

SECTOR DEL DESARROLLO SOCIAL

CENTRO NACIONAL AUTÓNOMO DE CINEMATOGRAFÍA (CNAC)

SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN CORRECTIVA

El Centro Nacional Autónomo de Cinematografía (CNAC), está adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Cultura (MPPC), tiene como objeto el desarrollo, fomento, difusión y protección de la cinematografía nacional y las obras cinematográficas, entendidas éstas como el mensaje visual o audiovisual e imágenes diacrónicas organizadas en discurso, que fijadas a cualquier soporte tienen la posibilidad de ser exhibidas por medios masivos. El presupuesto inicial para el año 2009, (Gaceta Oficial N° 5.900 del 15-12-2008), fue por Bs.F 76.197,15 mil, y recibió una disminución de Bs.F 1.152,97 y un incremento de Bs.F 44.755,56 mil, ubicando el presupuesto reformulado en Bs.F 119.799,73 mil. El Presupuesto de Ingresos y Gastos aprobado para el año 2010, (Gaceta Oficial N° 5.946 del 15-12-2009), fue por Bs.F 96.779,71 mil.

Alcance y objetivo de la actuación

La actuación se orientó a evaluar la implementación de las acciones correctivas emprendidas por la máxima autoridad jerárquica del CNAC, desde el año 2009 hasta el 1er. semestre 2010, en atención a las recomendaciones formuladas por esta Contraloría General de la República en el Informe Definitivo N° 159 de fecha 25-10-2005, así como evaluar el sistema de control interno del centro, a los fines de verificar su situación actual y si cuenta con el titular del órgano de control fiscal interno.

Observaciones relevantes

La máxima autoridad jerárquica del CNAC, no implementó un plan de acciones correctivas fundamentado en las recomendaciones formuladas por este Máximo Órgano de Control Fiscal en el Informe Definitivo N° 159 de fecha 25-10-2005. No obstante que los artículos 10 literal d) de las Normas Generales de Control Interno (NGCI); 27 de las Normas Generales de Auditoría de Estado (NGAE) y el artículo 8 numeral 3 de las Normas para el Funcionamiento

Coordinado de los Sistemas de Control Externo e Interno (NFCSCIEI), publicadas en la Gaceta Oficial N° 36.229 del 17-06-97, establecen el deber de los niveles directivos y gerenciales de los organismos y entidades de evaluar las observaciones y recomendaciones formuladas por los organismos y dependencias encargados del control fiscal interno y externo, y promover la aplicación de las respectivas medidas correctivas, a cuyos fines, deben adoptar las medidas inmediatas tendentes a corregir las deficiencias señaladas en el informe de auditoría. Lo expuesto anteriormente, se debe a que la máxima autoridad jerárquica del CNAC, en coordinación con las distintas áreas que conforman dicho centro, no han implementado un sistema de control interno apropiado, que les permita adecuar el funcionamiento del centro atendiendo las disposiciones legales y reglamentarias que lo regulan, lo que trae como consecuencia que no se garantizara que en atención a las debilidades detectadas se implementara acciones inmediatas en la gestión administrativa del CNAC.

El CNAC, no cuenta con el manual Descriptivo de Cargos, y existe un retardo en la aprobación e implementación de los manuales de normas y procedimientos que han de regir las actividades que desarrolla el centro. Al respecto, los artículos 35, 36 y 37 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF) y artículos, 11, 12 y 14 de su Reglamento, en concordancia con los artículos 134 de la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP), Gaceta Oficial Nros 38.648 del 20-03-2007; 5.891 del 31-07-2008 y 39.164 del 23-04-2009, y 20 y 22 de las NGCI, establecen que el control interno comprende el plan de organización, las políticas, normas, así como, métodos y procedimientos adoptados dentro de un ente u organismo, para salvaguardar sus recursos, verificar la exactitud y veracidad de su información financiera y administrativa, y corresponde, a las máximas autoridades del ente establecer y mantener un sistema de control interno y adecuarlo a la naturaleza, estructura y fines de la organización, en ese sentido, cada entidad del sector público elaborará en el marco de las normas básicas dictadas por la Contraloría General de la República, las normas, manuales de procedimientos, y demás instrumentos o métodos específicos para el funcio-

namiento del sistemas de control interno, de igual forma, el artículo 11, numeral 5, de la Ley de la Cinematografía Nacional, (Gaceta Oficial N° 5.789 del 26-10-2009), refiere que, el Comité Ejecutivo tiene entre sus funciones “Aprobar los manuales organizativos y los procedimientos internos y asegurar la permanente actualización de estos instrumentos”. Tal situación obedece a que la máxima autoridad jerárquica del CNAC, en coordinación con los encargados de cada dependencia que la conforman, no han concretado las acciones, que conlleven a dar celeridad a la elaboración, aprobación e implementación de dichos instrumentos, en ese sentido, al no estar establecidas de manera formal la distribución y asignación de competencias de dichas dependencias, trae como consecuencia, limitación en el funcionamiento de un adecuado sistema de control interno, y que la actividad operativa que regula los distintos procedimientos realizados por el CNAC, se ejecuten con ausencia de una normativa clara, adecuada, actualizada y sistemática que defina detalladamente cada una de las actividades a realizar conforme a la normativa vigente.

El CNAC, no posee el Manual de Procedimientos del Sistema de Modificaciones Presupuestarias aprobado, no obstante, que el artículo 102 del Reglamento N° 1 de la LOAFSP, (Gaceta Oficial N° 5.781 del 12-08-2005), indica que los entes descentralizados funcionalmente con o sin fines empresariales, deben elaborar los manuales de procedimientos del sistema de modificaciones presupuestarias y reprogramaciones de la ejecución del presupuesto y éstos serán aprobados por la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRE), previa opinión del órgano o ente de adscripción o de tutela, cuando corresponda. Tal situación se debe a que no se habían concretado las acciones pertinentes dirigidas a materializar la aprobación de instrumento normativo, aunado a la ausencia de mecanismos de control interno que permitieran elaborar el instrumento de forma oportuna y pertinente, para someterlo a la aprobación de la ONAPRE. En consecuencia, no existen parámetros para verificar y orientar la gestión presupuestaria que corresponde a la organización, lo que limita al centro y al Órgano de Control Fiscal para ejercer un adecuado control sobre las operaciones realizadas en el área presupuestaria, al no

disponer de criterios uniformes y actualizados acorde con los lineamientos de la ONAPRE.

En el CNAC, no se elaboró el Plan Estratégico que concretara los programas, proyectos, acciones, objetivos y estrategias a desarrollar a mediano y largo plazo, no obstante, el artículo 18 de la Ley Orgánica de la Administración Pública (LOAP), Gaceta Oficial No 37.305 del 17-10-2001, señala que el funcionamiento de los órganos y entes de la Administración Pública se sujetará a las políticas, estrategias, metas y objetivos que se establezcan en los respectivos planes estratégicos, compromisos de gestión y lineamientos dictados conforme a la planificación centralizada. Esta situación se debe a que no se coordinaron las acciones necesarias entre los responsables de las dependencias que conforman al CNAC y la máxima autoridad jerárquica del ente para elaborar su Plan Estratégico, así como a la falta de control y seguimiento del cumplimiento de la normativa que regula la organización y funcionamiento del centro, lo que ocasionó que el CNAC no contara con acciones y políticas necesarias para lograr determinados objetivos en un período de tiempo determinado y orientar las acciones de las metas y programas, a fin de aplicar los correctivos, oportunos y garantizar el cumplimiento de los objetivos.

No se evidenció la documentación demostrativa de la justificación del traspaso N° 8 por Bs.F 41.175,48 del 29-01-2010, correspondiente a las partidas cedentes “Sueldos; Transporte y Profesionalización”, a la partida receptora “Renumeraación Personal Contratado”, por el organismo de adscripción y ONAPRE, toda vez que los niveles de autorización porcentual (19,21%, 17,41% y 27,41%), fueron superiores a lo estipulado en la normativa, sin embargo se evidenció que el traspaso fue autorizado mediante Exposición de Motivos del 29-01-2010, por la Presidenta y los gerentes de Planificación y Presupuesto y de Recursos Humanos, siendo que el nivel de autorización de la máxima autoridad del ente era hasta el 10,00%. Al respecto, el artículo 104 del Reglamento N° 1 de la LOAFSP, prevé las condiciones para el trámite de las modificaciones presupuestarias, los niveles de autorización en los casos de traspasos de créditos presupuestarios entre partidas, así

como, cuando impliquen aumentos o disminuciones en el total de los créditos originalmente aprobados, al señalar lo siguiente, Artículo 116. “Sin perjuicio de lo que establezca el Instructivo del sistema de modificaciones presupuestarias dictado por la Oficina Nacional de Presupuesto, las modificaciones presupuestarias que requieran los entes descentralizados funcionalmente sin fines empresariales se regirán según las siguientes condiciones: 1. Los trasposos de créditos presupuestarios entre partidas de un mismo o distintos programas, mayores al veinte por ciento (20%) serán autorizados por la Oficina Nacional de Presupuesto. Los trasposos de hasta el veinte por ciento (20%) y mayores al diez por ciento (10%), deberán ser autorizados por la máxima autoridad del organismo de adscripción; y los trasposos de hasta el diez por ciento (10%) los autorizará la máxima autoridad del ente descentralizado conforme a lo que establezca el manual de procedimientos del sistema de modificaciones presupuestarias del ente, y notificados al organismo de adscripción”. La situación antes descrita, obedece a la inobservancia de las funciones de quienes le corresponde el manejo y administración presupuestaria de los recursos públicos del CNAC, al no enmarcar su actuación en los principios que rigen la Administración Pública, entre los cuales se encuentran la eficacia, eficiencia, uniformidad, responsabilidad y transparencia, aunado a la carencia de un manual de Procedimientos del Sistema de Modificaciones Presupuestarias que le permita al centro establecer las definiciones y procedimientos que oriente la administración y el registro de las transacciones por modificaciones presupuestarias, por ende, el CNAC, no cuenta con un control interno eficaz, que asegure el manejo adecuado de los recursos financieros y presupuestarios utilizados en el cumplimiento de sus objetivos y metas. En consecuencia no existe parámetro para verificar y orientar la gestión presupuestaria, lo que limita al ente ejercer un adecuado control interno en las operaciones realizadas en el área presupuestaria, por cuanto no existe un criterio uniforme y actualizado acorde con los lineamientos de la ONAPRE.

El CNAC, no ha llamado a concurso público a los fines de designar el titular del Órgano de Control Fiscal Interno (OCFI), en su defecto cuentan con una Auditora Interna (E). Al respecto, los artículos 27, 28 y 30 de la LOCGRS-NCF, en concordancia con el artículo 136 de la LOAFSP y

los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Auditoría Interna, (Gaceta Oficial N° 39.408 del 22-04-2010), en el punto 1, literales a y b, Capítulo III Del Recurso Humano, señalan que, los titulares de los órganos de auditoría interna serán designados mediante concurso público, organizado y celebrado de conformidad con lo establecido en las bases dictadas por la Contraloría General de la República; por otra parte, se debe dotar al OCFI del personal idóneo y necesario, así como de los recursos presupuestarios, materiales y administrativos, que le permita cumplir con las funciones de control, vigilancia y fiscalización, de acuerdo con lo establecido en los artículos 19 del Reglamento de la LOCGRSNCF, y 27 del Reglamento Sobre la Organización del Control Interno en la Administración Pública Nacional, (Gaceta Oficial N° 37.783 del 25-09-2003). La situación descrita obedece a que la máxima autoridad jerárquica, no ha emprendido las acciones necesarias dirigidas al acatamiento de tales instrumentos normativos, en consecuencia, su OCFI no cuenta con un titular formalmente designado de conformidad con las disposiciones establecidas en la normativa legal que rige la materia, ni dispone del personal necesario ni de una estructura adecuada para realizar de manera eficiente y eficaz, el control y fiscalización del CNAC, lo que trae como efecto que no se garantice la funcionalidad óptima del sistema de control interno, a los fines de asegurar el acatamiento de las normas legales, el grado de operatividad y eficacia de los sistemas de control interno, administrativos y contable, además de la información gerencial.

