

Periodo evaluado: Mayo – Agosto 2017

Fecha de elaboración: 4 de Septiembre de 2017

Elaboró: Elena García Bolado. Líder de Planeación y Calidad

El Comité Coordinador de Control Interno, en cumplimiento de sus funciones presenta el Informe cuatrimestral 2-2017 del Estado del Sistema de Control Interno del Hospital Infantil Concejo de Medellín en los módulos, componentes y elementos y de la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el Decreto Nacional 943 del 21 de mayo de 2014.

El presente documento es el resultado de la información proporcionada y validada con las áreas responsables en la Entidad.

1. Módulo de Planeación y Gestión

Módulo de Planeación y Gestión	
Componente	Elemento
1.1. Talento Humano	1.1.1. Acuerdos, compromisos y protocolos éticos
	1.1.2. Desarrollo del talento humano
1.2. Direccionamiento Estratégico	1.2.1. Planes, programas y proyectos
	1.2.2. Modelo de operación por procesos
	1.2.3. Estructura Organizacional
	1.2.4. Indicadores de Gestión
	1.2.5. Políticas de operación
1.3. Administración del Riesgo	1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo
	1.3.2. Identificación del Riesgo
	1.3.3. Análisis y valoración del riesgo

Evaluación subsistema de control de planeación y gestión

Avances

1.1. Talento Humano

1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos

Los valores, principios, políticas, código de ética, código de buen gobierno y lineamientos organizacionales se encuentran definidos e incluidos en el sistema de gestión integral de calidad en su proceso de planeación. Toda la información se encuentra publicada en la Intranet para el

conocimiento y consulta de todos los colaboradores.

En el periodo evaluado se realizó la Política de transparencia, integridad y no tolerancia a la corrupción cuyo objetivo se basa en fortalecer las herramientas y mecanismos para la prevención, investigación y sanción en materia de lucha contra la corrupción en el marco del componente nacional de la Política Pública Integral Anticorrupción (PPIA), con el fin de reducir los efectos negativos de tipo económico, social, político, jurídico y ético que se derivan de ésta, buscando impactar positivamente el desarrollo humano. Esta política ha sido divulgada por los diferentes medios de comunicación a los colaboradores del Hospital.

En la evaluación del cronograma de trabajo *del Modelo Estándar de Control Interno y el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano* realizado en el mes de agosto, se obtuvo para el primer semestre del año un cumplimiento del 45%.

Dentro del componente, *rendición de cuentas*, la Organización realizó su audiencia el 6 de mayo del presente año, donde se realizaron actividades previas; organización de logística, convocatoria interna (información en grupos primarios y comités, carteleras, boletín y correo electrónico, fondos de pantalla, sonido interno y portal de intranet) y convocatoria externa (volantes, avisos parroquiales, cartas personalizadas a la comunidad y grupos de interés, información en página web y redes sociales e invitación verbal a diferentes representantes de la comunidad), desarrollo del orden del día; saludo de la Dirección Ejecutiva, presentación del informe de gestión y espacio de preguntas, y actividades posteriores e informe de la audiencia el cual se encuentra ubicado en la página web institucional. Para el mes de noviembre se realizará la segunda audiencia pública de rendición de cuentas.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

Dentro de las acciones de talento humano se elaboró el plan de bienestar laboral para el año 2017 que incluye el programa de incentivos. El plan ha sido construido con el fin crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo de los colaboradores, al igual que el mejoramiento de su calidad de vida y el de su familia, con miras a incrementar los niveles de satisfacción, eficiencia y eficacia organizacional.

Se encuentra en proceso y dentro de la implementación del Software de Gestión Documental, el mejoramiento en la gestión de manifestaciones por parte de los colaboradores que permitirá fortalecer el conocimiento de la percepción que ellos tienen acerca de los diferentes aspectos de la Organización.

1.2. Direccionamiento Estratégico

1.2.1 Planes, programas y proyectos

Dentro del avance de proyectos para el primer semestre del año se cuenta con un cumplimiento global para el año del 35% con respecto al 41% programado para el periodo.

