

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011 EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN E.S.E.

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

AUGUSTO ORTEGA AGUIRRE

Período evaluado: SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DE 2013

Fecha de elaboración: 23 de ENERO de 2014.

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

Se presentaron las siguientes dificultades:

1) El componente AMBIENTE DE CONTROL, bajó de 81.06% a 42% para la vigencia de 2012 y las razones de este retroceso las sustentó de la siguiente manera:

a.- El elemento de control DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO, decreció de 44.8% a 0%, debido a que TALENTO HUMANO no realizó ni lideró por cada punto de atención las correspondientes INDUCCIONES y REINDUCCIONES. Así mismo no realizó: La medición del CLIMA LABORAL; la EVALUACION DE DESEMPEÑO; no se proporcionaron las correspondientes capacitaciones; ni los consecuentes PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL. El COMITÉ DE CONVIVENCIA, antes comité de acoso laboral, no funcionó de manera adecuada para la vigencia de 2013. Talento Humano no hizo seguimiento y control de las hojas de vida del personal vinculado por CTA y por la figura CONTRATO SINDICAL, como lo establece la ley 1011 de 2006 y el anexo técnico resolución 1043 de 2006 HOY 1441/2013.

Razones suficientes para concluir que las políticas de TALENTO HUMANO, se cumplieron en forma parcial y en forma inadecuada.

b.- Además al no haberse cumplido con el proceso de INDUCCION en debida forma; es evidente que no se dio a conocer el documento que contiene los principios éticos de la ESE POPAYAN, consagrados en la resolución 093 de 2008 (CODIGO DE ETICA).

2) El componente ADMINISTRACION DE RIESGOS disminuyó del 100% a 64% habida cuenta que el documento soporte de contexto estratégico (PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL)

Y los demás elementos que hace parte de la planeación de la Empresa) no se terminó de construir durante la vigencia del 2013; por lo tanto al no contar la EMPRESA con dichos documentos; era

Imposible revisarlos en su totalidad, para determinar los nuevos factores de riesgo. Es importante recordar que esta es una exigencia legal, la cual fue recogida por la resolución 743 de 2013, mediante

la cual se fijan los indicadores de seguimiento para evaluar el plan de gestión cuatrienal de los gerentes de las ESE.

Fueron estas las razones por las cuales el subsistema de CONTROL ESTRATEGICO pasó de una calificación para el 2011 de 93.62% a 69% para la vigencia de 2012.

En resumen este subsistema de CONTROL ESTRATEGICO, bajó 24.62%, porcentaje que me parece demasiado alto para una vigencia. Por este motivo, me voy a permitir recomendar que la Gerencia y al Operacionalizado del MECI 1000:2005, revisen el informe ejecutivo anual con corte a 31 de DICIEMBRE DE 2012 y 2013, para que no solo vean las dificultades sino para que se atiendan las recomendaciones que en su momento puntualizó la OCCI y que ahora toman vigencia nuevamente.

Avances

Presentó un porcentaje de avance del 69%

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

Se presentaron las siguientes dificultades:

- 1) El componente ACTIVIDADES DE CONTROL bajó de 94% a 72% para el 2012, debido a que el elemento de control INDICADORES, decreció del 70% al 16%, habida cuenta que en el 2012, no se revisaron por parte de PLANEACIÓN y CALIDAD la pertinencia de los indicadores para la correspondiente evaluación de los procesos. Tampoco se evaluaron los indicadores teniendo en cuenta factores como: OPORTUNIDAD, FINALIDAD, CLARIDAD, PRACTICIDAD y CONFIABILIDAD entre otros; con el fin de mejorar su aplicación y utilidad.
- 2) El componente COMUNICACIÓN PÚBLICA, bajó de 82.47% a 25% para la vigencia del 2012, debido a:
A.- El elemento de control COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL, fue calificado con 0% toda vez que no se ha definido la POLÍTICA y el PLAN DE COMUNICACIONES de la Empresa. Este elemento no ha sido documentado ni implementado por parte de PLANEACION Y CALIDAD.
B.- El elemento de control COMUNICACIÓN INFORMATIVA fue calificado con un 27% toda vez que la Empresa debió contemplar en desarrollo de la POLITICA DE DEMOCRACIA PARTICIPATIVA los siguientes ítems: a) La información institucional obligatoria de acuerdo con la función administrativa de la Empresa. .b) Los lineamientos de PLANEACION para la rendición de las cuentas. .c) Los lineamientos de PLANEACION para la verificación de la funcionalidad de sus canales de comunicación (web, carteleras, edictos, perifoneo etc,) en la búsqueda de garantizar su efectividad. .d) Los lineamientos para revisión y actualización de los métodos, recursos e instrumentos utilizados para la divulgación de la información.