Conclusiones

Del seguimiento efectuado se observó que para los años 2009 y 1er. semestre de 2010, el CNAC, presentó debilidades en cuanto al sistema de control interno, toda vez que no había agilizado las acciones correctivas, a los fines de materializar y concretar las recomendaciones formuladas por esta Contraloría General de la República, en el Informe Definitivo N° 159 afirmación que se sustenta en que el centro, no elaboró el plan de acciones correctivas a los fines de velar por su implementación, con la finalidad de coadyuvar en la implementación de una sana administración que garantizara el manejo transparente y adecuado de los recursos públicos; no había elaborado ni aprobado el

manual Descriptivo de Cargos; existe retardo en la implementación de los manuales de Normas y Procedimientos que han de regir las actividades del centro, no elaboraron el Manual de Procedimientos del Sistema de Modificaciones Presupuestarias ni el Plan Estratégico, no se evidenció la documentación demostrativa de la justificación del traspaso N° 8 de fecha 29-01-2010, y el centro no había llamado a concurso público a los fines de designar el titular del Órgano de Control Fiscal.

Recomendaciones

Se insta a la máxima autoridad jerárquica del CNAC a:

- Elaborar e implementar un plan de acciones correctivas inmediatas, en un lapso no mayor de 60 días hábiles, contados a partir de la recepción del presente Informe, fundamentado en las observaciones y conclusiones formuladas por la Contraloría General de la República, dirigido a:
- Agilizar la elaboración y aprobación del Manual Descriptivo de Cargos y el Manual de Procedimientos del Sistema de Modificaciones Presupuestarias, así como de los distintos manuales de normas y procedimientos; que se encuentran en revisión.
- Diseñar el Plan Estratégico, coordinadamente con las dependencias que lo conforman.
- Implantar los mecanismos de control interno y de supervisión en el área de presupuesto dirigidos a garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales y sublegales aplicables al proceso relacionadas con los traspasos de créditos presupuestarios.
- Iniciar el proceso para la convocatoria del concurso público para la selección y designación del titular de la Unidad de Auditoría Interna del centro, con base en lo establecido en el Reglamento sobre los Concursos Públicos, así como, dotar de recurso humano a la Unidad de Auditoría Interna, en función de las disponibilidades del ente.

FUNDACIÓN CASA DEL ARTISTA

OPERACIONES ADMINISTRATIVAS, PRESUPUESTARIAS,
FINANCIERAS Y CONTABLES

La Fundación Casa del Artista, está adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Cultura (MPPC), tiene como

objeto fundamental la atención y el acompañamiento integral del artista nacional, en cuanto a la producción artística, formación y mejoramiento profesional; al financiamiento para su incentivo creador; el reconocimiento, registro y difusión de su obra; su salud, bienestar y disfrute del tiempo libre; y la promoción y defensa de sus derechos, en procura de su inclusión social y una mayor calidad de vida. El presupuesto inicial de Ingresos y Egresos para el año 2008 de la fundación, fue por Bs.F 10.714,29 mil (Gaceta Oficial N° 5.862 Extraordinario del 11-12-2007) y recibió incrementos (Gacetas Oficiales Nos. 38.978 del 22-07-2008; N° 39.007 del 02-09-2008 y N° 39.042 del 21-10-2008), ubicando el presupuesto reformulado en Bs.F 15.802,57 mil. El Presupuesto de Ingresos y Gastos para el año 2009, (Gaceta Oficial N° 5.900 Extraordinario del 15-12-2008), fue por Bs.F 21.096,50 mil y se le efectuaron 2 reformulaciones presupuestarias, (una rebaja y un incremento), para ubicar el presupuesto total en Bs.F 20.947,28 mil. El presupuesto inicial de Ingresos y Egresos para el año 2010, (Gaceta Oficial N° 5.945 Extraordinario de fecha 15-12-2009), fue de Bs.F 20.367,53 mil, de los cuales al 30-06-2010, ejecutó Bs.F 3.494,10 mil, equivalente al 17,15% del presupuesto inicial.

Alcance y objetivo de la actuación

La actuación se orientó a evaluar las operaciones administrativas, presupuestarias, financieras y contables, realizadas por la Fundación Casa del Artista, relacionadas con la adquisición de bienes, prestación de servicios y ejecución de obras, así como, las relativas a la contratación del personal de la Unidad de Auditoría Interna, durante el año 2008 al 1er semestre 2010.

Observaciones relevantes

La fundación no cuenta con un Reglamento Interno, ni Manual de Organización debidamente aprobados, por otra parte, carecen de los manuales siguientes: Normas y Procedimientos; Compras; Ordenación de Pagos y Descriptivo de Cargos. No obstante, los artículos 35, 36, 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF), publicada en Gaceta Oficial N° 37.347 de fecha 17-12-2001, en

concordancia con los artículos 134 de la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP), publicada en las Gacetas Oficiales Nos. 38.648 de fecha 20-03-2007 y 5.891 Extraordinario de fecha 31-07-2008, y el 20 de las Normas Generales de Control Interno (NCGI), publicada en la Gaceta Oficial N° 36.229 de fecha 17-06-97, establecen que el control interno comprende el plan de organización, las políticas, normas, así como, métodos y procedimientos adoptados dentro de un ente u organismo, para salvaguardar sus recursos, verificar la exactitud y veracidad de su información financiera y administrativa, y corresponde a las máximas autoridades del ente elaborar las normas, manuales de procedimientos, y demás instrumentos para el funcionamiento del sistema de control interno. Lo señalado, tiene su origen, en que la máxima autoridad jerárquica de la fundación en coordinación con los encargados de cada dependencia que la conforman, no han implementado los mecanismos necesarios dirigidos a agilizar las acciones emprendidas para elaborar y aprobar los instrumentos normativos. Tales situaciones traen como consecuencia, que las actividades y funciones de la fundación se ejecuten con ausencia de una normativa interna debidamente aprobada por parte de la máxima autoridad jerárquica, y no se cuente con herramientas que le permitan medir el desempeño de la labor realizada y por ende, no estén sujetos a un criterio uniforme, que garanticen la calidad de las operaciones.

Durante el período 2008, 2009 y 1er semestre del año 2010, la fundación no elaboró una programación y/o planificación, por concepto de adquisición de bienes, prestación de servicios y ejecución de obras, y por ende, no la remitió al Sistema Nacional de Contrataciones (SNC). No obstante, el artículo 23 numeral 1 de la Ley de Contrataciones Públicas (LCP), publicada en Gaceta Oficial N° 38.895 de fecha 25-03-2008, establece que, los órganos o entes, están en la obligación de remitir al SNC, dentro de los 15 días continuos, siguientes a la aprobación del presupuesto, la programación de obras, servicios y adquisición de bienes a contratar para el próximo ejercicio fiscal. Esta situación tiene su origen en la falta de un sistema de control interno adecuado que considere la planificación como una función institucional sujeta a evaluación, lo que no garantiza que su ejecución se haya abordado en cumplimiento de los prin-

cipios de economía, transparencia, honestidad, eficiencia, igualdad y competencia.

De un total de 254 expedientes correspondientes a las empresas seleccionadas por la fundación durante los años 2008 al 1er semestre de 2010, relacionados con la adquisición de bienes, prestación de servicios y ejecución de obras, se revisó y analizó 43 expedientes, constatándose reiteradamente en cada uno, la falta de documentos soportes que avalen las transacciones administrativas, entre ellos, la solicitud de materiales/bienes; presupuesto; análisis de precios; orden de compra y/o orden de servicio; notas de entrega y de facturas; además se evidenció que en 12 expedientes el formato de la orden de compra carecía de la firma del representante legal del beneficiario, igualmente, se observó que 5 no tenían la solicitud de orden de pago; 10 carecían del formato de la solicitud de la disponibilidad presupuestaria; 17 carecían del Acta Constitutiva, 5 el capital social de las empresas era inferior en comparación con el monto contratado y en 3 el objeto para la cual fueron contratadas las empresas, no se correspondía con el indicado en el Acta Constitutiva. Asimismo, se evidenció que los expedientes referidos no estaban foliados numéricamente ni conservaban un orden correlativo. Al respecto, los artículos 14 de la LCP y el 79 del Reglamento N° 1 de la LOAFSP, (Gaceta Oficial N° 5.781 Extraordinario del 12-08-2005), indican que todas las operaciones ejecutadas en la Administración Pública, deben estar respaldadas con la suficiente documentación justificativa y archivarse siguiendo un orden cronológico que facilite su oportuna localización, y deben mantenerse organizados y numerados; por otra parte, el artículo 132 del Reglamento de la LCP, (Gaceta Oficial N° 39.181 del 19-05-2009), señala que, cuando la orden de compra u orden de servicio sean utilizados como contrato en los procedimientos para la adquisición de bienes o prestación de servicios, deben ser firmadas por el representante legal del beneficiario de la adjudicación y deben contener la documentación señalada en el artículo 93 de la LCP. Dichas situaciones obedecen, a la falta de controles internos en el proceso de las contrataciones y de supervisión por parte de los responsables del área involucrada, lo que trae como consecuencia, que las transacciones y operaciones ejecutadas no estén ajustadas a la normativa que regula

la materia, ni sujeta a un criterio uniforme que garantice la legalidad, transparencia y sinceridad de las operaciones y limita a las autoridades de la fundación detectar desviaciones y aplicar correctivos que garantice que las empresas seleccionadas respondan ante un eventual incumplimiento del contrato.

La Unidad de Auditoría Interna (UAI) de la Fundación Casa del Artista, a la fecha de la actuación (27-10-2010), no estaba en funcionamiento, no tenía asignado el Auditor Interno, ni el personal necesario. Al respecto, los artículos 27, 28 y 30 de la LOCGRSNCF, en concordancia con el artículo 136 de la LOAFSP, y en el punto 1, literales a y b, Capítulo III Del Recurso Humano, de los Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de las Unidades de Auditoría Interna, (Gaceta Oficial N° 39.408 del 22-04-2010), señalan que, los titulares de los órganos de auditoría interna serán designados mediante concurso público, organizado y celebrado de conformidad con lo establecido en las bases dictadas por el Contralor General de la República, y serán designados por la máxima autoridad jerárquica del respectivo ente u organismo, de conformidad con los resultados del concurso referido; por otra parte, dicha autoridad, debe dotar a la UAI del personal idóneo y necesario, así como de los recursos presupuestarios, materiales y administrativos, que le permita cumplir con las funciones de control, vigilancia y fiscalización, de conformidad con lo establecido en los artículos 19 del Reglamento de la LOCGRSNCF, (Gaceta Oficial N° 39.240 del 12-08-2009) y 27 del Reglamento Sobre la Organización del Control Interno en la Administración Pública Nacional, (Gaceta Oficial N° 37.783 del 25-09-2003), en concordancia con el artículo 11 de las NGCI. La situación antes descrita obedece a que la máxima autoridad jerárquica de la fundación, no había emprendido las acciones necesarias dirigidas al acatamiento de tales instrumentos normativos, en consecuencia, su órgano de Control Fiscal Interno no cuenta con un titular formalmente designado de conformidad con las disposiciones establecidas en la normativa legal que rige la materia y no se garantiza la funcionalidad óptima del sistema de control interno, a los fines de asegurar el acatamiento de las normas legales, el grado de operatividad y eficacia de los sistemas de control interno, administrativos y contables, además de la información gerencial.

Conclusiones

La Fundación Casa del Artista, presenta debilidades en cuanto al sistema de control interno, toda vez que, no había agilizado las acciones correctivas concretas a los fines de materializar la implantación de dicho sistema, afirmación que se sustenta en que el Reglamento Interno y los Manuales de Organización no estaban debidamente aprobados, por otra parte, no cuenta con los manuales de: Normas y Procedimientos relacionados con la adquisición de bienes, prestación de servicios y ejecución de obras; compras; ordenación de pagos y el descriptivo de cargos. En cuanto a las operaciones relacionadas con la adquisición de bienes, prestación de servicios y ejecución de obras, se constataron situaciones no ajustadas a la normativa que regulan dichos procesos, al evidenciarse que la fundación no contó con la programación y/o planificación, de los requerimientos, por consiguiente, no la remitió al Sistema Nacional de Contrataciones, asimismo, se observaron debilidades de control interno en la conformación de los expedientes correspondientes a las empresas seleccionadas mediante la modalidad de consulta de precios, en cuanto a la falta de soportes, como: solicitud de materiales/bienes; presupuestos; análisis de precios; orden de compra y/o orden de servicio; facturas de los proveedores; solicitud del formato de la disponibilidad presupuestaria; notas de entrega y actas constitutivas de empresas, cuyo objeto no estaba vinculado con el trabajo que realizaría en el ente, según el contrato; igualmente, dichos expedientes no estaban foliados numéricamente, ni mantenían un orden cronológico. La Unidad de Auditoría Interna fue creada, sin embargo, a la fecha de la actuación (27-10-2010), no estaba en funcionamiento, por cuanto no tenían asignado el Auditor Interno, ni el personal necesario. Situaciones que no garantizan un adecuado manejo de los recursos asignados para el cumplimiento de su finalidad.