Se generó por parte del comité directivo un análisis y justificación de las actividades que principalmente, por falta de recursos, no se logran realizar dentro de los proyectos del plan de acción 2017.

1.2.2 Modelo de operación por procesos

En el período descrito se mejoraron los siguientes procesos:

Mejoramiento de los procesos de Información y Atención al Usuario, Gestión de Tecnologías en Salud y Gestión de Información y Comunicación.

1.2.3. Estructura Organizacional

El Hospital cuenta con una estructura organizacional acorde con el Mapa de Procesos. Esta estructura permite favorecer la coherencia del Sistema de Gestión Integral por Calidad. En el periodo evaluado no hubo cambios en la estructura organizacional, sigue vigente la aprobada por la Junta Directiva.

1.2.4. Indicadores de Gestión

En el periodo se continúa trabajando en su mejoramiento, reorganizando los indicadores, de manera que se puedan diferenciar como operacionales, tácticos o de gestión y estratégicos. Igualmente se están reestructurando las metas y valores medios de acuerdo a la trazabilidad observada en el desarrollo organizacional y el análisis sistemático.

1.2.5. Políticas de operación

La Organización cuenta con 21 políticas institucionales que se han actualizado en cuanto a indicadores y resultados.

1.3. Administración del riesgo

1.3.1. Políticas de Administración del Riesgo

La Política de Administración del Riesgo con que cuenta la Organización describe y orienta el establecimiento de un modelo de planeación y desarrollo organizacional que considera la administración del riesgo como elemento fundamental para la implementación y evaluación de los procesos y de los proyectos que se adelantan.

1.3.2. Identificación del Riesgo

Para el mes de septiembre se tiene proyectado el seguimiento a los riesgos organizacionales. Su evaluación contempla la probabilidad de ocurrencia del riesgo en términos de frecuencia y su potencial impacto sobre personas, procesos, estructura, imagen y recursos del Hospital. Es importante resaltar que dicho seguimiento se realizará conjuntamente con el equipo de líderes de procesos y en grupos interdisciplinarios donde se valora igualmente lo relacionado a riesgos de corrupción.

1.3.3. Análisis y valoración del riesgo

El análisis y valoración de riesgos tiene en cuenta la focalización de la totalidad de tipos de riesgos que en uno o en varios de los procesos podrían afectar el logro de metas y cumplimiento misional.

Oportunidades de mejora subsistema de control de planeación y gestión

Trabajar conjuntamente con líderes de procesos en los indicadores de resultado de cada uno de los proyectos del plan de desarrollo institucional.

Fortalecer los grupos de liderazgo que permitan que la información y los lineamientos organizacionales puedan ser conocidos y aplicados por todo el personal.

Dar continuidad al desarrollo del despliegue del direccionamiento en todos los niveles con el fin de favorecer el posicionamiento interno hacia el cumplimiento de los objetivos planeados.

Finalizar el proceso de inducción virtual mediante el apoyo de personal que conozca sobre plataformas virtuales.

Generar estrategias que permitan finalizar la documentación de los procesos y procedimientos

faltantes (Proceso de Apoyo Logístico, Proceso de Gestión de Bienes y Servicios) y actualización de los demás de acuerdo a los lineamientos organizacionales. Todo ello con el fin de favorecer el cumplimiento de su propósito superior; la estandarización del personal en su quehacer, la visualización de los puntos de control y la especificidad para generar el autocontrol y el desarrollo eficiente del mejoramiento organizacional.

Fortalecer los procesos de inducción en el personal asistencial ya que se evidencia el ingreso a la Institución de colaboradores sin contar con la inducción general ni acceso y firma a la historia clínica.

2. Módulo de Evaluación y Seguimiento

Módulo de Evaluación y Seguimiento	
Componente	Elemento
2.1. Autoevaluación Institucional	2.1.1 Autoevaluación de control y gestión
2.2. Auditoría Interna	2.2.1 Auditoría Interna
	2.2.2. Auditoría Externa
2.3. Planes de mejoramiento	2.3.1 Planes de mejoramiento

Evaluación subsistema de control de evaluación y seguimiento

Avances

2.1. Autoevaluación Institucional

2.1.1 Autoevaluación de control y gestión

La Organización cuenta con los formatos de encuestas para la realización de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno por parte de los colaboradores. Para el presente año se proyecta la medición de la percepción que el personal tiene sobre las acciones realizadas para su gestión.

