

SEGUIMIENTO MODELO INTEGRADO DE PLANEACION Y GESTION PRIMER SEMESTRE 2022

El presente informe de seguimiento al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) de la ESE Salud Pereira durante el primer semestre de 2022, tiene como finalidad verificar y constatar que el avance de implementación y acciones de mejora, se estén realizando tendientes a cumplir con los objetivos acorde al Decreto No. 1499 de 2017, tales como:

1. Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas
2. Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos.
3. Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua.
4. Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas.
5. Promover la coordinación entre entidades públicas para mejorar su gestión y desempeño.

Es importante tener en cuenta que el modelo integrado de planeación y gestión, es considerado como el marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de general resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos.

Este Modelo es considerado como una herramienta que simplifica e integra los Sistemas de Desarrollo Administrativos y Gestión de la Calidad, articulándolos con el Sistema de Control interno, para hacer los procesos dentro de la entidad más sencillos y eficientes. Es por ello, que ordena la creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño como organismo orientador del Modelo, el cual sustituye y compila los demás comités que tengan relación y que no sean obligatorios por mandato legal.

La ESE Salud Pereira, en un principio y cumpliendo con la normatividad, expidió la Resolución No. 355 de 2018, integrando y estableciendo el reglamento de funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, siendo posteriormente actualizado y complementado en la Resolución No. 1757 de 2020.

Para la presente vigencia, se actualiza nuevamente como producto de las políticas adoptadas por la Administración Municipal de Pereira y en las cuales se integró a la entidad dentro del Comité Municipal de Gestión y Desempeño, entre las cuales se incluyó la Mejora Normativa a las políticas de gestión y desempeño institucional, compilando las recomendaciones del documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social – COMPES 3816 de 2014, a través de la Resolución No. 644 de abril de 2022.

Esta última actualización, estableció los fundamentos generales del MIPG institucional como único Sistema de Gestión, en donde el Gerente delegaría en la Asesoría de Planeación y Mercadeo, el liderazgo de la implementación del Modelo y el cual sería complementado con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), Gestión Ambiental y la Seguridad de la Información.

La Oficina de Control Interno, dando alcance a su rol de seguimiento y evaluación consagrado en la Ley No. 87 de 1993 y el Decreto Reglamentario No. 648 de 2017, elabora el presente informe del primer semestre de 2022, con la finalidad de verificar el trabajo que viene realizando la entidad, mediante los planes de acción diseñados para cumplir con los objetivos planteados para la presente vigencia, velando por el cumplimiento que los líderes de cada proceso y cumplimiento de las funciones de las líneas de defensa establecidas por la normatividad.

OBJETIVO

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de los roles que debe desempeñar, debe hacer el seguimiento a las actividades encaminadas a la implementación en la ESE Salud Pereira del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, con base en los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública; con el fin de dar cumplimiento al Decreto No. 1499 de 2017 y a los objetivos contemplados dentro de la Resolución No. 644 de abril de 2022.

RESULTADO

El resultado del seguimiento realizado, es producto de la información suministrada por la Oficina de Planeación, así: Informe MIPG de enero a junio del presente año y los planes de acción reportados por las áreas involucradas.

Por lo tanto, este informe se centrará en el desarrollo de las tres (3) fases establecidas en el Manual Operativo en aquellas actividades relacionadas con la institucionalidad, operación y medición, haciendo especial énfasis en el cumplimiento dentro de los términos programados.

Teniendo como base las dimensiones y políticas contempladas dentro del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG de la ESE Salud Pereira, realizamos un análisis de su comportamiento de acuerdo a cada una de las dimensiones, así:

1.- TALENTO HUMANO:

Esta dimensión ha sido considerada como el eje principal del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el cual tiene como propósito ofrecerle a la entidad pública, las herramientas para gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro), de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad, las normas que les rigen en materia de personal, y la garantía del derecho fundamental al diálogo social y a la concertación como principal mecanismo para resolver las controversias laborales; promoviendo siempre la integridad en el ejercicio de las funciones y competencias de los servidores públicos.