Recomendaciones

Se insta a la máxima autoridad de la Fundación Casa del Artista a:

- Empezar las acciones dirigidas a dar celeridad, a la aprobación del Reglamento Interno y Manual de Organización, así como la elaboración de los distintos manuales de Normas y Procedimientos; que regulen las

actividades y procesos de supervisión sobre las políticas, funciones y demás actividades ejecutadas por las distintas dependencias de la fundación.

- Emprender acciones necesarias a fin de que la fundación, cuente con una programación y/o planificación referida a la adquisición de bienes y prestación de servicios, por cuanto es un elemento clave de planificación y del sistema de control interno.
- Girar instrucciones a las dependencias involucradas para implementar mecanismos de control interno, a los fines de que los expedientes derivados de los procesos relacionados con las adquisiciones bienes, prestación de servicios y ejecución de obras, contengan la documentación, completa, suficiente y justificativa, y que los mismos sean archivados siguiendo un orden cronológico.
- Emprender las acciones necesarias para que se inicie el proceso para la convocatoria del concurso público para la selección y designación del titular del órgano de la Unidad de Auditoría Interna de la Fundación Casa del Artista, con base en la normativa dictada al efecto, así como, dotarla del recurso humano requerido.

FUNDACIÓN CINEMATECA NACIONAL

SEGUIMIENTO A LA ACCIÓN CORRECTIVA

La Fundación Cinemateca Nacional (FCN) es una institución cultural, adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Cultura (MPPC), tiene como objeto la conservación, valorización y difusión del arte cinematográfico internacional, de todos los tiempos, con énfasis en el cine latinoamericano y en especial el venezolano. Los presupuestos de ingresos y gastos para el año 2009 fue de Bs.F 20,97 millones, (Gaceta Oficial N° 5.900 Extraordinario del 15-12-2008), fue reformulado ubicándolo en Bs.F 25,52 millones; para el año 2010 (Gaceta Oficial N° 5.945 Extraordinario del 15-12-2009), fue de Bs.F 18,88 millones.

Alcance y objetivo de la Actuación

Evaluar la implementación de las acciones correctivas emprendidas por la máxima autoridad de la FCN, durante el año 2009 y el 1er. semestre 2010, en atención a las recomendaciones formuladas por esta Contraloría General de la República en el Informe Definitivo N° 17 del 14-02-2005,

así como, verificar si cuenta con el titular del órgano de control fiscal interno.

Observaciones relevantes

La máxima autoridad jerárquica de la FCN, no implementó un plan de acciones correctivas fundamentado en las conclusiones y recomendaciones formuladas por esta Contraloría en el Informe Definitivo N° 17 del 14-02-2005, no obstante, haber transcurrido 4 años, desde que se practicó la actuación; en ese sentido, se observa que persisten debilidades que no garantizan con un adecuado sistema de control interno, tomando en cuenta que el Consejo Directivo tiene entre las atribuciones la de mantener un sistema de control interno adecuado a la naturaleza, estructura y fines, según lo establecido en la Cláusula Décima Cuarta del Acta Constitutiva y Estatutos Sociales de la FCN. Al respecto, los artículos 10 literal d) de las Normas Generales de Control Interno (NGCI), 27 de las Normas Generales de Auditoría de Estado (NGAE) y el artículo 8 numeral 3 de las Normas para el Funcionamiento Coordinado de los Sistemas de Control Externo e Interno (NFCSCIEI), publicadas en la Gaceta Oficial N° 36.229 del 17-06-97, establecen el deber de los niveles directivos y gerenciales de los organismos y entidades de evaluar las observaciones y recomendaciones formuladas por los órganos de control fiscal interno y externo, y promover la aplicación de las respectivas medidas correctivas, de las deficiencias señaladas en el informe de auditoría. Lo expuesto, se debe a que la máxima autoridad jerárquica de la FCN, en coordinación con las distintas áreas que la conforman, no han implementado un sistema de control interno, que les permita adecuar su funcionamiento, atendiendo las disposiciones legales y reglamentarias que la regulan, y tomar las decisiones pertinentes, lo que trae como consecuencia que no se garantizara que en atención a las debilidades detectadas se implementaran acciones inmediatas en la gestión administrativa de la FCN.

La FCN a la fecha de la actuación (16-09-2010), no contaba con una estructura organizativa, Reglamento Interno ni Manual de Organización aprobados por la máxima autoridad jerárquica y el Manual de Normas y Procedimientos de compras y servicios, no estaba actualizado, asimismo, carece del Manual Descriptivo de Clases de Cargos. Al

respecto, los artículos 35, 36, 37 y 39 de la LOCGRSNCF, y 11, 12 y 14 de su Reglamento, en concordancia con el artículo 134 de la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP), publicada en la Gaceta Oficial N° 39.164 del 23-04-2009, y lo previsto en los artículos 22 de las NGCI y 8 numeral 2 de las NFCSNCEI, establecen que el control interno comprende el plan de organización, las políticas, normas, métodos y procedimientos adoptados dentro de un ente u organismo, para salvaguardar sus recursos, verificar la exactitud y veracidad de su información financiera y administrativa, y corresponde, a las máximas autoridades establecer un sistema de control interno adecuado a los fines del ente, en ese sentido, cada entidad del sector público elaborará, las normas, manuales de procedimientos, y demás instrumentos o métodos específicos para el funcionamiento del sistema de control interno, asimismo, las autoridades administrativas de cada cuadro organizativo específico deben ejercer vigilancia, sobre el cumplimiento de las normas constitucionales y legales, de igual forma, en la Cláusula Décima Cuarta literal b, del Acta Constitutiva y Estatutos Sociales de la FCN, el Consejo Directivo tiene la atribución de aprobar el Reglamento Interno y los Manuales de Normas y Procedimientos. Lo señalado, tiene su origen, en que la máxima autoridad con los responsables de cada dependencia que la conforman, no han implementado los mecanismos necesarios dirigidos a agilizar las acciones emprendidas para aprobar, actualizar e implementar tales instrumentos normativos, lo que no garantiza un adecuado sistema de control interno, no dispone de un instrumento que contenga las funciones en atención de las competencias y atribuciones que les corresponde ejercer, y las actividades y funciones se ejecutan con ausencia de una normativa interna aprobada y actualizada, a los cambios organizacionales y legales del ente.

La máxima autoridad jerárquica de la FCN no informó sobre la ejecución físico financiera trimestral de su presupuesto, correspondiente al año 2009, ni del I y II trimestre del año 2010, a la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRE); Oficina Nacional de Contabilidad Pública (ONCOP); Superintendencia Nacional de Auditoría Interna (SUNAI) y a la Contraloría General de la República (CGR). Sobre el particular, el artículo 12 de la Ley de Presupuesto de los

años 2009 y 2010, prevé que los entes descentralizados funcionalmente sin fines empresariales informarán trimestralmente a las comisiones Permanentes de Finanzas y de Contraloría de la Asamblea Nacional, acerca de los resultados de su ejecución presupuestaria y de su gestión, en un plazo que no excederá de 25 días continuos, contados a partir de la conclusión de cada trimestre. La misma también será remitida a la ONAPRE, ONCOP y SUNAI, ajustándose a las instrucciones que dicten estos órganos rectores en el ámbito de sus competencias; asimismo, los artículos 22 y 59 numeral 2 de la LOAFSP, señalan la obligatoriedad de suministrar esta información, a la ONAPRE para la evaluación de la ejecución de los presupuestos de los entes, durante el ejercicio fiscal y al cierre de los mismos. Tal situación se debe a que la máxima autoridad jerárquica en coordinación con los responsables de las distintas áreas de la FCN, no han concretado las acciones oportunas dirigidas a solventar problemas con el Sistema Integrado de Gestión para Entes del Sector Público (SIGESP), esto significa que no ha implementado un sistema adecuado de control interno que le permita garantizar una respuesta inmediata y oportuna de acuerdo a las necesidades de registro presupuestario, patrimonial, contables y administrativo; lo que conlleva a atrasos en las decisiones que debe tomar la máxima autoridad, vinculadas con las políticas, planes, presupuestarios y resultados de las operaciones de la FCN, asimismo, influye a que la ONAPRE, no disponga de la información oportuna que le permita informar al ministro del Poder Popular de Planificación y Finanzas, con la periodicidad que éste lo requiera.

La máxima autoridad de la FCN, no dictó la Resolución Interna para la correspondiente distribución administrativa de los créditos presupuestarios de los ejercicios fiscales 2009 y 2010. Al respecto, el artículo 42 del Reglamento N° 1 de la LOAFSP sobre el Sistema Presupuestario, señala que la máxima autoridad de cada órgano ordenador de compromisos y pagos, dictará una resolución que establecerá la distribución administrativa de estos créditos, lo que comunicará a la ONAPRE. Esta situación se debe a que dicha autoridad no ha implementado controles internos a fin de garantizar el cumplimiento de la normativa legal en materia presupuestaria, lo que trae como consecuencia que las unidades administrativas y ejecutoras locales,

dispongan de la información discriminada por unidades, lo que no garantiza la transparencia, exactitud y veracidad de la información presupuestaria y financiera que permita, a las autoridades la toma de decisiones de manera eficaz y oportuna.

El Manual de Normas y Procedimientos del Sistema de Modificaciones Presupuestarias, a la fecha de la actuación (29-09-2010), no estaba aprobado por la ONAPRE. Sobre el particular, el Reglamento N° 1 de la LOAFSP sobre el Sistema Presupuestario, en el artículo 101 señala que, los sistemas de modificaciones presupuestarias contenidos en los manuales de procedimientos y reprogramaciones de la ejecución de presupuesto de los entes descentralizados funcionalmente, deben ser aprobados por la ONAPRE, previa opinión del órgano o ente de adscripción o de tutela. Tal situación se debe a que en la FCN no se habían concretado las acciones pertinentes dirigidas a materializar la aprobación de tal instrumento normativo, a los fines de someterlo a la aprobación de la ONAPRE. En consecuencia, no existen parámetros para verificar y orientar la gestión presupuestaria del ente, lo que limita un adecuado control sobre las operaciones realizadas en esa área al no disponer de criterios uniformes y actualizados acordes con los lineamientos de la ONAPRE.

La Oficina de Atención al Ciudadano (OAC), creada mediante Acta de Reunión N° 89-10 del 22-06-2010, sin embargo, carece de recursos para su funcionamiento, y por ende, no elaboraron ni publicaron los informes trimestrales sobre el patrimonio, manejo, utilización y gastos de los recursos asignados a la FCN. Al respecto, el artículo 62 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, refiere que todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas; igualmente, el artículo 14, numerales del 1 al 6 de las Normas para Fomentar la Participación Ciudadana (Gaceta Oficial N° 38.750 del 20-08-2007), establece que las máximas autoridades deben dotar a la OAC de los recursos humanos, materiales y tecnológicos suficientes para su óptimo funcionamiento y ubicarla en un lugar de fácil acceso al público en la sede del respectivo organismo o entidad; por su parte, el artículo 9 de la Ley Contra la Corrupción

(Gaceta Oficial N° 5.637 Extraordinario del 07-04-2003), prevé que las instituciones pondrán a la disposición de cualquier persona en la OAC un informe detallado sobre el patrimonio que administran. Lo expuesto, se debió a que la máxima autoridad de la FCN, en coordinación con los responsables del área respectiva no tomaron las previsiones necesarias en la planificación dirigida a contemplar en función de las disponibilidades del ente, los recursos necesarios para el funcionamiento de la OAC. Esto trae como consecuencia limitaciones para recibir denuncias, o suministrar información sobre la gestión de la fundación, a cualquier persona, natural o jurídica, individual o colectivamente organizada, incluyendo a los funcionarios o servidores públicos, a título gratuito y en absoluta reserva de su identidad, sumado a que no contribuye a la promoción del derecho a la participación ciudadana, y al ente dar a conocer a la colectividad sobre el patrimonio que administra y la justificación del gasto.

