

## E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA - HOMO -

### INFORME EJECUTIVO ANUAL - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI VIGENCIA 2010

Radicado No:

585

#### Subsistema de Control Estratégico

##### Avances

Ambiente de control:

ÉCódigo de Ética y Buen Gobierno, adoptado mediante Resolución 00252 de octubre de 2007: Contiene los valores y principios éticos que rigen la entidad, fue construido participativamente y está documentado, se ha dado a conocer en los procesos de inducción a los nuevos funcionarios y servidores de la ESE. Durante el segundo semestre del 2010 se sometió a una revisión y actualización de las políticas que lo conforman a través de la estrategia òTejiendo la ideas del éxitoö.

ÉDecálogo de compromiso, firmado por cada uno de los servidores públicos de la E.S.E. HOMO, reafirmando con ello el ejercicio del autocontrol, autorregulación y autogestión en el cumplimiento de sus funciones.

ÉManual de Imagen corporativa òCompendio Institucionalö, mediante el cual se dejan consignados una serie de aspectos puntuales que rigen el comportamiento de los empleados dentro de la empresa.

ÉPara el desarrollo del talento humano, se cuenta con el Manual específico de Funciones y Competencias Laborales, Plan de Salud Ocupacional, Plan de Formación y Capacitación y Plan de Incentivos, aprobados mediante acta N° 007 del día 24 de diciembre de 2009 del Comité de Capacitación, Bienestar e Incentivos.

ÉSe cuenta con los informes consolidados de los procesos de inducción, re inducción y medición del clima laboral y se dio cumplimiento a los términos legales de la evaluación de desempeño.

ÉHace su proceso de selección y vinculación soportado en el Manual de Funciones y Competencias Laborales, el cual se aprobó y adoptó mediante la Resolución 0222 de septiembre 3 de 2007

Direccionamiento Estratégico

ÉLa ESE Hospital Mental de Antioquia tiene definida su plataforma estratégica: Visión, Misión, Objetivos institucionales y valores

ÉCuenta con Planes y programas definidos y estructurados.

ÉSe evidencia la aplicación de mecanismos de medición y seguimiento utilizando como herramienta, el tablero de Indicadores de gestión, encuestas de satisfacción del cliente interno y externo con los respectivos informes de resultados.

ÉEl normograma esta actualizado frente a las competencias y responsabilidad que tiene la entidad por mandato legal.

ÉSe ha realizado seguimiento a la planeación institucional frente al cumplimiento de las actividades propuestas, y a la ejecución presupuestal por medio de la rendición de informes trimestral y con base en los resultados de este seguimiento, se han efectuado ajustes en la planeación.

ÉExisten informes de seguimiento y control a las acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento continuo.

ÉTiene definida una estructura funcional orientada a la gestión por procesos. Cada proceso, tiene conformado un equipo de expertos y un líder que se reúne periódicamente para analizar y gestionar acciones correctivas y preventivas de mejoramiento continuo.

ÉSe ha realizado revisiones a los procesos y a los indicadores y se hicieron los ajustes pertinentes.

ÉSe evidencia que se tienen en cuenta los niveles de autoridad y responsabilidad en la ejecución de los procesos, se socializan durante las inducciones y reinducciones, lo que contribuye al logro de los objetivos propis de cada proceso

#### Administración de Riesgos

ÉLa entidad cuenta con un documento que define los lineamientos e instrumentos para el proceso de identificación manejo y control de los riesgos, el mapa de riesgos y la política de administración del riesgos han sido ampliamente difundidos y socializados por los diferentes medios de comunicación con que cuenta la ESE.

ÉMediante el comité extraordinario de calidad del 10 de junio de 2010, Acta N° 4, se dieron las directrices y lineamientos a los líderes de los procesos para la revisión y actualización de los riesgos. Esta tarea se realizó con los diferentes grupos de expertos, quienes determinaron nuevos factores de riesgos, y se revisaron los lineamientos con respecto al tratamiento de los mismos.

ÉEl seguimiento a la efectividad de los controles de los riesgos identificados en los 12 procesos de la institución, se hace mediante las auditorías internas, incluyendo en las listas de verificación el ítem ñseguimiento a riesgosö.

ÉCon respecto a la política de la administración del riesgo, se sometió a un proceso de revisión y actualización con miras al fortalecimiento de la política y al fortalecimiento del Código de Ética y del Buen Gobierno.

ÉSe evidencia que la administración del riesgo ha contribuido a disminuir el N° de hallazgos de la contraloría.

## Dificultades

Durante el desarrollo de la Autoevaluación del Control, que se realizó a través del formato propuesto por el DAFP y se aplicó a (30) treinta servidores de la ESE, el elemento que recibió menor calificación por parte de los empleados, fue el de Acuerdos Compromisos y Protocolos Éticos, con un puntaje igual a 1.87.