En este primer semestre, la entidad ha realizado la actualización del Plan Estratégico del Talento Humano para un periodo comprendido entre las vigencias 2022 – 2024, mediante la Resolución 346 de febrero 07 de 2022, en el cual se contempla el Plan Anual de Provisión y Vacantes de recursos humano, Plan Institucional de Acciones de Formación Continua y Capacitación, Plan de Bienestar e Incentivos Institucionales, Plan de Trabajo y Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Este Plan se instrumentaliza a través del ciclo de vida del servidor público, el cual comprende el ingreso, permanencia y retiro, cuyos componentes se relacionan en la siguiente tabla:

INGRESO	DESARROLLO	RETIRO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Selección ➤ Nombramiento y Posesión ➤ Inducción ➤ Evaluación en Periodo de Prueba 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacitación. ➤ Bienestar Social e Incentivos. ➤ Seguridad y Salud en el Trabajo ➤ Plan de Vacantes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Liquidación de Nomina ➤ Comisión de Servicios. ➤ Encargo. ➤ Retiro

Fuente: Plan estratégico de Talento Humano

Uno de los aspectos importantes integrados al Plan de Gestión Estratégica del Talento Humano, es la inclusión de las Rutas de Creación de Valor, considerada como una herramienta conceptual y metodológica que permite priorizar las acciones previstas. Estas Rutas son caminos que conducen a la creación de valor público a través del fortalecimiento del Talento Humano, y constituyen agrupaciones temáticas que, trabajadas en conjunto, permiten impactar en aspectos puntuales y producir resultados eficaces. Para la ESE Salud Pereira, las rutas son las siguientes: Ruta de la Felicidad, Ruta de Servicio, Ruta de Calidad y Ruta del Análisis de Datos.

La Implementación de este nuevo Plan, se ha venido haciendo de manera paulatina acorde a las capacidades logísticas y económicas de la entidad y los avances son aceptables de acuerdo a las medidas que se han diseñado durante este primer semestre, partiendo que gran parte de los objetivos señalados ya venían en desarrollo y se viene realizando los ajustes pertinentes como el mejoramiento continuo, este último considerado como el principio esencial para lograr el cumplimiento eficiente, efectivo y eficaz de la misión para lo cual se ha creado la entidad.

Se ha realizado ajustes al proceso de inducción y reinducción de los empleados y contratistas que laboran en la entidad e igualmente, se elaboró la actualización del Plan de Bienestar e Incentivos acorde al Programa Nacional de Bienestar 2020 – 2022. También se viene realizando la actualización del procedimiento de selección de personal, el monitoreo y seguimiento de las Hojas de Vida en el SIGEP II, en donde esta Oficina de Control Interno practico proceso auditor interno con observaciones que fueron objeto de la suscripción de planes de mejoramiento y un permanente seguimiento a las área de Talento Humano y Asesoría Jurídica, para que establezca los medios de generación de una cultura encaminada al cumplimiento de la normatividad por parte de cada uno de los funcionarios y contratistas de la ESE Salud Pereira en este tema.

Así mismo, uno de los aspectos detectados dentro de los procesos auditores desarrollados en este primer semestre, es la necesidad de realizar capacitaciones específicas en temas propios

de cada uno de los procesos y en diferentes reuniones y los mismos Comités, se deja constancia de esta debilidad.

En cuanto al Código de Integridad, se ha documentado las buenas prácticas de la entidad en materia de integridad y se tiene la capacitación a través del PLEXO quedando aún pendiente la encuesta que pueda establecer la identificación del grado de percepción del Código.

En un rango de 1 a 5, se califica el cumplimiento de la dimensión de manera satisfactoria, donde 1 es no cumplimiento y 5 es el cumplimiento satisfactorio de todas las propuestas contenidas dentro del Plan Estratégico de Talento Humano aprobado, esta Oficina de Control Interno, considera que va en una calificación de 2, puesto que su implementación y ajuste a penas se viene desarrollando en cada uno de los planes contenidos internamente. Ahora bien, en términos porcentuales se puede establecer que el avance esta en aproximadamente en un 65%.

En cuanto al Plan de Acción de la vigencia 2022, se tiene que Talento Humano ha cumplido de acuerdo al seguimiento con el 46% de las actividades programas en el Plan de Bienestar Social e Incentivos, puesto que aunque se ha realizado la actualización con respecto al Programa Nacional, aún no se evidencia su publicación en la página WEB e iniciar su implementación; un 70% con el Plan Anual de Vacantes y Plan de Previsión del Talento Humano a través del seguimiento trimestral que se hace a las novedades de la planta global, aunque el área debe de analizar el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con las vacantes que se tienen , puesto que las decisiones de la Junta Directiva de congelar la planta de personal debido a los escasos recursos que tiene, hacen que administrativamente se deba contemplar la viabilidad de realizar una reorganización tendiente a ajustar la planta de personal a la capacidad financiera y las necesidades del servicio, aspecto que se viene analizando.