La FCN para la fecha del presente informe, no había designado mediante concurso público al titular del Órgano de Control Fiscal Interno (OCFI), en su defecto el Consejo Directivo mediante Acta de Reunión N° 100-11 del 08-02-2011, aprobó la designación transitoria de un Auditor Interno encargado. Asimismo, se constató que dicho Órgano carece de una estructura organizativa, que definen las áreas para el cumplimiento de sus funciones, asimismo, no cuenta con el personal suficiente a los fines de evaluar el sistema de control interno, incluyendo el grado de operatividad y eficacia de los sistemas de administración y de información gerencial, en el marco de las operaciones. Al respecto, para que la Unidad de Auditoría Interna, pueda cumplir con las actividades que le han sido legalmente atribuidas, resulta imprescindible el apoyo de la máxima autoridad jerárquica del ente, la cual debe dotarla de los recursos presupuestarios, materiales y administrativos que sean necesarios para asegurar el ejercicio eficiente de su gestión, de conformidad con lo establecido en los artículos 19 del Reglamento de la LOGRSNCF y 27 del Reglamento Sobre la Organización del Control Interno en la Administración Pública Nacional, en concordancia con el artículo 11 de las NGCI. La situación antes descrita obedece a que la máxima autoridad jerárquica de la FCN, no ha emprendido las acciones necesarias dirigidas al aca-

tamiento de tales instrumentos normativos, en consecuencia, su OCFI no cuenta con el titular designado mediante concurso público ni con el personal suficiente y necesario de conformidad con las disposiciones establecidas en la normativa legal que rige la materia, igualmente no dispone de una estructura adecuada para realizar de manera eficiente y eficaz, el control y fiscal, lo que trae como efecto que no se garantice la funcionalidad óptima del sistema de control interno, a los fines de asegurar el acatamiento de las normas legales, el grado de operatividad y eficacia de los sistemas de control interno, administrativo y contable, además de la información gerencial.

Conclusiones

Se concluye que en la FCN no acataron las recomendaciones, dadas por este Organismo Contralor, en el Informe Definitivo N° 17 del 14-02-2005, no obstante, haber transcurrido más de 4 años, afirmación que se sustenta en que no se elaboró el plan de acciones correctivas, con la finalidad de implementar un sistema de control interno dirigido a elaborar, aprobar y actualizar la estructura organizativa, el Reglamento Interno, los manuales de: Organización, Compras y Servicios y Descriptivo de Cargos, así como, establecer los mecanismos a los fines de garantizar el funcionamiento de la OAC. Asimismo, se observó que persisten debilidades con respecto al cumplimiento de las disposiciones legales aplicables en materia presupuestaria, por cuanto: no se informó sobre la ejecución físico financiera trimestral de su presupuesto a las instancias competentes, no dictó la Resolución Interna para la distribución administrativa; los procedimientos del sistema de modificaciones presupuestarias se ejecutaron con una normativa que no estaba aprobada por la ONAPRE. En cuanto al OCFI, no contaba con el titular designado por concurso, ni con el personal suficiente a los fines de cumplir con sus funciones.

Recomendaciones

Se insta al Consejo Directivo de la Fundación Cinemateca Nacional a:

- Emprender las acciones inmediatas en la gestión administrativa de la FCN, dirigidas a elaborar el plan de acciones correctivas, en un lapso no mayor de 60

días, contados a partir de la recepción del presente Informe, con la finalidad de implantar el sistema de control interno, que incluya las actividades, cronograma y responsables de elaborar y actualizar la estructura organizativa, el Reglamento Interno, los manuales de Organización, de Compras y Servicios y Descriptivo de Cargos.

- Establecer los mecanismos de control interno y de supervisión a los fines de garantizar la funcionalidad de la Oficina de Atención Ciudadano y el cumplimiento de las disposiciones legales y sublegales aplicables en materia presupuestaria.
- Tomar las medidas necesarias dirigidas a agilizar el proceso de concurso público, para la selección y designación del Auditor Interno de la FCN, siguiendo los lineamientos pautados en la normativa legal que lo establece, así como, dotar de recurso humano a dicho órgano, en función de las disponibilidades del ente.

FUNDACIÓN MISIÓN MADRES DEL BARRIO JOSEFA JOAQUINA SÁNCHEZ

SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Fundación Misión Madres del Barrio Josefa Joaquina Sánchez (Fundación Misión Madres del Barrio) fue creada mediante Decreto N° 4.927 de fecha 23-10-2006 (Gaceta Oficial N° 38.550 de fecha 26-10-2006). Adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género (MPPMIG), según Decreto N° 6.663 de fecha 02-04-2009 (Gaceta Oficial N° 39.156 de fecha 13-04-2009). Su objeto es apoyar a las amas de casa que se encuentren en estado de necesidad, a fin de lograr que superen, la situación de pobreza extrema mediante la incorporación en misiones, programas sociales y proyectos socio-productivos y el otorgamiento de una asignación económica mensual. Sus presupuestos de ingresos y gastos, (Gaceta Oficial N° 5.900 Extraordinario de fecha 15-12-2008, para el año 2009 y N° 5.945 Extraordinario de fecha 15-12-2009 para el año 2010), fueron de Bs.F 786,81 millones y Bs.F 1.175,00 millones, respectivamente.

Alcance y objetivo de la actuación

Evaluar selectivamente el sistema de control interno de la Fundación Misión Madres del Barrio, en los procesos

administrativos, presupuestarios y financieros, así como, la conformación del recurso humano que lo integra, correspondientes al año 2009 y primer semestre 2010.

Observaciones relevantes

En actas de Reunión de Junta Directiva Nos. 04 y 09 de fechas 25-05-2009 y 06-10-2009, respectivamente, se menciona que, para el período desde el año 2006 hasta 2009, sucedieron presuntas irregularidades en el procesamiento y pago de las nóminas de madres del barrio, a saber: saldos acumulados en nómina fueron cobrados por personas distintas a las beneficiarias; madres beneficiarias que no tenían dirección de habitación; beneficiarias que no reunían el perfil de extrema pobreza; en las nóminas aparecían incorporados todos los miembros de un comité de Madres del Barrio. Sobre los particulares, los artículos 35 y 36 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF) Gaceta Oficial N° 37.347 del 17-12-2001, y artículos 11, 12 y 14 de su Reglamento (Gaceta Oficial N° 39.240 del 12-08-2009), señalan que el control interno es un sistema que comprende el plan de organización, las políticas, normas, así como los métodos y procedimientos adoptados dentro de un ente u organismo, para salvaguardar sus recursos. Asimismo, los artículos 7 y 17 de la Ley Contra la Corrupción (LCC), Gaceta Oficial N° 5.637 Extraordinario del 07-04-2003, establecen que los funcionarios públicos deben administrar y custodiar el patrimonio público con decencia, decoro, probidad y honradez, con criterios de racionalidad y eficiencia y la mejor utilización de los recursos disponibles en atención a los fines públicos. Lo antes señalado obedece, a la falta de control y seguimiento por parte de los funcionarios de la fundación encargados de dirigir, coordinar, supervisar y realizar seguimientos sistemáticos y permanentes a los procesos de guardia, custodia y controles aplicados en el manejo de los recursos provenientes del Ejecutivo Nacional a través del presupuesto para cumplir tal misión, y a que las máximas autoridades de la fundación no adoptaron mecanismos de control interno adecuados y oportunos en el manejo de los recursos asignados que les permitiera detectar desviaciones en el manejo de las nóminas de Madres del Barrio, en consecuencia la fundación no garantizó controles internos

adecuados, sinceros, eficientes, de manera que permitiera a la autoridad competente detectar desviaciones oportunas para la toma de decisiones.

Para la fecha de la actuación fiscal (29-06-2010) la fundación no contaba con información actualizada relacionada con el estatus de los proyectos socio-productivos, que le permitiera verificar el estado de su ejecución (iniciado, paralizado, porcentaje de ejecución, terminado), a los fines de verificar, el cumplimiento oportuno de las metas asociadas a los contratos de préstamos para el financiamiento de los proyectos socioproductivos suscritos entre la fundación y los comités de Madres del Barrio, el cumplimiento de las obligaciones previstas en dichos documentos, y la activación de la cláusula penal acordada. Al respecto, los artículos 36 de la LOCGRSNCF y 14 de su Reglamento, señalan que corresponde a las máximas autoridades de cada entidad, establecer y mantener un sistema de control interno, adecuado a la naturaleza, estructura y fines de la organización, que coadyuve al logro de sus objetivos y metas; por su parte, el artículo 39 de la LOCGRSNCF, en concordancia con el artículo 18 numerales 1, 2 y 3 de su Reglamento, establecen que las autoridades administrativas de cada departamento, deben vigilar permanentemente la actividad administrativa de las unidades, programas, proyectos u operaciones que tienen a su cargo. Situación que se originó por la falta de controles internos y de supervisión por parte de la máxima autoridad y responsables de las áreas, de los procesos operativos o medulares, lo que limita conocer la eficacia y eficiencia en el logro de los objetivos y metas a alcanzar por la fundación.

No se evidenció los soportes correspondientes a la remisión de la información relativa a la Ejecución Física-Financiera correspondiente al 1er. y 2do. trimestres del año 2010 a la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRE), aún cuando el artículo 59, numeral 2 de la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP), Gaceta Oficial N° 39.164 del 23-04-2009, lo prevé, asimismo se exige en el artículo 12 de la Ley de Presupuesto para los ejercicios fiscales 2009 y 2010. La situación tiene su origen a que en la fundación no se había asumido la responsabilidad de organizar, establecer, mantener y evaluar el sistema de control interno, de manera que cumpla con el

objetivo de garantizar la exactitud, cabalidad, veracidad y oportunidad de la información presupuestaria, financiera, administrativa y técnica. Tales circunstancias limitan a la fundación efectuar los análisis respectivos de la aplicación de los recursos destinados a las actividades del ente, ni evaluar la eficiencia y eficacia, economía, calidad e impacto de la gestión.

La fundación mantiene un total de 16 cuentas bancarias abiertas, de las cuales 6 estaban con fondos inmovilizados o cuentas inactivas, durante un período de 9 meses, por Bs.F 903.658,00 algunas corresponden a gestiones de años anteriores y de naturaleza semejante, y no habían sido cerradas. Al respecto, el artículo 114 de la LOAFSP señala que el Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas (MPPPF) dispondrá la devolución al Tesoro Nacional (TN), de las sumas acreditadas en cuentas de la República y de sus entes descentralizados funcionalmente sin fines empresariales, cuando éstas se mantengan sin utilizar por un período que determinará el Reglamento de esa Ley; asimismo, el artículo 58 del Reglamento N° 3 de la Ley citada sobre el Sistema de Tesorería, señala que el MPPPF, por órgano de la Oficina Nacional del Tesoro (ONT), dispondrá la devolución al TN de las sumas acreditadas en cuentas de la República y de los entes descentralizados sin fines empresariales, incorporados al sistema de Cuenta Única del Tesoro Nacional, cuando éstas se mantengan sin utilizar por un período superior a 4 meses, a tales efectos, el Tesorero Nacional, de conformidad con lo establecido en el artículo 114 de la LOAFSP, dictó la Providencia Administrativa N° ONT-2008-004 mediante la cual se dispone en el artículo 1, la devolución al TN de las sumas acreditadas en las cuentas bancarias de órganos y entes pertenecientes al Sector Público Nacional que mantienen fondos, cuando estando debidamente codificada con la identificación ONT se encuentren inmovilizadas por un período superior a 4 meses, o estando categorizadas como inactivas. Lo expuesto obedece a la inobservancia de quienes le corresponde el manejo y administración financiera de los recursos públicos de la Fundación, al no enmarcar su actuación dentro de los principios que rigen la Administración Pública, entre los cuales se encuentran, la eficacia, eficiencia, uniformidad, responsabilidad, transparencia y honestidad, lo cual impide el correcto ejercicio de la función del Estado, por cuanto

al no ejecutarse oportunamente los recursos incide en el cumplimiento ineficiente de las metas programadas, y consecuentemente genera la insatisfacción del colectivo al no garantizar el manejo adecuado de los recursos financieros, ni su administración con criterio de economía y eficacia.

