

**HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO E.S.E.
INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
LEY 1474 DE 2011**

**Subsistema Control Estratégico
Avances**

Se cuenta con código de ética construido participativamente, el cual está integrado al de buen gobierno el cual contiene políticas definidas, las cuales se han modificado, razón por la cual está en proceso de culminar la actualización de este documento. En el proceso de humanización y en las novenas navideñas se hace alusión a la solidaridad, participación, tolerancia y seguridad.

En el Hospital no presenta investigaciones disciplinarias relacionadas con fallas éticas, razón por la cual no puede reportar disminución de los mismos.

Se han ejecutado actividades de capacitación en pro de la mejora de los servidores de las diferentes unidades en temas como: Soporte vital básico, Plan de Emergencia, Seguridad Industrial, notas de enfermería, comunicación, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, plataforma estratégica, asepsia y desinfección, ergonomía, reinducción en auditorias de calidad y Ley de archivo, Enfermería y Acreditación.

Compromiso de la alta dirección con el proceso de Acreditación y el Sistema Integrado de Calidad y MECI.

ICONTEC, con norma ISO 9001-2008 recertifica al Hospital, los procesos de Unidad de Cuidado Intensivo adultos, servicios de mediano grado de complejidad en Urgencias y certifica los procesos de: Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico, Hospitalización, Unidad de Cuidado Intermedio Neonatal, Unidad de Cuidado Intermedio Pediátrico, Hospitalización e Imagenología.

Fortalecimiento de los Estándares de Calidad (Direccionamiento y Gerencia, Talento Humano, Hospitalario, Ambulatorio, Imagenología, Laboratorio Clínico, Ambiente Físico, Tecnología y Gerencia de la Información y el Sistema Integrado Calidad - MECI.

La alta dirección imparte mecanismos para el seguimiento a la gestión por parte de los subgerentes y líderes de los procesos a través de las reuniones de autoevaluación

Con miras a la actualización de la plataforma estratégica y los planes Estratégico, de Acción y de Trabajo, se documenta información del cliente interno y externo bajo la perspectiva del riesgo. Se tienen definidos los riesgos por procesos y desde la Oficina de Control Interno se realiza seguimiento y se asesora a los líderes en la actualización de sus mapas.

Se continúan realizando actividades para el logro de un Hospital más humano (propias y apoyadas por otras entidades).

Se actualiza el mapa de procesos.

Dificultades

El seguimiento al desempeño por parte de los evaluadores les amerita un seguimiento y capacitación que les concientice sobre la responsabilidad de la evaluación de desempeño y la oportunidad en su entrega.

No se han concertado planes de mejoramiento que permitan asociarlos a los resultados de las evaluaciones de desempeño.

La ejecución de las metas establecidas en los planes de gestión se vio afectado por la rotación del personal directivo (Nómina y Junta Directiva)

Afectación a la dinámica del hospital por las medidas gubernamentales relacionados con los cambios normativos.

Es conveniente que los líderes de los procesos fortalezcan las actividades de control y autocontrol a partir de las recomendaciones de la OCI, que permitan una identificación acertada de riesgos lo mismo que de los adecuados controles. Los mapas fueron revisados y ajustados en los distintos procesos, pendiente de concretar capacitación sobre el riesgo y su impacto.

Limitaciones en la concertación de planes de mejoramiento individual.

Subsistema Control de Gestión Avances

Se continúa el fortalecimiento de la planeación estratégica y evaluación de la gestión entre otros al convocar a todos los procesos para el análisis del hospital mediante la voz del cliente interno - externo y riesgo.

Se continúa en el proceso del mejoramiento continuo de los procesos, procedimientos, controles e indicadores y documentación.

Se normalizo la evaluación de la gestión mensualmente a nivel de los procesos y se reporta y consolidan trimestralmente a nivel institucional.

Fortalecimiento del uso adecuado por parte de los usuarios del aplicativo de gestión de correspondencia, Control.doc.

Actualización Pagina Web, se establece mecanismos de consulta al cliente interno y externo los cuales ameritan revisión.

Formalización y documentación cierre contable vigencia anual.

Diagnostico sistema de costos ABC del Hospital.

Trimestralmente se emite el informe de satisfacción al usuario, por parte de trabajo social y atención al usuario, el cual se socializa a los funcionarios a través del equipo SIGAME, (Sistema de Calidad y MECI),

Fenecimiento vigencias 2008,2009 y 2010. y cierre controles de advertencia por parte de la Contraloría Departamental del Meta.

Aplicación de las tablas de retención documental.

Dificultades

Dilatación en los procesos de contratación por Ley de garantías afectando la oportunidad al Hospital.

No se concreto la contratación del Software para el Hospital por parte de la Gobernación.

Como consecuencia de no contar con un sistema integrado de información, continúan las inconvenientes con las Historias clínicas sistematizadas, la implementación del costeo ABC, y falencias en la emisión de informes.