Este subsistema presentó un retroceso, pues bajó de una calificación dada por el DAFP para 2011 de 90.67 a una calificación para 2012 de 59%. Este retroceso se vio reflejado en sus tres componentes así:

ACTIVIDADES DE CONTROL: Bajó de 94% a 72%

INFORMACIÓN: BAJÓ DE 93.33% A 92% y

COMUNICACIÓN PÚBLICA: Bajó de 82.47% a 25%

Para el primer caso (ACTIVIDADES DE CONTROL), los dos elementos de control de este componente, que tuvieron una disminución en el porcentaje, fue Procedimientos e indicadores, que bajaron de 100% a 80% y de 70% a 16% habida cuenta que se deben ajustar tanto los manuales como las guías y protocolos médicos de la ESE y por ende los indicadores.

Para el segundo caso (INFORMACION); el elemento de control de este componente que sufrió disminución (Información secundaria) pues bajó de 80% a 50%. Algunas de las razones, son el hecho de que no están aprobadas las Tablas de retención Documental y además por que la entidad no cuenta con mecanismos de verificación para garantizar la oportunidad de la información, el informe semanal de la ventanilla única fue suspendido inexplicablemente en varios meses de la vigencia 2012. De igual manera el informe consolidado de SIAU no viene acompañado del correspondiente plan de mejoramiento relacionado con la apertura de los buzones, como reiteradamente lo viene proponiendo la OCCI.

De otra parte; en lo relacionado con el elemento SISTEMAS DE INFORMACION, que no presentó ninguna disminución en porcentaje; es evidente que el software CADUCEOS no cuenta con contrato de mantenimiento y actualización. Pero lo más complicado es que la entidad no cuenta con un software de última generación y su correspondiente conectividad de sus puntos de atención, para la obtención de la información en tiempo real, por cuanto este se viene implementando desde el año 2011 y a 31 de diciembre de 2013 aún faltaban módulos por funcionar al 100%.

Para el tercer caso (COMUNICACIÓN PÚBLICA) los tres elementos de este componente sufrieron disminución así:

Comunicación organizacional de 66.4% a 0% porque como lo explique al inicio; no se cuenta con mecanismos de

seguimiento y evaluación al funcionamiento de los canales de comunicación internos y además no se ha ajustado el plan de comunicaciones.

Comunicación Informativa de 81% a 27% y Medios de comunicación de 100% a 40% porque no se verifica la funcionalidad de los canales de comunicación y la página web a pesar de estar habilitada, no es utilizada por los diferentes procesos y dependencias para la publicación de la información como lo ordena la ley; situación que no le ofrece la debida garantía a los usuarios, justamente por no utilizar los medios tecnológicos que nos brinda la modernidad, la ciencia y la tecnología para tenerle a disposición de la comunidad la información como lo establece la normatividad vigente.

En resumen este subsistema de CONTROL DE GESTION, bajó 31.67%, porcentaje que me parece demasiado alto para una vigencia. Por este motivo, me voy a permitir recomendar que la Gerencia y al Operacionalizador del MECI 1000:2005, revisen el informe ejecutivo anual con corte a 31 de DICIEMBRE DE 2012 y 2013, para que no solo vean las dificultades sino para que se atiendan las recomendaciones que en su momento puntualizó la OCCI y que ahora toman vigencia nuevamente.