De un total de 27 cajas para el año 2009 y 11 cajas para el año 2010, que conforman la caja chica de la coordinación nacional y las coordinaciones estatales, se tomó una muestra de 61% para el año 2009, y 45% para el año 2010, en ese sentido se detectaron pagos por Bs.F 17.845,57 para el año 2009 y Bs.F 25.807,32 para el año 2010, los cuales presentan presuntas desviaciones, por cuanto: se realizaron pagos recurrentes y no permitidos para la cancelación de alimentos y bebidas en restaurantes por concepto de reuniones o jornadas de trabajo sin la suficiente justificación del gasto y sin la debida autorización de la presidenta; se cancelaron traslados en el territorio nacional con montos significativos sin la suficiente justificación; hoteles; pasajes terrestres a funcionarios y no funcionarios de la fundación sin la debida justificación; traslados a personas que no eran funcionarios y no existe suficiente justificación ni soportes; adquisiciones de tarjetas telefónicas para celulares de los funcionarios de la Fundación, no obstante, su prohibición en el Instructivo Presidencial para la eliminación del Gasto Suntuario o Superfluo en el Sector Público Nacional (Gaceta Oficial N° 39.146 del 25-03-2009), en este sentido, el artículo 20 de la Ley Orgánica de la Administración Pública (LOAP), Gaceta Oficial N° 5.890 Extraordinario del 31-07-2008, establece que la asignación de recursos a los órganos, entes de la administración pública y demás formas de organización que utilicen recursos públicos, se ajustará estrictamente a los requerimientos de su organización y funcionamiento para el logro de sus metas y objetivos, con uso racional de los recursos humanos, materiales y financieros y los artículos 7 y 17 de la LCC, señala que los funcionarios públicos deben administrar y custodiar el patrimonio público con decencia, decoro, probidad, y honradez, de manera que se alcancen las finalidades establecidas en las mismas con la mayor economía, eficacia, eficiencia y con criterios de racionalidad, procurando la disminución del gasto y la mejor utilización de los recursos disponibles en atención a los fines públicos; igualmente, el Manual de Normas y Procedimientos para la Apertura,

Administración y Reposición de Caja Chica en su Capítulo III Normas Específicas, Control de la Caja Chica, punto 4 numerales a y c, establece que sólo podrá utilizarse el fondo de caja chica para gastos contemplados en las siguientes categorías: Alimentos y bebidas para personas, (se incluye la adquisición de comidas, debidamente justificadas, para los trabajadores que laboren en horarios nocturnos o por reuniones con agentes y/o personas externas); viáticos y pasajes (sólo para gastos de transporte interurbano menores, previa autorización de las coordinaciones estatales, direcciones de administración y finanzas, Dirección General o Presidencia), se ha de destacar que el mencionado manual no contempla los gastos de restaurantes, ni hoteles por caja chica. Las situaciones expuestas tuvieron su origen en la falta de implementación de controles internos y de supervisión en el área administrativa de la fundación por parte de la máxima autoridad, lo que origina la poca eficacia en el manejo de los recursos destinados a la caja chica.

En el área de servicios generales, no existen registros contables relacionados con el movimiento de los bienes muebles: incorporación, desincorporación, traslados y faltantes de bienes nacionales, asimismo, se constató que en el inventario general de activos fijos falta por identificar un gran número de bienes nacionales de las coordinaciones estatales y municipales con el respectivo número de activo de bien nacional. En este sentido, los artículos 35 y 36 de la LOCGRSNCF, en concordancia con los artículos 11, 12 y 14 de su Reglamento, definen el control interno como un sistema que comprende el plan de organización, las políticas, normas, así como los métodos y procedimientos adoptados dentro de un ente organismo sujeto a esta Ley, para salvaguardar sus recursos, verificar la exactitud y veracidad de su información financiera y administrativa, y es responsabilidad de la máxima autoridad organizarlo, por su parte, el Manual de Normas de Control Interno sobre un Modelo Genérico de la Administración Central y Descentralizada Funcionalmente (MNCIMGACDF), Gaceta Oficial N° 38.282 del 28-09-2005, establece en sus puntos 4.11.3, 4.11.5, 4.11.6 y 4.11.10 que se crearán y mantendrán registros permanentes y detallados de las entradas, salidas, trasposos y mejoras de los activos fijos que posibiliten su identificación, clasificación y control

de su uso o disposición; por cada bien que se incorpore se debe llenar una ficha del bien que incluya: los datos básicos de compra, costo, precio, construcción, avalúo, orden de compra, proveedor, orden de pago, contrato de mantenimiento, póliza de seguro, entre otros; cada ente debe tener los bienes debidamente identificados con etiquetas o marcas, en forma periódica, el personal independiente de la custodia y registro contable deberá verificar físicamente la situación de los bienes que le han sido adscritos y compararlos con los registros contables. Tal situación obedeció a la falta de supervisión y control de los responsables de la oficina de gestión administrativa y del área de servicios generales, en relación con los bienes nacionales, lo que limita a la autoridad del ente tener el control de los bienes existentes en la coordinación nacional y de los bienes enviados a las coordinaciones estatales y municipales.

Se detectó la ausencia de gran parte del nivel supervisor de la Fundación Misión Madres del Barrio, específicamente 6 directores de los procesos medulares, nivel sustantivo o de operación a saber: el director de atención integral a la madre, director de inclusión socioproductivo y la directora de organización del poder popular y comunal, asimismo, estaban ausentes la directora de la oficina de personal, la directora de la oficina de atención a la ciudadanía y el director de la oficina de comunicaciones y relaciones institucionales por el lapso estimado de un mes; se verificó igualmente, la notoria ausencia en la fundación, tanto del personal técnico de área, coordinadores, choferes y de mantenimiento y en la fundación no existían controles de entradas y salidas del personal; se constató en los expedientes casos en los que no existía documento que justificara las inasistencias o permisos, las vacaciones, reposo u otros justificativos de la ausencia al trabajo. Al respecto, el artículo 39 de la LOCGRSNCF, en concordancia con el artículo 18 de su Reglamento, señalan que, las autoridades administrativas de cada sección o cuadro organizativo específico, deberán ejercer la vigilancia sobre los instrumentos de control interno, y sobre las demás operaciones y actividades realizadas por las unidades administrativas y servidores de las mismas, bajo su directa supervisión. Tal situación obedece a la falta de compromiso institucional, de control y de supervisión

del personal directivo de la fundación, al no tomar las decisiones oportunas para solventar tal desviación, lo que trae como consecuencia el constante incumplimiento de las normas de la organización por parte del personal de la fundación.

La fundación no cuenta con un manual Descriptivo de Clase de Cargos, en ese sentido, se verificó que tanto bachilleres, técnicos superiores y licenciados, son contratados bajo la figura de personal técnico de área, sin contar con una clasificación de cargos de acuerdo al nivel académico y años de experiencias; se evidenció la existencia de funcionarios del cuerpo directivo que solo poseen estudios de bachillerato y otros técnicos superiores, siendo que el grupo que supervisa cuenta con funcionarios con un nivel académico mayor a éstos; y el personal que conforma las 25 coordinaciones estatales, 7 coordinadores son bachilleres y 2 coordinadores sin documento alguno que indique profesión o estudios realizados. Al respecto, los artículos 35, 36 y 37 de la LOGRSNCF, 11, 12 y 14 de su Reglamento, definen el control interno como un sistema que comprende el plan de organización, las políticas, normas, así como los métodos y procedimientos adoptados dentro de un ente, para salvaguardar sus recursos y estimular la observancia de las políticas prescritas y lograr el cumplimiento de su misión, objetivos y metas, y corresponderá a las máximas autoridades jerárquicas de cada ente la responsabilidad de organizarlo, y cada entidad del sector público elaborarán los manuales de procedimientos y demás instrumentos para el funcionamiento del sistema de control interno; por su parte, el MNCIMGACDF, en su punto 4.13.1 señala que se debe establecer, de acuerdo con las normas legales, una clasificación de cargos con los respectivos requisitos mínimos para su desempeño. Lo antes expuesto se origina debido a que los responsables del área de recursos humanos no habían coordinado con la máxima autoridad, las acciones dirigidas a establecer los mecanismos de control interno en dicha área para solventar tal desviación, en función de los perfiles exigidos para cada cargo, en consecuencia la fundación ha contratado recurso humano para las diversas áreas, sin contar con los lineamientos establecidos en perfiles de cargos y al no contar con un talento humano idóneo

y calificado tendrá desviaciones en el logro de las metas y cumplimiento de los objetivos.

La fundación contaba con 5 asesores, sobre lo cual se constató que a la fecha 12-07-2010, de la actuación, no reposaban en los expedientes los contratos de trabajo. Se ha de resaltar, que uno de los asesores, guarda nexos de afinidad (esposo) con la directora de la oficina de personal de la fundación. Al respecto, el artículo 38 de la LOGRSNCF indica, que el sistema de control interno deberá garantizar que antes de proceder a realizar pagos, los responsables deben asegurarse que se haya dado cumplimiento a las disposiciones legales y reglamentarias aplicables y que se hayan efectuado para cumplir compromisos ciertos y debidamente comprobados, con apego a los principios que rigen el actuar de la administración, de honestidad y transparencia, entre otros, previstos, en los artículos 141 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario del 24-03-2000), 12 de la LOAP; 6, 7 y 17 de la LCC; ahora bien, el artículo 56, numeral 2, del Reglamento N° 1 de la LOAFSP, sobre el Sistema Presupuestario, establece que sólo se registrarán como compromisos válidamente adquiridos, los actos que mediante ellos se dispongan o formalicen obligaciones, razón por la cual, desde el punto de vista presupuestario se hace necesario la existencia de un contrato debidamente firmado entre las partes. La situación señalada obedece a la ausencia de mecanismos de control interno relativos a la coordinación y supervisión en la ejecución de las actividades relativas al ingreso del personal que debió implementar la oficina de personal, mediante la suscripción de un contrato entre la fundación y terceras personas, lo que trajo como consecuencia, que se efectuarán pagos, sin contar con la documentación soporte del compromiso (contrato) que permitiera verificar el objeto y/o actividades a realizar, las obligaciones, tiempo del servicio, monto a pagar, entre otros.

Conclusiones

En la Fundación Misión Madres del Barrio, existen situaciones en los sistemas de control interno administrativos, presupuestarios, financieros y en materia de recurso humano, que no se ajustan a la normativa que los

regula; en ese sentido, existen presuntas irregularidades en el procesamiento y pago de las nóminas de Madres del Barrio, como saldos cobrados por personas distintas a las beneficiarias; madres beneficiarias que no reunían el perfil de extrema pobreza, sin dirección de habitación e incorporación a nómina de todos los miembros de un comité de madres del barrio. Asimismo la fundación no contaba con información actualizada sobre el status de los proyectos socioproductivos en lo relativo a si estaban iniciados, paralizados, su porcentaje de ejecución o terminados; presenta cuentas con fondos inmovilizados y cuentas inactivas; en relación con la caja chica, su administración no se ajustó a la normativa legal aplicable; no existen registros contables relacionados con la incorporación, desincorporación, traslados y faltantes de bienes nacionales, asimismo en el inventario general de activos fijos no están identificados un gran número de bienes nacionales de las coordinaciones estatales y municipales. Por otra parte, no existen controles internos ni una adecuada supervisión del recurso humano, por cuanto, se constató la ausencia en el trabajo de gran parte del cuerpo directivo y del personal de la fundación, aunado a la falta de controles de asistencia y de entradas y salidas; no existe una clasificación de cargos que considere el nivel académico y experiencia laboral; y no se formalizó la contratación de los asesores mediante la suscripción de un contrato.

Recomendaciones:

Se insta a la máxima autoridad de la Fundación Misión Madres del Barrio a:

- Emprender las acciones dirigidas a la revisión, depuración y actualización de las nóminas de Madres del Barrio para cumplir adecuadamente con el mandato de su creación.
- Girar las instrucciones a los fines de actualizar los estatutos de los proyectos socioproductivos.
- Tomar las previsiones necesarias a los fines de remitir los resultados de las ejecuciones físicas y financieras, dentro de los lapsos previstos en la normativa aplicable.
- Girar las instrucciones pertinentes a la dependencia encargada de las finanzas en la fundación, a los fines de establecer los mecanismos de control interno, con respecto a las cuentas con fondos inmovilizados o cuen-

tas inactivas, que garanticen el manejo eficiente de los recursos provenientes del Tesoro Nacional, en función de lo que establece la normativa que regula la materia.

- Instar a los funcionarios responsables de la administración y custodia de caja chica a cumplir con lo señalado en la normativa legal vigente y con las disposiciones contenidas en el manual de Normas y Procedimientos para la Apertura, Administración y Reposición de Caja Chica.
- Establecer los mecanismos pertinentes a los fines de crear los registros contables de los bienes nacionales.
- Tomar las medidas necesarias a los fines de implantar controles internos en la oficina de personal relacionados con el manejo del recurso humano, la clasificación de cargos, cumplimiento por parte de los funcionarios de la fundación de su asistencia y de las funciones para los cuales han sido contratados, así como, emprender las acciones pertinentes a los fines de elaborar y aprobar el manual Descriptivo de Clases de Cargos, para delimitar responsabilidades, funciones y presentar sistemáticamente las actividades a ser desarrolladas por los funcionarios.
- Girar las instrucciones pertinentes a los fines de sintetizar las nóminas de los asesores y la suscripción de los contratos entre la fundación y terceras personas, en función de lo que establece la normativa.

HOSPITAL DE NIÑOS JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS

EVALUACIÓN DE LAS OPERACIONES ADMINISTRATIVAS

El Hospital de Niños de Caracas (Hospital JM de los Ríos), fue fundado el 15-11-29. Su objetivo es prestar asistencia médica integral a niños y adolescentes, especialmente a los de escasos recursos económicos, realizar funciones de docencia e investigación. Depende del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Gaceta Oficial N° 38.976 del 18-07-2008. Durante el período 2005-2009, no se le asignó presupuesto, los pagos los realizó directamente el MPPS.

