAGDA YURANY TRILLERAS YARA

Jefe Oficina de Control Interno HEGI E.S.E. Lérída Tolima

Km 1 Vía Iguacitos - (098)2890526-(098)2890803-TELEFAX:(098)2890634

Cel. 3107685086-3133971767

gerencia@hegranjalerida.org

LERIDA TOLIMA