Avances

Este Subsistema presentó un porcentaje de avance del 59%.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

El Componente PLANES DE MEJORAMIENTO, bajó de 80% a 71% al 31 de diciembre de 2012, debido a que el elemento de control PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL, decreció de 40% a 13 ; precisamente porque TALENTO HUMANO al no haber realizado la EVALUACION DE DESEMPEÑO, no dio lugar al levantamiento de los respectivos Planes de Mejoramiento Individual, que obligatoriamente se desprenden de dicha evaluación.

Aunque la entidad no cuenta con personal de carrera, pues todos se encuentran en provisionalidad y estos planes operan para los que tengan dicha calidad, no es esta una excusa o justificación para no hacerlo pues la entidad lo puede hacer como política institucional. No obstante la OCCI ha recomendado en forma reiterada; que se implemente un formato que sirva para aplicarlo a todos los servidores de planta sin que generen problemas hacia futuro de tipo legal, pero este no se ha llevado a cabo.

Avances

Este Subsistema presentó un porcentaje de avance del 89%.

Estado general del Sistema de Control Interno

En términos generales, el puntaje de calificación de avance (67.06%), dado por el DAFP a diciembre 31 de 2012, es BUENO, pero a la vez se constituye es una voz de alerta para que se tome conciencia por parte de la administración de la necesidad de hacer una función OPERACIONALIZADORA más eficaz, pues realmente es traumático no solo para todos los procesos involucrados, sino para la entidad como tal; pues no debemos perder de vista que pasamos de estar calificados a 31 de diciembre de 2011 con un porcentaje de avance del 91.97% a un 67.06% para el 2012 y ahora debemos esperar la calificación que nos dé el DAFP con corte a diciembre 31 de 2013.

Esto significa que la Empresa tuvo una disminución en el porcentaje de avance que alcanzó el 24.91%, por las

razones y análisis ampliamente expuestos para cada uno de los tres subsistemas, en el acápite de las dificultades.

Como se puede observar, es evidente la desmejora del CONTROL INTERNO que debe existir en los diferentes procesos de la ESE POPAYAN, por eso debemos ser conscientes de la ardua tarea que nos espera para la vigencia de 2014, no solo para el señor GERENTE como responsable directo del CONTROL INTERNO, como lo preceptúa la ley 87/93 y sus decretos reglamentarios, sino para todos y cada una de las personas que prestamos un servicio a la Empresa y de manera especialísima para el OPERACIONALIZADOR DEL MECI y para la misma oficina de CONTROL INTERNO; tarea que presupuesta una dedicación y compromiso para mejorar los porcentajes de implementación de los 29 elementos de control que sumados, deberán posicionar nuevamente a la ESE con una calificación que supere el 90%, como nos calificó el DAFP para las vigencias 2010 y 2011. Debo asegurar que CONTROL INTERNO ha venido haciendo ingentes esfuerzos por mantener y mejorar el porcentaje en comento y de ello dan razón todas auditorías tanto de gestión como de seguimiento y control realizadas a 31 de DICIEMBRE DE 2013. Estas auditorías se constituyen en presupuesto fundamental para que el OPERACIONALIZADOR DEL MODELO, inicie el respectivo seguimiento y control, en procura de la efectiva construcción de los planes de mejoramiento, con base en las recomendaciones de la OCCI; seguimiento que además de mantenerlo informado de las no conformidades y actividades de mejora, lo induzcan a cumplir con una eficaz y verdadera función OPERACIONALIZADORA DEL MODELO. Además influyó de manera definitiva que por el cargo de profesional universitario encargado del área administrativa, pasaron en el 2012 tres personas, lo que afectó la OPERACIONALIZACION DEL MECI.