Alcance y objetivo de la actuación

Evaluar selectivamente las operaciones administrativas realizadas por el Hospital JM de los Ríos, con ocasión del proyecto de modernización y actualización de los equipos

médicos y electromecánicos y la rehabilitación, ampliación y modernización de la infraestructura y servicios de apoyo a la red pública de hospitales del país, ejecutados por el MPPS (Misión Barrio Adentro III), durante el período 2005-2009 y 1er. semestre de 2010. En tal sentido, de un total de 943 equipos médicos entregados al hospital, se tomó una muestra de 270 equipos (28,63%), igualmente se evaluó el sistema de control interno, así como las actividades relacionadas con el manejo de los desechos generados por el hospital.

Observaciones relevantes

El Hospital de Niños, no cuenta con un inventario de bienes actualizado, ni con el registro de los mismos y los equipos médicos no poseen placas con el número del bien nacional, no obstante el artículo 23 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (Gaceta Oficial N° 39.240 de fecha 12-08-2009), señala que las dependencias de la administración pública están obligadas a formar y actualizar sus inventarios de bienes, por su parte, los puntos 4.10.6, 4.10.11 y 4.11.3 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes, del Manual de Normas de Control Interno sobre un Modelo Genérico de la Administración Central y Descentralizada y Funcionalmente (MNCIMGACDF), Gaceta Oficial N° 38.282 del 28-09-2005, indican que debe verificarse la existencia física de los inventarios, por lo menos una vez al año y en todos los organismos se deben crear y mantener registros detallados de las entradas, salidas, trasposos y mejoras de los activos que posibiliten su identificación, clasificación, control de su uso y disposición y tener los bienes identificados con etiquetas o marcas. Tal situación se origina por la falta de control, supervisión y coordinación de las autoridades del área de bienes nacionales, del cumplimiento de la normativa que regula la materia, así como de planificación de actividades para implantar los controles internos en dicha área, lo que trae como consecuencia, que el ente desconozca la existencia física de los bienes; no permite asegurar la vigilancia, control y sana administración de patrimonio público y no se cuenta con la formalidad, veracidad y oportunidad de los registros de ellos, para advertir a las autoridades de las posibles desviaciones que puedan ocurrir.

Se evidenció que 16 equipos electronebulizadores no se encontraban operativos, por no ser compatibles con las instalaciones del Hospital de Niños. Al respecto, el artículo 38 de la Ley Orgánica de Salud (LOS), Gaceta Oficial N° 36.579 del 11-11-98, establece que los bienes muebles e inmuebles, incorporados a los establecimientos de salud, quedarán afectados del servicio público de atención médica, por lo que no podrán ser desincorporados, gravados o enajenados, sino por razones debidamente fundamentadas por la autoridad competente. Lo que obedece a la falta de planificación y coordinación entre el MPPS y la Dirección del hospital en el proceso de dotación de los equipos que determinara las necesidades reales del hospital y de su estructura física y de acciones oportunas para transferir los equipos a otros centros hospitalarios que pudieran darle el uso adecuado. En consecuencia se deja de beneficiar tanto a los usuarios del hospital, como a otros centros asistenciales, que pudieran hacer uso adecuado de esos equipos, con el consecuente costo que significó para el Estado.

Se constató que un lote de equipos y mobiliario, ubicados en el piso 1 de la torre de hospitalización ala sur del hospital estaban en estado de deterioro y no existe un informe de bienes nacionales, que justifique su ubicación y tales las condiciones; igualmente 3 equipos médicos estaban dañados, sin evidenciarse las órdenes de servicio destinadas a su reparación y mantenimiento, y existían equipos médicos almacenados en distintas áreas del hospital que fungen como depósitos (quirófanos inoperativos; pasillos del área de hospitalización y almacén general), no obstante, el artículo 5, numeral 1 de la Ley de la Conservación y Mantenimiento de los Bienes Públicos (LCMBP), Gaceta Oficial N° 38.756 del 28-08-2007, señala que el Estado intervendrá en la conservación, mantenimiento y protección de los bienes para garantizar la calidad de los bienes públicos y privados de uso público y resguardarlos del deterioro, por su parte, los puntos 4.10.8, 4.11.7 y 4.11.10 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos del MNCIMGACDF, señalan que en cada organismo debe existir un espacio físico adecuado para el almacenamiento de los bienes; todas las reparaciones de bienes de uso deben realizarse previa solicitud documentada, autorizada y aprobada por el funcionario responsable para tal fin y el jefe de la unidad a la que han sido adscritos los bienes es

responsable de su mantenimiento. Tal situación se origina, por la falta de planificación y supervisión por parte de las personas competentes en el área de bienes y de toma de decisiones oportunas para acondicionar un área de almacenamiento que permita la conservación, seguridad, manejo y control de los bienes, lo que trae como consecuencia, que no se cuente con un resguardo físico adecuado que garantice la salvaguarda y custodia del patrimonio del hospital, con el consecuente deterioro o pérdida al cual están expuestos los bienes; limita al hospital al uso de los equipos para la prestación del servicio con la calidad exigida por la normativa y al Estado cumplir con el mandato constitucional de garantizar la salud.

En el hospital, no se realiza la programación anual del mantenimiento de los equipos ni de sus instalaciones. Al respecto la Ley de Conservación y Mantenimiento de los Bienes Públicos (LCMBP) en Gaceta Oficial N° 38.756 del 28-08-2007, en el artículo 20, señala la responsabilidad que tienen los entes sobre las gestiones permanentes de conservación y mantenimiento de los bienes, equipos y demás instalaciones, en concordancia con el punto 4.11.8 del MNCIMGACDF, el cual indica que el jefe de la unidad a la que han sido adscritos los bienes, es responsable del mantenimiento de los mismos. Lo que se debe a la falta de coordinación de las autoridades del hospital con el MPPS, para formular las acciones necesarias para establecer un plan de mantenimiento de los equipos asignados, así como, a la ausencia de efectivos mecanismos de control interno de supervisión, lo que no coadyuva a detectar oportunamente las fallas presentadas en los distintos equipos tanto médicos como electromecánicos, que requieren de un adecuado y efectivo mantenimiento, así como, de mano de obra calificada y especializada y del reemplazo de piezas. Situación que limita a dichas autoridades realizar las actividades de control oportunas y organizadas, por carecer de herramientas que permitan tomar decisiones para garantizar mayor capacidad de respuesta.

De las 15 obras planificadas para ejecutar, durante los años 2007, 2008 y 2009 a cargo de la Fundación de Edificaciones y Equipamiento Hospitalario (FUNDEEH), 5 se encontraban paralizadas, para la fecha de la firma del Acta fiscal (04-02-2011). Al respecto, la Ley de Planificación

(LOP) en Gaceta Oficial N° 5.554 Extraordinario del 13-11-2001, vigente para dichos años, establece en sus artículos 12 y 13, que la planificación debe ser perfectible mediante la evaluación de sus resultados, controlar socialmente su desarrollo, hacerle seguimiento a la trayectoria, medir el impacto de sus acciones y simultáneamente incorporar los ajustes necesarios, así como en la medición de resultados, comprobar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en el plan. Lo expuesto se debe a la falta de coordinación de las actividades de planificación por parte de las autoridades del hospital, de FUNDEEH y el MPPS (Misión Barrio Adentro III), para la ejecución de las obras programadas para dicho centro de salud, en consecuencia, el hospital presenta sus servicios con limitaciones y no garantiza la calidad asistencial que merece la población.

Se observó, que de un total de 10 quirófanos, 8 estaban inoperativos, 5 permanecían cerrados, ya que la ejecución de la obra "Remodelación de los Quirófanos", se encontraba paralizada desde el año 2009 y 3 quirófanos inoperativos por colapso de las tuberías de aguas negras, siendo utilizados como depósitos de equipos quirúrgicos. Al respecto los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), Gaceta Oficial N° 5.908 Extraordinario de fecha 19-02-2009, señalan que el Estado es el garante y principal proveedor de los servicios asistenciales y curativos dirigidos al colectivo, por su parte, el artículo 41 de la Ley Orgánica para la Protección de Niños y Adolescentes (LOPNA), Gaceta Oficial N° 5.859 Extraordinario del 10-12-2007, prevé todos los niños y adolescentes tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de calidad, y el artículo 3 de la LOS indica que los centros de atención médica desarrollarán mecanismos de control interno para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios. Lo que obedece a la falta de supervisión, control y seguimiento por parte de las autoridades del MPPS y de FUNDEEH responsables de llevar a cabo dichas obras, hasta su culminación y de coordinación con los Directivos del hospital, por no detectar ni tomar las acciones pertinentes que permitieran alertar sobre la paralización de las obras, así como evitar el colapso de las aguas negras en dichas áreas. Lo que limita al Estado garantizar el derecho de salud fundamental, por cuanto en esas condiciones de inoperatividad de las instalaciones

hospitalarias se dificulta elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios de la población venezolana que lo ameritara.

El Hospital de Niños no cuenta con manuales de normas y procedimientos relacionados con los bienes y la infraestructura, la estructura organizativa, manual de organización, reglamento interno y los estatutos sociales no han sido actualizados a los nuevos cambios organizativos y dependencias del hospital. Al respecto los artículos 35, 36 y 37 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República (LOCGRSNCF), Gaceta Oficial N° 37.347 del 17-12-2001 y 11, 12, 14 y 18 de su Reglamento, en concordancia con el artículo 8, literal a) de las Normas Generales de Control Interno (NGCI), Gaceta Oficial N° 36.229 del 17-06-97 señalan que corresponde a las máximas autoridades, la responsabilidad de organizar, establecer, mantener, perfeccionar y evaluar el sistema de control interno, el cual debe ser adecuado a los fines del ente, en ese sentido, cada entidad del sector público elaborará, en el marco de las normas básicas dictadas por la Contraloría General de la República las normas, manuales de procedimientos y demás instrumentos o métodos específicos para el funcionamiento del sistema de control interno. Lo expuesto tiene su origen a la falta de acciones concretas para gestionar ante la máxima autoridad del MPPS, la implantación del sistema de control interno, en consecuencia, las funciones y responsabilidades del hospital no están establecidas formalmente en instrumentos normativos internos, y las actividades se ejecutan sin una normativa interna que garantice un adecuado sistema de control interno.

El Hospital de Niños no cuenta con un programa de adiestramiento para el manejo de los desechos hospitalarios, ni dispone de políticas, directrices ni lineamientos que orienten al personal que labora en la institución en el desarrollo de dicha actividad, así como tampoco cuenta con planes de emergencia y de contingencia en la materia, ni ha constituido garantías suficientes para atender eventuales daños como consecuencia del manejo de los desechos peligrosos, no obstante los artículos 34 de las Normas para la Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud, (NCMDES), Gaceta Oficial N° 4.418 Extraordinario del 27-04-92; 61 de la Ley Orgánica de Prevención,

Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCMAT), Gaceta Oficial N° 6.011 Extraordinario del 21-12-2010; 13, numerales 4 y 6 de la Ley sobre Sustancias, Materiales y Desechos Peligrosos (LSMDP), Gaceta Oficial N° 5.554 Extraordinario del 13-11-2001, exigen el cumplimiento de tales requisitos en materia ambiental. Situación que tiene su origen por la ausencia de mecanismos de control interno y de seguimiento a la normativa que regula la materia, lo que no ha permitido diseñar, implantar y desarrollar las políticas, lineamientos y las directrices para orientar al personal que realiza dichas labores y limita al hospital realizar un eficiente manejo y control de los desechos hospitalarios, propicia la ocurrencia de accidentes laborales que ponen en peligro la vida de cada trabajador y limita al hospital dar respuesta oportuna y eficaz ante un eventual incidente en relación con los desechos hospitalarios.

El Hospital de Niños no está inscrito en el “Registro de Actividades Susceptibles de Degradar al Ambiente” (RASDA) llevado por el MPPA, no obstante, que los artículos 65 de la LSMDP, 43 numeral 1 y el 76 de las NCRMPMDP, exigen que deberán inscribirse, antes del inicio de sus actividades. Lo que obedece a debilidades en la gestión administrativa y operativa de los responsables de las actividades relacionadas con el manejo y control de los desechos potencialmente peligrosos generados por ese centro, y falta de coordinación entre las autoridades competentes del hospital y de los organismos gubernamentales de salud, lo que trae como consecuencia que no cuente con las orientaciones del MPPA en materia de desechos peligrosos, lo cual constituye un peligro para la salud y ambiente, incrementando las posibilidades de proliferación de infecciones, epidemias y demás enfermedades en la población laboral y usuaria, así como en las comunidades que circundantes del hospital.