En cuanto al Plan de Acciones de Formación Continua y Capacitaciones, el resultado del seguimiento realizado en la presente vigencia según la Asesoría de Planeación, arroja que ha cumplido con el 47% de las capacitaciones programadas para la presente vigencia.

Con respecto al Plan Anual de Seguridad y Salud en el Trabajo, se indica que han tenido numerosas actividades en los dos (2) primeros trimestres de esta vigencia, aspecto que ha otorgado un cumplimiento del 85%. Se realizó ajuste al proceso de inducción y reinducción de la entidad, el cual no venía operando de manera eficiente y una vez realizado se aprobó por el Comité, su implementación se desarrollaría dentro del segundo semestre, es decir que se tiene un cumplimiento del 50%.

Se nota debilidades en cuanto a las publicaciones que se debe realizar en la página WEB de la entidad, aspecto que no permite tener un aceptable avance en su cumplimiento, el área deberá realizar un barrido de la información que debe ser publicada acorde a la Ley y proceder a efectuar las publicaciones respectivas; en vista de lo anterior, se puede establecer que el avance en esta actividad se encuentra en un 70%, contradiciendo así la calificación realizada por el área de Planeación.

En cuanto al cumplimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Atención en Salud – PAMEC, tenemos que la actividad programada indica que se mantendrá por encima del 90% las acciones de mejora que se tienen desde el inicio de la vigencia y de acuerdo al

seguimiento realizado por el área de planeación, se indica que han cumplido al cierre del primer semestre con el 75%.

Entre las actividades que aún no reportan movimiento dentro del primer semestre, se tiene que no se ha realizado la implementación de la estrategia para la identificación y declaración de conflictos de interés y el cual hace parte de las recomendaciones realizadas por el FURAG, en cuanto a analizar factores de riesgo de ocurrencia de situaciones de conflicto de interés para la identificación de riesgos de corrupción y fraude; tampoco hay evidencia de la divulgación de las investigaciones realizadas desde Convenios Docencia Servicio.

2.- DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN: Esta Dimensión tiene como propósito permitirle a la Empresa Social del Estado Salud Pereira, definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios. Por ello, brinda una serie de lineamientos e indicaciones para el desarrollo de los ejercicios de direccionamiento estratégico y de planeación en los cuales la ESE define sus objetivos y metas, identifica las capacidades con las que cuenta en términos de recursos, talento humano, procesos, y en general, todas las condiciones internas y externas que la caracterizan para lograrlos, los indicadores a través de los cuales llevará a cabo su seguimiento y evaluación y los riesgos que eventualmente pueden afectar su gestión.

En esta dimensión la ESE Salud Pereira ha venido registrando atrasos en su cumplimiento, puesto que no ha realizado la actualización del Plan de Participación Ciudadana como tampoco el procedimiento de Estrategia de Rendición de Cuenta y Audiencia Pública (PI-PR-008) incluyendo los nodos del Sistema Nacional de Rendición de Cuentas (SNRDC). En cuanto a la formulación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2023, en el cual se debe incluir el componente 6 “*Acuerdo de Paz*”, por ser una acción que se debe realizar dentro del segundo semestre, no se tiene ningún avance.

Se tiene contemplado dentro de la política de “*Compras y Contratación Pública*”, la realización de capacitaciones a todos los funcionarios y colaboradores de la entidad en el proceso de adquisiciones de bienes y servicios, pero durante el primer semestre no se tiene evidencia de su desarrollo y adicionalmente, en los procesos de auditoria interna se ha podido evidenciar que efectivamente hay debilidades en el cumplimiento de las labores de supervisión, ocasionando limitaciones en el seguimiento que debe realizar la tercera línea de defensa.

La única política que se ha cumplido de manera aceptable es la relacionada con la “*Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público*”, en cuanto a la elaboración de los estados financieros y reportes de ley en la gestión y administración de los recursos. Sin embargo, la ESE Salud Pereira debe hacer un análisis del presupuesto debido a los cambios que se han registrado en cuanto a la distribución del régimen subsidiado en la Empresas Prestadoras de Servicios, aspecto que ha generado inconvenientes en la consecución de los recursos, puesto que en la actualidad se hace necesario entrar en un ambiente de competitividad. Adicionalmente se registra inconvenientes con la eficiencia del gasto, puesto que la situación mencionada anteriormente ha incidido considerablemente y ha generado crisis que a la fecha se han sorteado a través de la gestión administrativa de la gerencia, pero el futuro de la entidad es incierto en cuanto a la viabilidad financiera.