Recomendaciones

Antes de entrar a precisar las recomendaciones, debo comenzar diciendo que las cuatro (4) evaluaciones independientes al sistema de control interno que se han presentado por parte de CONTROL INTERNO y que son de competencia de este servidor por estar al frente como responsable del proceso de control interno, han sido diligenciadas (encuestas del DAFP) con la rectitud, honestidad y conciencia de trabajo que acompañan a los hombres de bien que prestan un servicio al estado, bajo los principios y valores que fijan las normas que rigen la moralidad pública.

Debo ser respetuoso de esta herramienta de calificación implementada por el DAFP y me acojo a los porcentajes desconociendo la forma como ponderan los resultados de las encuestas que diligencia tanto el operacionalizador del MECI 1000: 2005 para autoevaluar a la empresa; como la encuesta que diligencia el responsable del proceso de control interno, para la evaluación independiente que trae como resultado el reporte los avances en materia de controles, por parte de dicho departamento administrativo.

Todo lo anterior para recomendar tanto a la Gerencia, al operacionalizador del modelo y a los responsables de los procesos y actividades, que la calificación otorgada por el DAFP a 31 de diciembre de 2012 (67.06%) se constituye en un reto que nos debe seguir impulsando a seguir trabajando con el mismo empeño, dedicación, mística, responsabilidad y conciencia de trabajo para recuperar el porcentaje perdido (24.91%) sacar adelante la empresa, de tal forma que a 31 de diciembre de 2013, estemos nuevamente calificados por encima del 90%. Para este propósito debemos fijarnos unos derroteros más altos que nos permitan estar a la vanguardia por competitividad en materia de servicios de salud en el departamento del Cauca. Razón suficiente para persistir en los siguientes temas:

- LA MORALIDAD PÚBLICA: Los principios rectores que consagran las políticas del gobierno central como una forma de combatir la corrupción deben reinar en todo el proceso de la contratación que se adelante al interior de la empresa.
- LA PLANEACION: Con una buena planeación al interior de la ESE podremos fijar unos derroteros mensualizados por actividad o servicio de salud prestados por cada punto de atención, para el fácil

seguimiento y control por parte de la Gerencia, del operacionalizador, de la coordinación técnica, de los mismos coordinadores de punto y por supuesto de la oficina de coordinación de CONTROL INTERNO – OCCI-, se hace necesario que este proceso muestre resultados a 31 de diciembre de 2013, por las razones expuestas en el acápite anterior. Estos resultados están directamente relacionados con la construcción de: PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL, PLANES OPERATIVOS ANUALES, PLAN DE SEGURIDAD INTEGRAL HOSPITALARIO, PLAN ESTRATEGICO DE MERCADO, PLAN ANUAL DE COMPRAS, REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO, PLAN BIENAL, PLAN DE MANTENIMIENTO CATASTRO E INVENTARIOS HOSPITALARIOS Y BANCO DE PLANES PROGRAMAS Y PROYECTOS y el COMITÉ DE RIESGO FINANCIERO entre otros.