Limitaciones de espacio para almacenamiento de archivo. Imposibilidad de entrega de archivos pertenecientes a la Secretaria de Salud (Facturas por servicios prestados a vinculados).

Se deja para la próxima vigencia actualización del inventario de indicadores y el tablero de mando.

Visión del Hospital proyectada para el año 2012, pendiente revisión y actualización.

Deficiente uso del aplicativo control. Doc. En cuanto a concluir a través de este medio las etapas del trámite y finalización de un documento. (Entre ellos el de quejas y reclamos), se hace control manual.

Pendiente manual de supervisión de contratos, incluyendo lineamientos Ley anticorrupción

Dilación en la aprobación de las tablas de retención documental por parte del Comité de Archivo Departamental.

Inconvenientes en el cumplimiento del mantenimiento hospitalario y biomédico.

Links no habilitados o limitados para su uso en la página web institucional.

Aunque los procesos tienen sus indicadores, el hospital se dispone a una revisión juiciosa con miras a actualizar, ajustar y racionalizar el manejo de indicadores, en razón al número existente y a la definición de los resultados esperados y a las necesidades reales de medición en la gestión institucional como soportes para la toma de decisiones.

Respecto de la recepción y análisis de la información, es un aspecto implícito en el proceder institucional en el marco de los procesos y procedimientos establecidos. En este sentido se recomienda refuerzo en el tema de manejo de estadísticas (recolección de datos, consolidación y análisis)

Subsistema Control de Evaluación Avances

Se continúa con el fortalecimiento del autocontrol y autoevaluación y autogestión a nivel de los procesos, permitiendo con ello el mejoramiento continuo y el logro de las metas.

Fortalecimiento de los Planes de Mejoramiento involucrando a todos los responsables de su cumplimiento.

Cumplimiento plan de auditorías Oficina de Control Interno y Calidad

Seguimiento al cumplimiento del envío de informes a entes de vigilancia y control.

Se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento concertados, autoevaluación a nivel de procesos y subprocesos, informes presentados al comité coordinador de control interno y al Equipo SIGAME.

Dificultades

Limitaciones en la concertación de los planes de mejoramiento a nivel individual.

Limitantes de recursos para logro del cumplimiento de las metas de los planes de mejoramiento concertados.

Fortalecer y ampliar el recurso humano para apoyar la gestión de la oficina de control interno.(Asistencia, jurídica) entre otras

Falta de herramientas tecnológicas software que faciliten la gestión evaluadora a la oficina de Control Interno.

Estado General del Sistema de Control Interno

El Sistema de Control Interno se ha robustecido en sus elementos en la integralidad con el Sistema de Gestión de Calidad y en el empoderamiento de los Estándares de Acreditación.

La planeación estratégica y el reporte de indicadores, su medición y seguimiento a nivel institucional han contribuido al mejoramiento continuo.

Las evaluaciones a nivel institucional han contribuido al mejoramiento de los procesos.

Fortalecimiento del autocontrol por parte de los servidores en diferentes procesos.

El sistema de Control Interno no es estratgico por lo tanto es de gran importancia su mantenimiento para lograr su sostenibilidad al largo plazo.

Recomendaciones

Continuar con el fortalecimiento de la calidad y el sistema de control interno como sistema integrado, apoyados por los Estándares de Acreditación.

Continuar con el fortalecimiento de la cultura del mejoramiento continuo en todos los niveles del Hospital, apoyados en el autocontrol, autoevaluación y autogestión.

Concluir con el proceso de modernización de los sistemas tecnológicos y de información en el Hospital Departamental.

Formular proyectos de adaptabilidad ante la construcción del nuevo hospital.

Realizar la revisión y ajuste del inventario de indicadores y la implementación del tablero de mando.

Actualizar los mapas de riesgos una vez se cuente con el resultado del análisis según la voz del cliente interno y externo y los riesgos.

Considerar las limitantes de la Oficina de Control Interno en cuanto a personal e información.

Permanencia del programa de humanización con miras a un hospital más humano.

Fortalecer la implementación de información a nivel interno en intranet.

A partir de los resultados de la evaluación de desempeño laboral debe asegurarse por parte de Talento humano la formulación de planes de mejoramiento individual.

Actualización plataforma estratégica.

Concretar Proyecto de adquisición del sistema de información contable y financiero articulados con otros y que permitan mejorar los sistemas de información.

Entrega manual de supervisión incluyendo lineamientos Ley anticorrupción.

.Culminar las etapas para la implementación de costos ABC

Historias clínicas sistematizadas y funcionando en los servicios del Hospital

Formulación nuevos planes para el cumplimiento del mantenimiento hospitalario y biomédico8

Continuar proceso de capacitación del aplicativo Control. Doc y seguimiento y responsabilidad de su uso.

Revisión y actualización mapa de riesgos según nuevos lineamientos DAFP.

Martha Lucia Gallego M.

Jefe oficina asesora de control interno.