En el Hospital de Niños, los desechos tipo B (Desechos Potencialmente Peligrosos), C (Desechos infecciosos) y D (Desechos Orgánicos y/o Biológicos), no son tratados el mismo día de su generación; son almacenados en bolsas rojas ubicadas al intemperie al lado de los cuartos de la Red de Gases Medicinales, Celdas de la Sub-Estación Norte-Sur y frente del estacionamiento donde se despachan los alimentos. Así mismo, se mantienen almacenados hasta por un

lapso mayor a los 30 días, sin cumplir con las condiciones especiales de temperatura establecidas en el artículo 21 de las NCMDES. El área de almacenamiento de los desechos peligrosos no se encuentra demarcada e identificada, con el acceso restringido, ni con los símbolos correspondientes al peligro que presentan dichos desechos y materiales, de acuerdo a la Norma COVENIN 2670 (R) Materiales Peligrosos. No obstante las NCRMPMDP señalan en el artículo 40 numeral 4 que los desechos, deben estar alejados de fuentes de calor u otras fuentes de energía, ubicado en una zona no inundable, no expuesto a contingencias como derrumbes, descargas, emisiones u otros vertidos industriales y se inobserva lo establecido en el artículo 16 numeral 5 del capítulo II relativo al Almacenamiento y Transporte de dichas Normas. Las situaciones planteadas obedecen a deficiencias en la aplicación de mecanismos de controles internos que regulen las actividades de almacenamiento de desechos peligrosos e infecciosos, así como, debilidades en la supervisión de dicha actividad, lo cual representa un riesgo para el hospital dada las posibilidades de contaminación e infección microbiana en usuarios, trabajadores y público, así como la diseminación ambiental de agentes patológicos, con la consecuente responsabilidad que se deriva de la situación planteada.

Conclusiones

Se observaron situaciones que no se ajustan a la normativa que regula lo relativo al manejo y custodia de los bienes que le fueron asignados AL Hospital de Niños por la Misión Barrio Adentro III, toda vez que se constató que los equipos médicos y electromecánicos no poseen placas con el número de bien nacional; no cuentan con un inventario, ni con un registro de bienes nacionales actualizados; existen 16 electronebulizadores sin uso y almacenados, en condiciones operativos, desde el año 2007; existen 3 equipos, sin uso, en condiciones inoperativos y dañados, sin evidenciarse las órdenes de servicio para su reparación y mantenimiento; existe un lote de equipos y mobiliarios almacenados en estado de deterioro sin decisiones al respecto; existían equipos médicos almacenados en distintas áreas del hospital por no contar con espacio físico para su resguardo. No realiza la programación anual del mantenimiento de los equipos

médicos y electromecánicos. En cuanto a la infraestructura se constató, que de las 15 obras planificadas para ejecutarse en durante los años 2007, 2008 y 2009 a cargo de FUNDEEH, 5 de ellas, se encontraban paralizadas; de 10 quirófanos 8 estaban inoperativos. En el hospital no realizan la programación anual del mantenimiento de sus instalaciones, así como, se evidenció que no programan las reparaciones y remodelaciones de la infraestructura en las áreas del hospital; se evidenciaron debilidades en el sistema de control interno administrativo, por cuanto no cuenta con: una estructura organizativa, un Manual de Organización; así mismo se observó, que los Estatutos Sociales no se encontraban actualizados; no contaban con Reglamento Interno, ni Manuales de Normas y Procedimientos; carece de manuales de normas y procedimientos relacionados con los procedimientos inherentes a los bienes, infraestructura y desechos hospitalarios. El hospital no está inscrito en el “Registro de Actividades Susceptibles de Degradar al Ambiente” (RASDA) llevado por el MPPA, ni se evidenciaron las políticas, directrices y lineamientos tanto internos como externos en materia de desechos hospitalarios; no cuentan con planes de emergencia y de contingencia, en materia de desechos hospitalarios, ni ha construido garantías suficientes para atender eventuales daños que se pudieran producir como consecuencia del manejo de los desechos peligrosos; el traslado y almacenaje de los desechos bioinfecciosos hospitalarios, carecían de precintos de seguridad y los desechos no son tratados el mismo día como lo establece la normativa legal; el área de almacenaje no se encuentra demarcada e identificada, con el acceso restringido sólo a las personas autorizadas.

Recomendaciones

Se insta a la directiva del Hospital JM de los Ríos a:

- Empezar las acciones dirigidas a dar celeridad a realizar el Inventario y Registro de los Bienes, así como colocar las placas con el número de registro de Bien Nacional que se encuentran bajo la guarda y custodia del hospital.
- Gestionar las diligencias necesarias con la máxima autoridad del MPPS para la reubicación a otros centros de salud, de los equipos que se encuentran

en condiciones operativas y no funcionales en el hospital, dada las características de la infraestructura.

- Realizar la programación anual del mantenimiento de los equipos médicos y electromecánicos, así como de su infraestructura, con el fin de contar con la disponibilidad de los recursos por parte del MPPS.
- Empezar las acciones necesarias para elaborar los manuales de normas y procedimientos relacionados con los procesos inherentes a los Bienes, Infraestructura y Desechos Hospitalarios, para someterlos a la aprobación máxima autoridad del MPPS.
- Empezar las acciones pertinentes ante el MPPS y FUNDEEH, dirigidas a coordinar la culminación de las obras de infraestructura que se encuentran paralizadas desde el año 2009, con el fin de prestarle el debido servicio a los usuarios del hospital.
- Empezar las acciones necesarias para elaborar, actualizar y someter a la aprobación de la Máxima Autoridad Jerárquica del MPPS, la estructura organizativa, el Manual de Organización, el Reglamento Interno, a los fines de contar con un sistema de control interno adaptado a los cambios internos y de acuerdo con la normativa vigente.
- Coordinar con el MPPS, la ejecución de actividades, para el manejo, control y disposición final de los desechos generados en el hospital, en función de lo establecido en la normativa, dirigidas a: Inscribir al hospital en el “Registro de Actividades Susceptible de Degradar el Ambiente” (RASDA), elaborar y aprobar las políticas, lineamientos, directrices tanto internos como externos en materia de desechos hospitalarios; elaborar los planes de emergencia y de contingencia en dicha materia, así como, constituir garantías para atender daños en el manejo de los desechos; transportar y manejar internamente los desechos hospitalarios, en condiciones de seguridad y protección de los trabajadores que realizan la labor; adecuar el área de almacenaje de los desechos generados por el hospital.

HOSPITAL INDUSTRIAL SAN TOMÉ

EVALUACIÓN DE LAS OPERACIONES ADMINISTRATIVAS

El Hospital Industrial San Tomé (HIST), funciona como una dependencia de la Gerencia de Salud, adscrita a la Di-

rección Ejecutiva Faja del Orinoco de la División Ayacucho Exploración y Producción, distrito San Tomé de Petróleos de Venezuela S.A., (PDVSA). Se inauguró el 17-08-41. Su objetivo es prestar los servicios de salud, en su fase de promoción, tratamiento y rehabilitación a los trabajadores activos, jubilados y familiares de la industria petrolera y la comunidad en general, así como apoyar la docencia e investigación; para el período evaluado de 2005 al 2009 y 1er. semestre de 2010 le fueron asignados recursos presupuestarios por Bs.F. 409.542,39.

Alcance y objetivo de la actuación

Evaluar selectivamente las operaciones administrativas realizadas por el HIST, con ocasión del proyecto de modernización y actualización de los equipos médicos y electromecánicos y la rehabilitación, ampliación y modernización de la infraestructura y servicios de apoyo a la red pública de hospitales del país, ejecutado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Misión Barrio Adentro III, durante el período 2005-2009 y 1er. semestre de 2010.

Observaciones relevantes

Se constató que existen diferencias entre la información que maneja el MPPS (CONETS) y la del HIST, toda vez que no se evidenció en el hospital, el equipo Electrocardiógrafo de 3 canales, ni su Acta de Transferencia, no obstante que en el listado del CONETS, tiene estatus de entregado al hospital. Igualmente, se constató que el HIST registra una recepción de 2 Electronebulizadores y 3 Laringoscopios, no obstante en el Acta de Transferencia se reporta la entrega de 3 y 6 de los equipos referidos respectivamente, por parte de la misión citada. Lo anterior obedeció a fallas de coordinación y comunicación entre los responsables de ejecutar el Programa Misión Barrio Adentro III (MPPS), las autoridades del hospital, y la dependencia de PDVSA, con competencia en salud, lo que no garantiza la transparencia, ni el control en la entrega y recepción de los bienes nacionales al hospital. Sobre el particular, los artículos 141 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario del 24-03-2000. Enmienda N° 1, Gaceta Oficial N° 5.938 Extraordinario del 19-02-2009), 10 y 23 de la Ley Orgánica de la Admi-

nistración Pública (LOAP), publicada en la Gaceta Oficial N° 5.890 Extraordinario de fecha 31-07-2008, señalan que, las actividades que desarrollaron ambos órganos y PDVSA, debían efectuarse de manera coordinada y estar orientadas al logro de los fines y objetivos del Estado, con la mayor transparencia y responsabilidad, y el artículo 3 de la Ley Orgánica de Salud (LOS), Gaceta Oficial N° 38.650 del 22-03-2007, establece que los servicios de salud desarrollarán mecanismos de control interno para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios.

Se evidenció que el equipo revelador marca Kónica, se encontraba inoperativo, ya que durante su instalación por parte del personal técnico del distribuidor, se detectó que la fuente de poder estaba dañada y la garantía no cubría dicha reposición, y, transcurrido un año desde su recepción, fue cuando se materializaron las acciones para la puesta en marcha de dicho equipo, así mismo, se constató que 4 equipos recibidos por el HIST, a través de la referida Misión, no se encontraban en funcionamiento, toda vez que estaban pendientes de reparación desde hacía 4 meses (junio 2010 a octubre de 2010). Al respecto, los artículos 35 y 36 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF), publicada en la Gaceta Oficial N° 37.347, Extraordinario del 17-12-2001, reformada mediante Gaceta Oficial N° 6.013, Extraordinario del 23-12-2010, en concordancia con los artículos 11, 12, 14 de su Reglamento (Gaceta Oficial N° 39.240 del 12-08-2009), así como el artículo 2 del Reglamento sobre la Organización del Control Interno en la Administración Pública Nacional (Gaceta Oficial N° 37.783 del 25-09-2003), señalan, que el sistema de control interno tiene por objeto asegurar el acatamiento de las normas legales, salvaguardar los recursos y bienes que integran el patrimonio público y que corresponde a la máxima autoridad, organizar, mantener y evaluar dicho sistema; por otra parte, el punto 4.11.2 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos, contenidas en el Manual de Normas de Control Interno Sobre un Modelo Genérico de la Administración Central y Descentralizada Funcionalmente (MNCIMGACDF), publicada en Gaceta Oficial N° 38.282 del 28-09-2005, señala que el control perceptivo debe realizarse en el momento de la recepción del bien adquirido. Tal situación obedece a las debilidades

en el ejercicio de las funciones de mantenimiento correctivo de la Unidad de Ingeniería Médica, y a falta de acciones oportunas por parte de las autoridades del hospital, dirigidas a corregir las fallas a fin de restablecer las condiciones originales de servicio de los bienes o equipos. Situación que limita a ese hospital, el uso eficiente de los equipos para la prestación del servicio, en los términos de calidad exigida a estos centros y al Estado garantizar la salud.

No existe documentación demostrativa de la aprobación por parte de la máxima autoridad de PDVSA, del Reglamento Interno y de los manuales de normas y procedimientos correspondientes a la disposición, uso y resguardo de los equipos, y para el mantenimiento y conservación de la infraestructura, ni para el manejo y control de los desechos hospitalarios. Al respecto, los artículos 35, 36 y 37 de la LOCGRSNCF, y 6, 11, 12, 14 de su Reglamento, establecen que el sistema de control interno comprende el plan de la organización, políticas, normas, métodos y procedimientos adoptadas dentro de un ente u organismo, siendo obligación de la máxima autoridad jerárquica, elaborar las normas, manuales de procedimientos y demás instrumentos o métodos específicos que coadyuven al funcionamiento del sistema de control interno; así mismo, el artículo 8, numeral 2 de las Normas para el Funcionamiento Coordinado de los Sistemas de Control Interno y Externo (NFCSCIE) y el artículo 22 de las NGCI, publicadas en la Gaceta Oficial N° 36.229 del 17-06-97, señalan que corresponde a la máxima autoridad de cada organismo y entidad, crear los sistemas y procedimientos de control interno, asegurar su implantación, funcionamiento, evaluación periódica y actualización. Lo anteriormente expuesto se debe a la falta de acciones oportunas de la autoridad competente del hospital, y demás instancias involucradas en la dirección de ese centro de salud público, dirigidas a elaborar, desarrollar y concretar políticas institucionales aplicables a las funciones y operaciones que realiza, para la aprobación de la máxima autoridad de PDVSA, lo que se traduce en limitaciones en la optimización de los métodos de trabajo que permitan garantizar una gestión transparente, efectiva y eficaz en el cumplimiento de sus funciones.