En términos porcentuales, se puede señalar que esta dimensión ha tenido un avance dentro de las acciones planteadas de mejoramiento del 45%. En cuanto al rango de 1 a 5, se puede señalar que esta en una calificación de 2.

3.- GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS: El propósito de esta Dimensión es permitir a la ESE Salud Pereira, realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

En este sentido, se desarrollan los aspectos más importantes que debe atender la entidad para cumplir con las funciones y competencias que le han sido asignadas. Para ello, esta dimensión se entenderá desde dos perspectivas: la primera, asociada a los aspectos relevantes para una adecuada operación de la organización, en adelante “de la ventanilla hacia adentro”; y la segunda, referente a la relación “*Estado Ciudadano*”.

En el cumplimiento de las políticas planteadas dentro de esta dimensión, se tiene que de acuerdo a los resultados del FURAG, el “*Fortalecimiento Organizacional y Simplificación*”, la recomendación se enfocó a continuar trabajando para mantener los resultados alcanzados y propender por un mejoramiento continuo. Es por ello que, dentro del plan de acción propuesto para la presente vigencia, se planteó implementar y actualizar la documentación del proceso de Gestión de Calidad (Sistema Integrado de Gestión) con un lenguaje claro para los grupos de valor de la ESE Salud Pereira, obteniendo de acuerdo al seguimiento que hace el área de planeación un cumplimiento del 100%.

En cuanto a la política denominada “*Gobierno Digital*”, según el seguimiento realizado por el área de planeación, en este primer semestre se realizó el fortalecimiento del esquema de soporte con los respectivos niveles de atención a través de la herramienta tecnológica establecida para tal fin (GLPI) e igualmente, se fortaleció la estrategia para el uso apropiado de las tecnologías de la información, promocionando los servicios digitales con que cuenta la entidad. Se dio así mismo, ejecución al Plan de Apertura, Mejora y Uso de los datos abiertos y la actualización como publicación de los conjuntos de datos abiertos estratégicos, que para este primer semestre se tienen identificados 16 y publicados 7, otorgando así una calificación de 5.26, es decir que ya se tiene cumplido.

Sin embargo, dentro de las recomendaciones del FURAG, se planteó veintiocho (28) recomendaciones, las cuales deberán ser objeto de análisis por parte de la administración e iniciar el proceso de diseño e implementación de aquellos aspectos que, con base en los requisitos del modelo y cumplimiento normativo, deben ser tenidos en cuenta para el mejoramiento continuo de la entidad, entre los cuales se mencionan los siguientes:

- Cumplimiento de todas las secciones de la página WEB de la entidad con el cumplimiento de la usabilidad, es decir el indicador que refleje el número de visitas que se realizan a la página.
- Implementación de procesos y procedimientos de calidad de datos para mejorar la gestión de los componentes de la información de la entidad.
- Actualizar y documentar una arquitectura de referencia y una de solución para todas las soluciones tecnológicas de la entidad, con el propósito de mejorar la gestión de sus sistemas de información, incluidos aquellos que son de terceros y prestan su servicio a la entidad.

- Uno de los más importantes, es la inclusión dentro de los contratos de desarrollo de los sistemas de información de la entidad, la cláusula que obligue a realizar la transferencia de derechos de autor a su favor.
- Incorporar las funciones de accesibilidad establecidas en la Política de Gobierno Digital, en los sistemas de información de acuerdo a la caracterización de usuarios de la entidad.
- Adoptar en su totalidad el protocolo IPV6 en la entidad, elaborando un plan de direccionamiento, plan de contingencia, elaboración del documento de diseño detallado de la implementación del protocolo de internet, elaboración de pruebas pilotos a la implementación, elaboración de informes de activación de políticas de seguridad, entre otros aspectos.
- Definición de indicadores para medir la eficiencia y eficacia del Sistema de Gestión de Seguridad y Privacidad de la Información de la entidad, siendo aprobados mediante el Comité de Gestión y Desempeño Institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.

En relación a la política de “*Seguridad Digital*”, tenemos que su comportamiento de acuerdo al seguimiento realizado por el área de planeación es de un 100%, porcentaje argumentado en haber realizado el mejoramiento en la seguridad perimetral existente en la entidad y la actualización y ejecución del manual de procedimientos de seguridad y privacidad de la información. Sin embargo, el FURAG planteó como recomendaciones otros aspectos que no se tiene evidencias de su implementación aún.