- **CARTERA:** Debe adelantar de la mano del proceso AUDITORIAS DE CUENTAS MEDICAS el proceso de depuración de la cartera de la ESE POPAYAN, habida cuenta que existen glosas por conciliar con los diferentes pagadores y lo que es preocupante es que pertenecen a vigencias anteriores y en un porcentaje considerable relacionadas con nuestro programa bandera PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD. El proceso de cartera debe acatar las sugerencias de CONTROL INTERNO en el sentido de mejorar la presentación de los informes que se remiten a PRESUPUESTO Y CONTABILIDAD, para los ajustes correspondientes. Adicionalmente AUDITORIA DE CUENTAS MEDICAS, debe construir de la mano de PLANEACION Y CALIDAD unas políticas claras debidamente documentadas con relación al proceso de contratación con los diferentes pagadores de la ESE.
- **TALENTO HUMANO Y SALUD OCUPACIONAL:** Este proceso debe seguir trabajando en la implementación a 31 de diciembre/13 de un formato para la evaluación del desempeño o acuerdo de gestión; similar al del DAFP y propender con esta evaluación por la adopción de acciones correctivas tendientes a la mejora del clima laboral y a la productividad de la ESE.
Debe hacer aplicación del PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACION PIC en forma equitativa buscando como fin último la actualización en materia de competencias laborales.
Debe seguir dando aplicación al manual de inducción y reinducción en forma permanente.
Debe propender por ajustar o construir el proceso de selección de personal.
Debe construir de la mano de planeación y calidad el REGLAMENTO INTERNO DE TRABAJO DE LA ESE POPAYAN
Debe dar aplicación al plan anual de bienestar social y al plan de incentivos, buscando un clima organizacional aceptable.
Debe buscar apoyo del proceso de PLANEACION Y CALIDAD para la implementación de un formato de seguimiento y control mensual de la producción de los profesionales de la salud que están vinculados a la ESE. Este formato puede ser similar al que maneja el DAFP (acuerdos de gestión y evaluación del desempeño).
- **RECURSOS FISICOS (ALMACEN Y FARMACIA):**
Debe realizar las siguientes tareas:
Debe en primera medida utilizar los formatos pre numerados de comprobantes de ingreso y egreso de elementos propios del almacén central POPAYAN y por ningún motivo despachar a los puntos con notas provisionales o copias de las facturas de los proveedores o relaciones a mano alzadas.
Se debe realizar una jornada de verificación y actualización de los inventarios de elementos de consumo y devolutivos, aplicando las norma de contabilidad generalmente aceptadas
Se deben realizar y refrendar los A-22.
Se debe regular el proceso de la cuenta mensual a presentar a contabilidad de los movimientos de inventarios.
Se deben ajustar las tarjetas de kardex de control de elementos con ocasión de la jornada de revisión de los inventarios a realizar en el primer semestre de 2014.

Se debe seguir dando aplicación al proceso de requisición de medicamentos y material médico quirúrgico, con base en el formato implementado para verificar la rotación de los inventarios por cada punto de atención.

Debe seguir realizando la baja de inventarios por obsolescencia de los elementos o por deterioro de los mismo contribuyendo de esta manera al saneamiento contable

- **SIAU: SISTEMAS DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO**

El SIAU debe seguir adelante con el plan de mejoramiento de dicho proceso, escuchando a nuestros usuarios por los diferentes medios de comunicación implementados (buzones, PQRSF, encuestas, audiencias, inducción y re inducción en sala de espera, circulares, volantes, avisos en cartelera, en la página web, etc). Con el fin de hacer una buena administración de la información externa que redunde en el mejoramiento continuo de los servicios de salud que se le prestan a la comunidad.

Debe adelantar la campaña de sensibilización y educación sobre la resolución numero 180 de 2010, mediante la cual se reguló el proceso de PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS.

Debe seguir haciendo auditorias de verificación, seguimiento y supervisión de los procesos asistenciales y administrativos para cotejar las prescripciones médicas en las historias clínicas con lo efectivamente facturado y cobrado por el servicio prestado al usuario.

Debe procurar la instalación de los paneles informativos en los demás puntos de atención para una buena comunicación con el usuario y en procura de una imagen corporativa uniforme.

Debe subir a la página web los formularios para que los usuarios tengan acceso por este medio a la asignación de citas o servicios que presta la ESE.

Debe cumplir con el plan de mejoramiento en el sentido de apoyar a las ligas de usuarios, realizando audiencias públicas en los cinco (5) puntos de atención con que cuenta la ESE.

Debe ajustar o construir con la ayuda del proceso jurídico el normograma y subirlo a la página web de la ESE como un medio de orientación al usuario.

Debe subir a la página web el informe de gestión que de manera semestral la gerencia presenta a la Junta Directiva, a la Secretaria de Salud del Cauca y al Ministerio de Protección Social.

Debe cumplir con el plan de mejoramiento en el sentido de organizar una salas de espera con sillas ergonómicas, un plasma donde se le proyecte a los usuarios el portafolio de servicios con imágenes de los hospitales o centros de atención con que cuenta la empresa, así como material de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y demás información que contenga los derechos y deberes de los usuarios y de la ESE.