2.2. Auditoría Interna – Externa

2.2.1 Auditoría Interna

En el periodo evaluado se cerró el ciclo de las auditorías que quedaron pendientes en el año 2016 para lo cual se generó un plan de mejoramiento que será evaluado en el próximo comité coordinador de control interno. Dentro de las situaciones susceptibles de mejorar en los

procesos auditados (Cirugía, imágenes diagnósticas, urgencias, UCC, medicamentos y dispositivos, tecnología, hospitalización) se encuentran:

- Falta de adherencia a los procesos y procedimientos descritos y/o los descritos no se adaptan a las condiciones reales. (cirugía, medicamentos y dispositivos, imágenes diagnósticas). Utilización de documentos no estandarizados por el Sistema de Calidad. Falta de documentación importante de los procesos.
- Falta de adherencia a políticas institucionales.
- Faltan fichas técnicas, medición y análisis de los indicadores definidos en los procesos. Desconocimiento del personal de indicadores de cada servicio.
- Fallas en el diligenciamiento del consentimiento informado. Incluye imágenes diagnósticas.
- Desconocimiento del personal asistencial de lineamientos organizacionales. Fallas en la inducción del personal en su plan de entrenamiento y sin evaluación de periodo de prueba.
- No todo el personal cuenta con disponibilidad de la clave de acceso a la intranet por tanto no es posible el ingreso a la documentación institucional.
- Falta de uso de elementos de protección personal y fallas en el lavado de manos del personal asistencial.
- Falta de control en los procedimientos compartidos con otros procesos (Medicamentos y Gestión de Bienes).
- Fortalecer los procesos de educación al paciente.
- En Imágenes diagnósticas no se cuenta con herramienta para evaluar y registrar aspectos en el paciente como: evaluación de vía aérea, registro de signos vitales.
- Se evidencia información, CUPS, en módulo de ayudas diagnosticas de safix que no corresponde a tomografías, rayos x o ecografías; esto puede representar riesgo para la facturación del servicio.
- Aunque se cuenta con registro de los procedimientos realizados, las exposiciones fallidas a radiaciones y sus posibles causas, no existe otro control adicional para relacionar, puede existir omisión u olvido en el registro del número de exposiciones fallidas por parte de los tecnólogos.
- La definición del alcance de Médicos Generales y Médicos Pediatras no se encuentra definida en el procedimiento.
- No se cuenta con entrega de turno médica, se adhieren a la entrega de turno de enfermería lo cual puede permitir una cadena de errores.
- No se cuenta con oportunidad de respuesta en interconsultas lo cual prolonga la estancia hospitalaria y genera glosas por estancia no pertinente.
- Inoportunidad de las ambulancias para trasladar pacientes a interconsultas.
- Falta de control a los activos fijos asignados al servicio de hospitalización, no control óptimo de movimientos y préstamos.
- Falta que las enfermeras conozcan y se apersonen más de los casos clínicos y de los pacientes en Hospitalización.
- Se observa uso del celular por parte del equipo asistencial a la vez que interactúan con medicamentos sin realizar lavado o desinfección de manos.

Para el año 2017 se encuentra en proceso la ejecución de las auditorías internas de procesos a las que se les estableció un plan de auditoras y un esquema de trabajo conforme a la priorización realizada en el año 2016 logrando una continuidad y seguimiento a todo el proceso.

Conforme a *Comités Institucionales*, se cuenta con un cronograma establecido al que se hace seguimiento de manera trimestral.

En el periodo evaluado se realizó el autodiagnóstico de las condiciones de habilitación de la organización. Este diagnóstico fue realizado por el equipo interdisciplinario perteneciente al comité de calidad y seguridad. El informe se encuentra en proceso de elaboración.