Con respecto a la política de “*Defensa Jurídica*”, se tiene como avance el fortalecimiento del Comité de Conciliación y Defensa Jurídica, siendo evaluado por el área de planeación con un cumplimiento del 100%. Pero en el desarrollo de un proceso de auditoría interna, se pudo evidenciar que era necesarios realizar una actualización a la Resolución que se tenía en su momento y regular el número de reuniones que se debe realizar mensualmente.

Así mismo, se ha detectado la necesidad de actualizar el manual de prevención del daño antijurídico, puesto que gran parte de las demandas que posee la entidad surgen de la contratación de prestación de servicios del área asistencial principalmente y los cuales deben ser analizados, puesto que obtener fallos en contra por este concepto, sería poner en riesgo la estabilidad financiera de la entidad.

La política de “*Mejora Normativa*”, tan sólo se tiene propuesto realizar capacitaciones a todos los funcionarios y colaboradores de la entidad, específicamente en el proceso de adquisiciones de bienes y servicios, aspecto que deberá ser extendida a dar un mayor conocimiento de las labores de la supervisión y los elementos que debe tener en el desarrollo de los procedimientos contemplados dentro de la Resolución No. 405 de 2017.

Continuando con la política de “*Servicio al Ciudadano*”, se ha planteado la actualización de la Política de Servicio al Ciudadano y la Resolución No. 1968 de 2020 “*Por medio de la cual se crea la Oficina de Servicio de Información y Atención al usuario de la ESE Salud Pereira*”. La última acción realizada administrativamente fue la expedición de la Resolución No.996 de julio 1 de 2022 “*Por la cual se actualiza la política institucional del servicio al ciudadano y deroga la Resolución No. 718 de 2019 en la ESE Salud Pereira*”, quedando aún pendiente la actualización de la Resolución No. 1968 de 2020. Es por tal motivo, que el avance según el

área de planeación es baja y adicionalmente, falta la socialización al interior de la entidad de ambos actos administrativos.

Otras actividades como la capacitación del personal en temas de grupos étnicos y la clasificación de los PQRS por atención preferencias, aún no se tiene evidencias de su aplicación en este primer semestre.

Dentro de las recomendaciones surgidas en el FURAG, igualmente se contempla la instalación de señalización de alto relieve en la entidad, la definición de proyectos y programas basados en la caracterización de los grupos de valor, incorporación de actividades que promuevan la inclusión y la diversidad en la planeación del talento humano, entre otros aspectos. Lógicamente, se debe tener en cuenta que muchas de estas recomendaciones requieren de un presupuesto y actualmente la entidad viene afrontando una situación crítica para la generación de ingresos, producto de los lineamientos normativos existentes en cuanto al área de la salud.

Para el cumplimiento de la política de “*Racionalización de Tramites*”, la entidad ha programado la formulación de la estrategia de racionalización de trámites, la cual aún no se ha concretado para la presente vigencia y según la recomendación del FURAG, esta debe ser diseñada en cada vigencia. Esta actividad, debe ser elaborada una vez se actualice el seguimiento de gestión de tramites en el Sistema Único de Información de Trámites – SUIT y la determinación de los otros procedimientos administrativos para ser inscritos.

Finalmente, dentro de esta dimensión tenemos la política de “*Participación Ciudadana en la Gestión Pública*”, la cual ha contemplado la continuación de un servicio de orientación y atención telefónica, como también el contacto presencial donde se atiende inquietudes, PQRS y orientación de trámites. Así mismo, con los diferentes ejercicios, iniciativas o acciones de participación realizados al interior de la entidad con sus grupos de valor, a fin de socializar los resultados obtenidos en las consultas o toma de decisiones.

Una de las actividades realizadas dentro de este primer semestre, ha sido la realización de la Rendición de la Cuenta y Audiencia Pública, como también la participación en eventos programados por la misma Administración Municipal, mediante la prestación de servicios a la comunidad en jornadas especiales.

En vista de lo anterior y basados en el rango de 1 a 5 dentro de la calificación que se viene dando a cada dimensión, se puede señalar que el grado de avance con corte al primer semestre es de 3.5.