Debe procurar por la implementación del turnero y un monitor de consulta para los usuarios.

- **JURIDICA:**

Debe incluir dentro del plan de mejoramiento del primer semestre del 2014 la revisión y actualización del manual de contratación de la empresa y su re inducción, como lo preceptúa la resolución 5185 de 2013, expedida por el MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCION SOCIAL.

Deber ajustar el acto administrativo de constitución y reglamentación del comité de compras de la ESE POPAYAN

Debe ajustar el formato de estudio de conveniencia y realizar su re inducción para que cada proceso lo elabore directamente

Debe actualizar el manual de interventoría y realizar su re inducción

Así mismo debe incluir la actualización ó construcción del normograma de la ESE.

- **GESTION DOCUMENTAL:**

La gerencia debe contratar en el término de la distancia un profesional que lidere este proceso al interior de la Empresa

Este proceso debe seguir adelante con el plan de mejoramiento planteado desde el nivel directivo, por lo tanto el comité de archivo y correspondencia debe ser ágil en la aplicación del manual, propender por

la clasificación de todo el archivo institucional, en la revisión y aprobación de las tablas de retención documental y en la ubicación del sitio donde debe quedar o funcionar el archivo central. Igualmente debe procurar por la dotación de los archivos rodantes, la centralización de toda la documentación que reposa actualmente en los archivos de los cinco (5) puntos de atención y que a la fecha dejaron de ser archivos de gestión.

El profesional contratado debe hacer un recorrido por los puntos de atención, con el fin de dar las instrucciones básicas (re-inducción) de archivo que deben tener en cuenta los servidores y contratistas de la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYAN ESE, con el fin de ir adelantado el proceso de archivo, conforme a las normas que presupuesta la ley 594/00 y sus decretos reglamentarios.

De igual manera se debe gestionar en forma escrita con el SENA preferiblemente o con otra institución educativa, la participación de los alumnos para todas las tareas que implica la implementación de GESTION DOCUMENTAL en la ESE, como se había presupuestado desde un principio, trabajo con el cual nos habían podido brindar un efectivo apoyo para la actualización de los archivos anteriores a 2012 y lo que va corrido de esta vigencia.

CONTROL INTERNO no conoce acta alguna del COMITÉ DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA, el cual se creó mediante resolución 159/2010, lo que significa que este ha sido inoperante.

Se debe trabajar en la ubicación de la UNIDAD DE CORRESPONDENCIA y el ARCHIVO CENTRAL de la empresa y el avance de construcción de las tablas de retención documental.

- SISTEMA OBLIGATORIO DE GESTION DE LA CALIDAD –SOGC- Este proceso debe articularse con los procesos de planeación, coordinación técnica, comité de calidad y al de control interno; con el fin de fijar unos derroteros comunes que nos permitan transitar el mismo camino hasta llegar a cumplir con los requisitos de habilitación para luego dar el salto a la búsqueda de la acreditación de los servicios de salud que presta la ESE POPAYAN. De esta manera podremos decir que hemos hecho honor a nuestro eslogan: “Calidad en Salud ESE nuestro compromiso”

Adicionalmente la OCCI recomienda que el GRUPO DE CALIDAD encargado de este proceso, se acoja a los lineamientos establecidos por el DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA –DAFP-, para la implementación del SOGC al interior de la ESE POPAYAN.

La OCCI deja constancia, que no ha hecho hasta el momento seguimiento alguno a las auditorias (PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD-PAMEC-) que el GRUPO DE CALIDAD responsable de este proceso debe realizar a los procesos de la empresa y en especial a los del GRUPO FUNCIONAL ASISTENCIAL. Labor esta que se postergará para la vigencia de 2014; habida cuenta que este grupo fue contratado desde el mes de noviembre de 2012 y a la fecha debe mostrar resultados en todo lo que concierne a CALIDAD Y PLANEACION de la entidad.

AUGUSTO ORTEGA AGUIRRE-AUDIVES SAS
OFICINA DE CONTROL INTERNO ESE POPAYAN
Original Firmado