2.2.2. Auditoría Externa

Dentro de las auditorías externas más relevantes realizadas en el Hospital en el segundo cuatrimestre se encuentra el inicio de la auditoría especial – Contraloría General de Medellín –, auditorías de revisoría fiscal según programación establecida, auditorías de la secretaria de salud al programa de Infecciones, AIEPI y Vigilancia Epidemiológica y la auditoría realizada al sistema de calidad por la EPS Savia Salud. A todas ellas se les realiza plan de mejora que será evaluado posteriormente en comité de control interno.

2.3. Planes de mejoramiento

2.3.1 Planes de mejoramiento

En el segundo trimestre del año se han ido estableciendo los planes generados en las auditorías realizadas.

Oportunidades de Mejora subsistema de control de evaluación y seguimiento

Realizar sistemáticamente el seguimiento a planes de mejora y cierre de brechas generados en cada una de las auditorías en el espacio del comité coordinador de control interno.

Incentivar a los equipos de trabajo para la entrega oportuna de planes de mejoramiento y lecciones aprendidas generados posterior a las auditorías y la ejecución de las actividades proyectadas. Igualmente favorecer el cumplimiento de compromisos generados en cada una de las reuniones por equipos de trabajo y/o comités institucionales.

Realizar periódicamente la auditoría de historia clínica que contemple informes pertinentes que permitan favorecer la calidad de los registros clínicos y generar los respectivos planes de mejora. Igualmente iniciar con el proceso de adherencia a guías clínicas y seguimiento al manejo de antibióticos.

Favorecer la cultura de la identificación y registro de los aprendizajes organizacionales.

Favorecer el conocimiento a todo el equipo de trabajo de las auditorías eternas realizadas en la

Organización.

3. Eje Transversal de Información y Comunicación

Eje transversal de Evaluación y Seguimiento	
Componente	Elemento
3.1. Información y comunicación	3.1.1. Información y comunicación interna y externa

Evaluación de la información y comunicación

Avances

3.1. Información y comunicación

3.1.1. Información y comunicación interna y externa

Para el periodo evaluado la Organización ha desarrollado el cronograma de trabajo para la implementación de las estrategias de Gobierno en Línea en sus cuatro ejes temáticos, el cual ha tenido avances que nos han permitido calificar esta estrategia positivamente.

Se presentó en comité de calidad del mes de mayo, por parte de la Profesional en Sistemas de Información, los lineamientos de datos abiertos – transparencia y acceso a la información, con el fin de que todo el equipo de trabajo pueda aportar en el desarrollo de esta estrategia.

Oportunidades de mejora información y comunicación

Generar una comunicación clara y veraz de los lineamientos organizacionales por parte de directivos y líderes de procesos a todos los equipos de trabajo de la Organización.

Crear conciencia en el grupo directivo y operativo de la importancia del sistema de información para la operación diaria y para la toma de decisiones.

Iniciar el desarrollo del componente de racionalización de trámites y fortalecer las estrategias del componente servicio al ciudadano.

Estado general del Sistema de Control Interno

La información proporcionada por los líderes en cada uno de los componentes de los módulos y el eje transversal sirvieron de insumo para la elaboración del presente informe del estado del Sistema de Control Interno para el segundo cuatrimestre del año 2017 el cual se puede conceptuar:

El Hospital Infantil Concejo de Medellín cuenta con un Sistema de Control Interno diseñado para asegurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos y en ellos ha establecido los controles correspondientes. Su seguimiento y valoración se realiza mediante el comité coordinador de control interno.

El proceso de planeación está claramente definido pero se encuentra afectado en su cumplimiento, por las restricciones presupuestales, el cumplimiento de los programas y proyectos que hacen parte del Plan Estratégico Institucional.

Es importante incentivar y fortalecer el trabajo y compromiso de los líderes en las acciones encaminadas a favorecer el autocontrol en cada proceso de la institución, incluyendo los riesgos y seguimiento a indicadores de gestión.

El presente Informe, incluye las oportunidades de mejora observadas en cada uno de los componentes lo que muestra el interés de la entidad por procurar su mejoramiento continuo.

Fuentes

1. Informe de seguimiento plan de acción 2017
2. Seguimiento proceso control de gestión.
3. Comités Institucionales.