4.- EVALUACION PARA EL RESULTADO: El propósito de esta dimensión es que las entidades públicas desarrollen una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua a partir del seguimiento a su gestión y desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico y de esta forma medir los efectos de la gestión institucional en la garantía de los derechos, satisfacción de las necesidades y/o resolución de los problemas de los grupos de valor.

Para el desarrollo de esta dimensión deberán tenerse en cuenta los lineamientos de la Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional en donde según el reporte de la Asesoría de Planeación, se ha venido cumpliendo aceptablemente y permanentemente se

comunica dentro de los diferentes Comités, los avances que se tienen y cuáles deben ser las acciones a seguir. Entre los aspectos más relevantes tenemos que uno de los temas de mayor análisis y toma de decisiones ha sido el relacionado con las finanzas de la entidad, la cual se ha visto afectada por decisiones nacionales en especial por la Superintendencia de Salud, que al inicio de la vigencia toma la decisión de liquidar a la EPS MEDIMAS, entidad que tenía gran incidencia dentro de los ingresos que percibía la ESE y al tomar dicha decisión, los usuarios fueron redistribuidos en diferentes EPS de la región, siendo necesarios una gestión inmediata de la Administración para lograr nuevamente agrupar el número de usuarios que se tenía. Esta situación, afectó las finanzas de la entidad durante el lapso de tiempo que se demoró nuevamente hacer las negociaciones con las diferentes EPS privadas.

En cuanto a los demás indicadores, se tiene que vienen realizando un avance aceptable, con la finalidad de cumplir con el Decreto No. 2193 de 2004; sin embargo, aún está pendiente por realizar el seguimiento al PAMEC de la vigencia y no se ha realizado la actualización del manual de indicadores como tampoco se ha adelantado la publicación de los tableros de indicadores en la página WEB.

5.- INFORMACION Y COMUNICACIÓN: El propósito de esta dimensión es garantizar un adecuado flujo de información interna, es decir aquella que permite la operación interna de una entidad, así como de la información externa, esto es, aquella que le permite una interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.

En esta dimensión se tiene uno de los grandes inconvenientes en el cumplimiento de la política de “*Gestión Documental*”, el cual aún no se tiene evidencias de la documentación e implementación del Sistema Integrado de Conservación, el cual debe integrar el Plan de Conservación Documental y el Plan de Preservación Digital a Largo plazo.

En la realización del proceso auditor interno realizado en este primer semestre, los resultados arrojados indican además que, se encontraron algunos instrumentos archivísticos desactualizados, los cuales marcan la pauta para la implementación del proceso de Gestión Documental, aunque estos factores ya se encuentran identificados y programados para su actualización, se deberán iniciar labores cuanto antes para la ejecución de los planes propuestos, de igual manera se evidencia un atraso en cuanto a la reglamentación y estandarización de procesos relacionados con documentos electrónicos y digitalización de documentos, para el manejo informático de estos. Otras obligaciones como la capacitación de funcionarios, elaboración de inventarios, cumplimiento de las etapas y procesos en la gestión de documentos están ajustadas y empleadas de acuerdo a la normatividad.

Además, se observó una debilidad en el autocontrol del procedimiento relacionado con la responsabilidad de exigir la entrega mediante inventario, de los documentos de archivo que se encuentren en poder de servidores públicos y contratistas, cuando estos dejen sus cargos; situación que puede ser delicada teniendo en cuenta que los documentos y archivos son indispensables para garantizar la continuidad de la gestión pública y la falta de entrega de inventario de estos puede propiciar la pérdida o desorganización de información.

Otro aspecto observado es la falta de identificación de documentación de valor histórico, la cual debe ser transferida al Archivo Central Territorial, pasado el tiempo de retención, transferencia que nunca se ha realizado por parte de la entidad.

Respecto a los micro-procesos, se encontró que se realizan adecuadamente, la ventanilla única cumple con el Manual de Archivo y Correspondencia, así como la demás normatividad y no se evidencia problema alguno.

Por su parte el archivo central, cuenta con los estándares de espacio, edificación y ambiente, aunque la documentación que se encontraba almacenada en este espacio fue transferida a una empresa externa contratada para la guarda y custodia del patrimonio archivísticos denominada “Iron Mountain”, generando un área extra que ha sido utilizada para almacenar historias clínicas de algunos puestos de salud y atenciones de urgencias, las cuales se encuentran debidamente organizadas e identificadas, pero deberán ser depuradas e inventariadas para su respectiva eliminación para no tener acumulación por cumplir el tiempo máximo de retención.