Calificación que se sustenta en el desconocimiento que manifiestan los empleados de la ESE HOMO sobre el Código de Ética, que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos, su difusión y su aplicación.

Sin embargo, existen evidencias de un proceso de reinducción llevado a cabo durante el mes de agosto del año 2009, en donde se incluyó el tema, a demás, de que en la revisión aleatoria de algunas hojas de vida se pudo constatar por parte de la oficina de Control Interno, que las carpetas contienen una copia del documento òDecálogo de compromisoö firmado por el empleado donde se compromete a cumplir con el Código de Ética y del Buen gobierno de la ESE Hospital Mental de Antioquia.

Por lo anterior, se debe reevaluar la efectividad del proceso de reinducción, y el método que se ha utilizado para la difusión y socialización del Código de Ética y del Buen Gobierno, ya que la responsabilidad de la alta dirección no solo se cumple con la difusión del documento. Se debe trabajar para que cada empleado lo conozca, lo entienda, lo introyecte y lo aplique dentro y fuera de la institución

## Subsistema de Control de Gestión

### Avances

Actividades de Control

ÉEl Modelo de Operación por procesos se viene fortaleciendo en múltiples formas, El Icontec concedió a la ESE HOMO la recertificación ISO 9001:2008, NTCGP 1000:2009 para el año 2010

ÉSe evidencia la definición de políticas de operación y consolidación de un sistema de indicadores propios, definidos por procesos para medir la Eficacia, eficiencia y efectividad del avance y cumplimiento en la ejecución de los planes y programas.

ÉEl manual de procesos y procedimientos es sometido a revisión constante y sufre modificaciones de acuerdo a la nueva legislación, cada área cuenta con una copia del mismo, para facilitar el acceso a todos los servidores de la entidad y se utilice como herramienta permanente de consulta.

ÉLos empleados de la ESE ejecutan en las diversas áreas, procedimientos definidos, controlados y medibles en sus resultados, cumpliendo con la estandarización establecida en el manual de procesos y procedimientos.

ÉSensibilización y divulgación de procesos y procedimientos permanente.

ÉLos 12 procesos estandarizados, contienen procedimientos, registros y formatos de

acuerdo a su función en el Sistema Integrado de Gestión. Mediante las Auditorías internas se ha podido verificar que los procedimientos se desarrollan de acuerdo a su documentación y el grupo de expertos de cada proceso, se reúne periódicamente para hacer revisiones, ajustes, mejoras, cambios y actualizaciones que luego se avalan al comité de calidad.

El comité de calidad se revisa la pertinencia de los indicadores para evaluar la gestión de los procesos, cada año, actividad que genera cambios en el tablero de indicadores. Se observa un seguimiento juicioso de estos indicadores, lo que permite generar acciones preventivas y correctivas, en la medida en que cuando un indicador no cumple la meta se genera una no conformidad

## Información

Se tienen identificados las fuentes externas e internas de información, como proveedores en la caracterización de cada uno de los procesos, los mecanismos para la administración y manejo de la información, se establecen dentro del ciclo P.H.V.A, en las actividades generales del planear y hacer.

La recepción y el análisis de la información recibida de la ciudadanía y partes interesadas, esta estandarizada en el procedimiento de Orientación al usuario, donde también se contempla Analizar y plantear acciones correctivas o preventivas para mejorar información, trámites al usuario.

Se tienen establecidos espacios de participación con la comunidad, permitiendo una veeduría y control social permanente a través de la Liga de Usuarios y representación en la Junta Directiva.

Con respecto a la información secundaria, se cumplen los parámetros y requerimientos de información al gobierno nacional, territorial y órganos de control, caracterización de procesos, Ley antitrámites, tabla de retención documental, manual de operaciones y manual de calidad.

Se conoce y se está implementando los lineamientos establecidos en la Ley anti trámite, se creó el comité Antitramites y de Gobierno en Línea, mediante las Resoluciones N° 0234 de 2009 y 0175 de 2010, se envió las hojas de trámites y servicios de la entidad al DAFP para su revisión y se adquirió nueva página Web más dinámica que permitiera interactuar con los usuarios

La ESE cuenta con encuestas para medir el grado de satisfacción del cliente interno, buzón de sugerencias, página WEB, boletín en familia de publicación mensual, correos electrónicos, intranet y periódicamente se convoca a todo el personal del Hospital con el fin de informar sobre los avances, logros de la institución y determinaciones tomadas por parte del Comité Directivo y Comité Coordinador de Control Interno.

El proceso de sistemas de información cuenta con los indicadores para el seguimiento de la eficacia y oportunidad de la información.