En cuanto a la política “*Transferencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción*”, la entidad ha realizado capacitaciones al personal a través del PLEXO, en el tema de la divulgación del objeto para el cual se ha expedido la Ley No. 1712 de 2014 “*Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones*” e igualmente, se viene realizando la publicación de aquellos aspectos contemplados como mínimos en la norma. Se tiene programado por parte de la Asesoría de Planeación, realizar una ordenación de la página WEB de la entidad, con la finalidad de concentrar la información en link descriptivos para una mayor información a la comunidad.

Entre las recomendaciones señaladas por el FURAG, tenemos que se debe analizar los factores de riesgo de ocurrencia de situaciones de conflictos de interés para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.

Se tiene igualmente, algunas recomendaciones similares a las contempladas dentro de la política de “*Seguridad Digital*” y adicionalmente, aquellos elementos que aún no se tienen publicados en la página WEB relacionados con la política de “*Gestión Documental*”, tales como: Tablas de Retención Documental e inscribir en el Registro Único de Series Documentales, elaborar, aprobar, implementar y publicar el documento Sistema Integrado de Conservación – SIC de la entidad, Creación de los expedientes electrónicos con los respectivos componentes tecnológicos, implementación del Sistema de Gestión de Documentos electrónicos de archivo – SGDEA, en donde se debe definir el modelo, entre otras 30 recomendaciones realizadas.

Continuar con el procedimiento de identificar y depurar los grupos poblacionales a atender, clasificados de acuerdo al riesgo, para diseñar el documento “*Caracterización de la Población*”, con la finalidad de definir los planes, proyectos y programas que se deben adelantar.

Otro de los aspectos que también deben ser tenidos en cuenta, es la formulación en cada vigencia de una estrategia de racionalización de trámites.

6.- GESTION DEL CONOCIMIENTO: La dimensión de la gestión del conocimiento y la innovación, propone el desarrollo de acciones para compartir y difundir el conocimiento entre los servidores públicos y los grupos de valor, con el objetivo de garantizar su apropiación y

aprovechamiento, esto implica, además, que las entidades promuevan el análisis, evaluación y retroalimentación de dichas acciones, lo que les permitirá el mejoramiento continuo. Esta dimensión facilita a las entidades aprender de sí mismas y de su entorno de manera práctica (aprender haciendo).

El propósito de esta Dimensión es fortalecer de forma transversal a las demás dimensiones (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno e Información y Comunicación) en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad, es clave para su aprendizaje y su evolución.

Es la dimensión en la cual la entidad no ha podido desarrollar ningún aspecto tendiente a su cumplimiento; sin embargo, como producto de los últimos eventos registrados en cuanto a la redistribución del personal subsidiado con las EPS privadas, la entidad se verá abocada a incursionar en un ambiente competitivo, generando una visión diferente del servicio que se presta.

7.- CONTROL INTERNO: El propósito de esta dimensión, es suministrar una serie de lineamientos y buenas prácticas en materia de control interno, cuya implementación debe conducir a las entidades públicas a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público. Se debe resaltar que el control interno tal como ha sido concebido en la Constitución Política de 1991 busca: i) garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional; ii) proteger los recursos buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten; iii) velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características, lo que en su conjunto permitirá aumentar la confianza de los ciudadanos en la entidad pública.

El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito. Es por ello, que dentro del Plan Operativo de Auditorías se ha incluido el cumplimiento de la realización de los informes de ley que deben estar publicados en la página WEB y con corte al primer semestre, se ha venido cumpliendo satisfactoriamente. Adicionalmente, se ha programado una serie de proceso de auditorías internas enfocadas a aspectos específicos relacionados con el sistema de control interno y los cuales ha servido de base para poder emitir esta evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

En el desarrollo de los diferentes procesos de auditoría interna, se ha detectado algunas observaciones que se plantean a la administración, con la finalidad de que adopten medidas de mejoramiento, las cuales quedan plasmadas dentro de los formatos de plan de mejoramiento que serán evaluados en su debido momento.

Así mismo, se ha tenido en cuenta al rol del autocontrol y es por ello que, mediante capacitaciones virtuales se pretende dar a conocer a los funcionarios, temas que deben ser de amplio conocimiento para que contribuyan desde sus puestos de trabajo en el mejoramiento continuo de la entidad.

RECOMENDACIONES:

- En vista de que las recomendaciones dadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública en los resultados obtenidos de la vigencia 2021, han decrecido en un 20.4% con respecto al arrojado en la vigencia 2020, es un indicativo de que el Modelo Integrado de Planeación y Gestión ha avanzado aceptablemente y es recomendable seguir teniendo en cuenta dichas recomendaciones, puesto que la finalidad de este seguimiento es continuar con el mejoramiento continuo del Modelo, garantizando el funcionamiento y servicio con calidad de la entidad para con sus clientes, que es la misma ciudadanía.
- Los líderes temáticos y gestores de cada política de la entidad, deberán de conformidad con lo establecido en la Resolución No. 1757 del 20 de octubre del 2020, consultar e implementar las recomendaciones de mejora establecidas en el FURAG, teniendo lógicamente presente las condiciones logísticas y económicas del momento, donde siempre se continúe con la formulación de planes de acción coherentes en sus metas e indicadores, siendo realmente estratégicos que permitan avanzar en la implementación de las políticas de MIPG y obtener mejoras en la medición del desempeño institucional que se realiza a través del FURAG. }
- En la política de “*Compras y Contratación Pública*”, la entidad deberá apropiarse de las acciones de mejora planteada dentro de los procesos auditores tanto interno y externos realizados en el transcurso del primer semestre, con el propósito de obtener unos mejores resultados y lograr que esta política sea transparente para la comunidad.
- Avanzar en la implementación de las políticas mejora normativa, gestión de la información, innovación, compras y contratación pública, como una integralidad de todo el proceso armónico de las dimensiones y políticas señaladas por la Ley, con el fin de determinar su pertinencia, en términos de Eficiencia, Efectividad, Oportunidad, y Calidad según se requiera.

CONCLUSIONES:

- El Modelo Integral de Planeación y Gestión – MIPG, siempre está en constante proceso de actualización e integración de herramientas, generando un gran reto sobre su apropiación y capacidad de implementación, seguimiento y evaluación constante por parte de la entidad de cara a la comunidad Pereirana.

Es recomendable que quienes lideran las Políticas de MIPG en la Entidad, avancen en el conocimiento y la adopción de estas herramientas y mecanismos, reconociendo que las mismas están en constante actualización y ajuste, generando un ambiente propicio para que quienes ejecutan las actividades de operación del modelo.

La entidad muestra un avance significativo en la implementación de las políticas del MIPG, sin embargo, se hace necesario continuar aunando esfuerzos para lograr un nivel de cumplimiento aceptable, previendo que este modelo requiere de un constante mejoramiento continuo acorde a las actualizaciones del medio.

Donde es indispensable que cada responsable de política, identifique las actividades que debe desarrollar y que están pendientes por cumplir, las cuales deben ser plasmadas dentro del plan de acción, siendo este último una herramienta de planeación que es flexible

Carrera 7 N° 40-34 Hospital del Centro, Teléfono: 3515252

Pereira E-mail: correo@esepereira.gov.co

Visítenos: www.saludpereira.gov.co

NIT. 816.005.003-5

en el tiempo para poder ser perfeccionada acorde a las necesidades, previo reporte oportuno a la Asesoría de Planeación con las respectivas evidencias y las cuales comunicará en su debido momento a la Oficina de Control Interno, para poder ser tenido en cuenta dentro de los procesos de auditoría interna.

Es evidente el avance que ha desarrollado la Empresa, en su capacidad de gestionar de manera apropiada los requerimientos y lineamientos de la operatividad del MIPG, en cada una de las políticas que ha permitido resaltar los resultados favorables en el desempeño institucional en las últimas evaluaciones realizadas por la Función Pública, continuando con el fortalecimiento, ajuste y mejora permanente del proceso.



Septiembre 19 de 2022

CARLOS ALBERTO GALLEGO SUAREZ
Asesor de Control Interno

REFERENCIAS:

Ley 87 de 1993: Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1599 de 2005: por medio del cual se dispone la implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

Decreto 1083 DE 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.

Decreto 1499 de 2017: Nuevo modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, articula el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.

Ley 1474 del 12 de enero de 2011 reglamentado por el Decreto Nacional 2641 de 2012,

Resolución No. 1757 de 2020: Establece el reglamento y funcionamiento del Comité Institucional de Gestión y Desempeño

Decreto 648 de 2017: modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública

Manual operativo MIPG versión 4 de 2021 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Guía para la Administración del riesgo y diseño de controles en entidades Públicas V5 de 2020 del Departamento Administrativo de la Función Pública.