## Comunicación pública

ÉSe tiene definida la política de comunicación organizacional, informativa y medios de comunicación. La ESE HOMO posee tecnologías y diversos medios de comunicación y de publicación, que facilitan el intercambio entre la dirección y los servidores de la entidad y entre la institución y los ciudadanos, los diferentes grupos de interés y los entes de control externos.

ÉLa institución presenta un Plan de Comunicaciones aprobado, el cual se ha sometido a modificaciones necesarias hasta ajustarlo a la normatividad vigente y a las necesidades de la institución. Esta incluye el diagnóstico de comunicación organizacional y señala los responsables, lineamientos y políticas de comunicación e información, el público objetivo, las formas de comunicación, los programas específicos y la imagen institucional; así como el análisis de los diferentes canales de comunicación que le permite establecer el Plan de comunicaciones.

ÉLa ESE dispone de canales de comunicación, (Boletín institucional, carteleras, página Web, Sistema informativo de atención al usuario, Intranet,) plenamente identificados, definidos, con pertinencia de acuerdo a las necesidades de la institución, que aplica mecanismos de controles y directrices para garantizar la efectiva y correcta comunicación organizacional e informativa, permitiendo a los usuarios y partes interesadas fácil acceso a los servicios ofrecidos por la entidad.

#### **Dificultades**

ÉContinúa pendiente el logro de la implementación de la Historia Clínica automatizada, por motivos financieros.

ÉLas tablas de retención documental, no están actualizadas, debido a los cambios que ha experimentado la estructura orgánica y funcional de la empresa.

#### **Subsistema de Control de Evaluación**

##### **Avances**

Auto evaluación

-

ÉLa implementación del MECI ha contribuido al mejoramiento de la gestión institucional con relación a la vigencia anterior, Se evidencia que el Sistema adquiere madurez, al contar con herramientas de gestión, control, calidad y desarrollo, que integran la gestión pública, para alcanzar la excelencia en el servicio.

ÉSe aplicó el formato propuesto por el DAFP, como herramienta para la auto evaluación de control del Modelo Estándar del Control Interno en el Hospital Mental de Antioquia, lo que permitió valorar en tiempo real el nivel de ejecución de los procesos y la efectividad del control interno, para detectar desviaciones y generar acciones de mejora.

ÉSe implementó Plan de mejoramiento como producto del informe del ejercicio de la Autoevaluación del Control interno, del cual ya se están desarrollando las acciones correctivas y de mejora necesarias para el logro de la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable,

ÉAuto evaluación de Gestión: se establece por medio de los indicadores, informes de gestión, listas de verificación, informes de seguimiento a planes de mejoramiento;

aplicados a los doce procesos identificados en la ESE; evaluando el grado de cumplimiento o desviación de estos, con el fin de que se tomen las acciones de mejoramiento pertinentes en cada uno de ellos. Igualmente se realizaron actividades de sensibilización a los funcionarios sobre la cultura de auto evaluación de control y gestión.

#### Evaluación Independiente

ÉLa ESE cuenta con un plan de auditorias anual aprobado por el comité de calidad y Comité de Control Interno, sobre el cual se da cumplimiento.

ÉSe observa al verificar la implementación del MECI, que los servidores entienden y aplican su filosofía, además del mejoramiento de los procesos auditados como resultado de la ejecución de los planes de mejoramiento

ÉLa oficina de control interno asesora y coordina con el Representante de la Alta Dirección y el Comité de Gerencia, la actividad de la autoevaluación del control, y el informe de esta actividad, así como los informes de las auditorias independientes, los utiliza como insumo para la elaboración de Informe Ejecutivo Anual de Control Interno.

ÉLos resultados del Informe ejecutivo Anual de Control Interno fueron presentados mediante comunicación interna a la alta Dirección de la ESE Hospital mental de Antioquia.

#### Planes de Mejoramiento

ÉLa ESE cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional, que da respuesta a las observaciones de los entes de control externos, a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno y a las observaciones de las auditorías internas de Calidad; Así como a las recomendaciones de la evaluación a la gestión.

ÉPresenta un plan de mejoramiento definido por áreas, con el fin de atender los requerimientos de la Contraloría General de Antioquia; el cual es permanentemente monitoreado por la Oficina de Control Interno y la Subgerencia Financiera y Administrativa se observa a través del seguimiento, un cumplimiento adecuado de los compromisos adquiridos.

ÉSe efectúa seguimiento a los Planes de Mejoramiento tanto internos como externos con respecto a las acciones correctivas para subsanar las Observaciones y No Conformidades encontradas.

ÉSe evidencia mejoras en los procesos auditados, y en el modelo de operación por procesos como consecuencia de los planes de mejoramiento ejecutados

ÉSe han desarrollado actividades de sensibilización y de fomento sobre la cultura del autocontrol, generando conciencia sobre la importancia de formular acciones proactivas que ayuden a prevenir errores y la acción oportuna para corregir no solamente las debilidades encontradas, si no la causa que les dio origen.

ÉEl Comité de Coordinación de Control Interno, presenta un desarrollo sostenido por la

continuidad de las reuniones realizadas, durante el año 2010, donde se realizaron 7 reuniones, durante las cuales se hizo seguimiento estricto al desarrollo de los planes institucionales y a las problemáticas presentadas, proponiendo de una manera oportuna las acciones de fortalecimiento y sus responsables.

ÉCon respecto a los Planes de Mejoramiento individuales, para el periodo 2010, no se generaron estos planes, como producto de la evaluación de desempeño laboral.

### **Dificultades**

ÉNo se detectaron dificultades. Con lo referente a los planes de mejoramiento individual, no se utilizó el formato propuesto por el DAFP, sin embargo, esto no significa que la tarea no se haya hecho, se observa que en las evaluaciones de desempeño se hicieron ajustes de objetivos y las debilidades detectadas al final del periodo, se retomaron en la nueva concertación de objetivos.

### **Estado general del Sistema de Control Interno**

De acuerdo con los rangos establecidos por el DAFP, El puntaje consolidado de la ESE Hospital Mental de Antioquia en la última evaluación presentada el 17 de febrero de 2010 es del 93.43%, calificación que lo ubica en nivel de "cumplimiento" en el avance de la implementación del Modelo Estándar de Control Interno.

Es decir que la institución presenta todos los productos exigidos por el MECI, esto indica que el Modelo ha sido aplicado totalmente en la Entidad. Sin embargo, existen algunos productos para fortalecer y madurar en la aplicación del MECI

Los productos mínimos exigidos por el MECI, fueron consolidados en el documento denominado Matriz o Lista de Verificación para la implementación del MECI en diciembre de 2009, el cual, el cual se encuentra en el archivo de Gestión de la Oficina Asesora de Control Interno

El avance y desarrollo del Sistema de Control Interno del Hospital Mental de Antioquia, se pueden sustentar en la aplicación de la encuesta de la autoevaluación del control, en los informes de las auditorías independientes y en los documentos, soporte y logros que se evidencian en los archivos de gestión de la institución.

Finalmente, vale la pena reiterar, que el Control Interno no es un producto final, es un estado continuo de cambio, de mejoramiento, de ajuste, de revisiones y correcciones. Es una dinámica constante que está adoptando la ESE HOMO, con el fin de convertirla entre sus empleados en un hábito, una costumbre, un estilo de vida.

### **Recomendaciones**

ÉSe recomienda, evaluar y corregir continuamente las dificultades encontradas, con el fin de realizar los ajustes y los cambios que el MECI exige, para el manteniendo y fortalecimiento de los elementos del Sistema.

ÉContinuar con jornadas de sensibilización y de fomento de la cultura del auto control, con el fin de mantener el compromiso del servidor de la ESE frente al mejoramiento continuo de los procesos.

ÉSeguimiento permanente a los planes de mejoramiento suscritos con la oficina de control interno, con la Auditoría de calidad, con el Icontec, con la Contraloría y la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros.

ÉAjustar los nomogramas de los manuales de procedimientos con base en la legislación

vigente, en forma permanente.

ÉSe debe seguir trabajando fuertemente en el tema de monitorear los factores críticos (riesgos), que puedan producir impacto en los diferentes procesos.

ÉFortalecer algunas herramientas y estrategias de comunicación, tal como la Pagina Web, de tal forma que permita la inclusión de información que por Ley debe ser publicada su actualización permanente.

ÉPriorizar la actualización de las tablas de retención documental y implementación de la Historia Clínica automatizada dentro del plan operativo para el 2011.

ÉReevaluar la efectividad del proceso de reinducción, y el método que se ha utilizado para la difusión y socialización del Código de Ética y del Buen Gobierno, ya que la responsabilidad de la alta dirección no solo se cumple con la difusión del documento. Se debe trabajar para que cada empleado lo conozca, lo entienda, lo introyecte y lo aplique dentro y fuera de la institución

<b>Elaborado por:</b>	<b>JENNY PATRICIA CARDONA RESTREPO</b>	<b>Fecha:</b>	<b>2/14/2011 8:31:13 AM</b>
<b>Revisado por:</b>	<b>JUAN CARLOS TAMAYO SUAREZ</b>	<b>Fecha:</b>	<b>2/14/2011 8:31:27 AM</b>
<b>Elaborado por:</b>	<b>JUAN CARLOS TAMAYO SUAREZ</b>	<b>Fecha:</b>	<b>2/14/2011 8:31:39 AM</b>