La Unidad de Ingeniería Médica del Hospital Industrial San Tomé, no dispone de una dependencia de Saneamiento

y Mantenimiento a cargo de un profesional especializado, para ejecutar las funciones relacionadas con el manejo y control de desechos hospitalarios. No obstante que, los artículos 33 y 34 del Decreto N° 2.218 relativo a las Normas para la Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud (NCMDES), publicada en la Gaceta Oficial N° 4.418 del 27-04-92, lo exige. La situación señalada se originó, a la falta de coordinación de las autoridades del hospital y demás instancias de dirección, con el ente de dependencia, para concretar acciones dirigidas a la adecuación y actualización de la estructura organizativa de ese centro de salud, lo que limita la gestión eficiente y sistemática en el manejo de los desechos hospitalarios.

El HIST, no está inscrito en el “Registro de Actividades Susceptibles de Degradar el Ambiente” (RASDA), ante el Ministerio del Poder Popular para el Ambiente (MPPA). En este sentido, el artículo 65 de la Ley sobre Sustancias, Materiales y Desechos Peligrosos (LSMDP), publicada en la Gaceta Oficial N° 5.554 Extraordinario del 13-11-2001, en concordancia con los artículos 43 numeral 1 y 76 de las Normas para el Control de la Recuperación de Materiales Peligrosos y el Manejo de los Desechos Peligrosos, (NCRMPMDP), publicada en la Gaceta Oficial N° 5.245 Extraordinario del 03-08-98, indican que las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que pretendan realizar actividades de manejo o generación de desechos peligrosos deben inscribirse, antes del inicio de sus actividades, en el RASDA. Situación que tiene origen en la ausencia de mecanismos de control interno en la dirección del hospital, y de diligencias por parte de los funcionarios responsables del manejo de los desechos para adecuar su funcionamiento a la normativa que regula la materia ambiental, lo que limita a las autoridades dictar, políticas claras en relación con la materia, que conlleve al cumplimiento de la normativa legal que le es aplicable, y al MPPA ejercer un efectivo control de las actividades que desarrolla el hospital, en cuanto al manejo de los desechos.

En el citado hospital, no se dispone de información sobre el registro de la cantidad de desechos hospitalarios generados por tipo y período (semestral y anual) de riesgo; dónde y cómo están almacenados tratados o destruidos, si tienen

desechos almacenados fuera del hospital, ni ha elaborado informes anuales para su presentación al MPPA, contentivos de un resumen de la cantidad de desechos generados, donde fueron dispuestos y bajo que condiciones se llevó a cabo el proceso, para su presentación ante dicho ministerio. Al respecto, el artículo 43 numeral 2, de las NCRMPMDP, establecen la obligación de llevar un registro de la cantidad de desechos hospitalarios generados por tipo de desecho, y la elaboración de informes anuales para su presentación al MPPA. Lo señalado obedece a la falta de diligencia por parte de los gerentes del hospital involucrados en la materia, para establecer un adecuado sistema de control interno que comprenda los instrumentos normativos, los procedimientos y las responsabilidades sobre el manejo y control de los desechos generados. Esta situación limita a la Gerencia del hospital la posibilidad de suministrar información sobre la cantidad y el tipo de sustancia, material o desecho peligroso que genera o maneja.

En el centro hospitalario, no se tienen establecidos controles de entradas y salidas de los desechos peligrosos en los lugares de almacenamiento, no obstante que el artículo 40 numeral 14 de las NCRMPMDP, indica que el almacenamiento temporal de desechos peligrosos debe tener el acceso restringido al personal autorizado y que debe llevarse un control de la entrada y salida. Situación que se origina a la falta de implementación de los mecanismos de control interno adecuados, que le permitan contar con registros sobre la permanencia de los desechos en el depósito de Ingeniería Médica; lo que no permite a las autoridades llevar el control adecuado de las entradas y salidas de los desechos.

Conclusiones

De la evaluación de las operaciones administrativas realizadas por el Hospital Industrial San Tomé, con ocasión del Programa Misión Barrio Adentro III, se concluye que el hospital, presenta debilidades en la implementación de mecanismos de control interno vinculados con los equipos médicos y electromecánicos otorgados por el MPPS, y situaciones que no se ajustan a la normativa que regula la materia. Al respecto, se determinó que el hospital no cuenta con mecanismos eficaces para el control, disposición, se-

guimiento y mantenimiento de dichos equipos, por cuanto se constató diferencias entre la información que maneja el MPPS y la llevada por el hospital, toda vez que no se encuentra en las instalaciones, el equipo electrocardiógrafo de 3 canales, además que el HIST registra la recepción de 2 electronebulizadores y 3 laringoscopios, no obstante el Acta de Transferencia son 3 y 6 equipos respectivamente, así mismo; se evidenció que un equipo revelador, se encontraba inoperativo, y 4 equipos, integrados por 2 unidades de drenaje torácico y 2 micronebulizadores, no estaban en funcionamiento, en esperas de reparación desde hacía 4 meses. Asimismo, se determinaron situaciones que no se ajustan al marco legal regulatorio y debilidades en los mecanismos de control interno en la organización y funcionamiento del hospital, así como en el manejo de desechos hospitalarios, por cuanto no dispone de un Reglamento Interno debidamente aprobado, ni de manuales de normas y procedimientos, entre ellos, los correspondientes a la disposición, uso y resguardo de los equipos médicos y electromecánicos; los de mantenimiento y conservación de la infraestructura del hospital, y los que atañen al manejo y control de materiales y desechos peligrosos. Además, la Unidad de Ingeniería Médica, no dispone de una Dependencia de Saneamiento y Mantenimiento, a cargo de un profesional especializado para ejecutar las funciones relacionadas con el manejo y control de desechos, y el hospital no está inscrito en el RASDA; no posee registro de los controles sobre el manejo de los desechos hospitalarios, ni informes anuales para su presentación al MPPA, relacionados con la materia, y no tiene establecidos controles de entradas y salidas de los desechos peligrosos en los lugares de almacenamiento.

Recomendaciones:

Se insta a la máxima autoridad del Hospital Industrial San Tomé a:

- Establecer mecanismos de coordinación y comunicación con los responsables de ejecutar el Programa Misión Barrio Adentro III, y el CONETS, a los fines de asegurar la transparencia y el control en la entrega y recepción de los bienes nacionales al hospital, a través de la definición de parámetros de control verificables por cada una de las partes involucradas, y su monitoreo permanente.
- Establecer los mecanismos de control interno necesarios

a través de listados de verificación y otros instrumentos de control, de acuerdo a las especificaciones y demás características de los bienes recibidos, para que los responsables de la recepción de los bienes del hospital, efectúen el control perceptivo adecuado, a los fines de verificar el correcto funcionamiento de los equipos, así como, definir e implantar criterios orientados a detectar oportunamente los equipos que estén en estado de inoperatividad y para el restablecimiento operativo oportuno de dichos equipos.

- Agilizar los procesos administrativos pertinentes, para actualizar y aprobar por parte de la máxima autoridad de PDVSA, el Reglamento, manuales de normas y funcionamiento del hospital, su estructura organizativa, así como, los manuales de normas y procedimientos que regulen la disposición, uso y resguardo de los equipos médicos y electrodomésticos, así como los relacionados con el mantenimiento y conservación de la infraestructura, y para el manejo y control de los materiales y desechos peligrosos.
- Empezar las acciones pertinentes a objeto de crear la dependencia de Saneamiento y Mantenimiento, así como, formalizar la inscripción del HIST ante en el MPPA, como actividad susceptible de degradar el ambiente, y para que se lleven los registros de contabilidad de los desechos y se elaboren y presenten ante ese Ministerio, los informes correspondientes.
- Empezar medidas de control interno adecuadas para establecer controles de entradas y salidas de los desechos peligrosos en los lugares de almacenamiento, que le permitan contar con registros sobre la permanencia de los desechos peligroso en el depósito.

HOSPITAL MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS

OPERACIONES ADMINISTRATIVAS

El hospital Maternidad Concepción Palacios (HMCP), fue fundado el 17-12-1938. Sus objetivos fundamentales son la prevención, educación, promoción y restablecimiento de la salud del binomio madre-hijo. Depende del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), Gaceta Oficial N° 38.976 del 18-07-2008. Durante el período 2005-2009, no se le asignó presupuesto, los pagos los realizó directamente el

MPPS y la dotación en su mayoría la recibe de la Dirección de Salud del Distrito Capital y/o MPPS.

El HMCP durante los años 2006-2009 y 1er. semestre de 2010, con ocasión del proyecto de modernización y actualización de los equipos médicos y electromecánicos y la rehabilitación, ampliación y modernización de la infraestructura y servicios de apoyo a la red pública de hospitales del país, ejecutados por el MPPS (Misión Barrio Adentro III), recibió 245 equipos médicos y electromecánicos. En cuanto a obras de infraestructura la Fundación de Edificaciones y Equipamientos Hospitalarios (FUNDEEH), durante los años 2008-2009 y 1er. semestre de 2010, planificó 20 obras civiles de las cuales ejecutó 16 y 4 se encontraban en proceso. Por otra parte planificó 8 obras en los sistemas de electromecánica y electricidad, de las cuales ejecutó 3 y 5 se encontraban en proceso.

Alcance y objetivo de la actuación

Evaluar selectivamente las operaciones administrativas ejecutadas por el HMCP, con ocasión del proyecto de modernización y actualización de los equipos médicos y electromecánicos y la rehabilitación, ampliación y modernización de la infraestructura y servicios de apoyo a la red pública de hospitales del país, ejecutados por el MPPS (Misión Barrio Adentro III), durante el período 2005-2009 y 1er. semestre de 2010. En tal sentido, se tiene que de 245 equipos médicos entregados al HMCP, se tomó una muestra de 55 equipos, equivalentes al 22,44% del universo, en atención a la importancia y utilidad que representan para la atención médica ofrecida a los usuarios y pacientes de ese hospital de salud, igualmente se evaluó el sistema de control interno, así como, las actividades relacionadas con el manejo de los desechos generados por el hospital.

Observaciones relevantes

Se evidenció que 55 equipos médicos y electromecánicos que estaban distribuidos en los diferentes servicios del hospital, dotados a través de la Misión Barrio Adentro III, no poseen número de registro de bien nacional (placa de identificación). Al respecto, los artículos 35 y 36 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y

del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF), publicada en la Gaceta Oficial N° 37.347 del 17-12-2001, indican que el control interno es un sistema que comprende el plan de organización, las políticas, normas, así como los métodos y procedimientos adoptados dentro de un ente y organismo, para salvaguardar sus recursos; asimismo, el Manual de Normas de Control Interno sobre un Modelo Genérico de la Administración Central y Descentralizada Funcionalmente (MNCIMGACDF), publicado en la Gaceta Oficial N° 38.282 del 28-09-2005, establece en el aparte 4.11.3. de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos, que cada organismo o ente debe tener los bienes debidamente identificados con etiquetas o marcas, con el método, código y fecha de rotulación establecidos para tal efecto. Esta situación obedece a la falta de mecanismos de control interno, por parte de la instancia competente en el Área de Bienes del MPPS, en la elaboración y envío al HMCP, de las placas de registro para ser colocados a todos los equipos médicos y electromecánicos existentes en el hospital. Lo antes descrito trae como consecuencia, que los reportes realizados por el HMCP, en los rubros de equipos médicos y electromecánicos carezcan de los datos fundamentales de identificación que debe tener todo bien nacional, no permitiendo asegurar la vigilancia, control y la administración adecuada de los recursos y bienes que conforman el patrimonio público.

De 8 ascensores existentes en el hospital, 5 no estaban en funcionamiento, por atrasos en el recambio, instalación y puesta en marcha. Al respecto, los artículos 36 y 39 de la LOCGRSNCF, en concordancia con los artículos 14 y 18 de su Reglamento (Gaceta Oficial N° 39.240 de fecha 12-08-2009), prevén que las autoridades administrativas de cada cuadro organizativo específico deberán ejercer vigilancia sobre el cumplimiento de las normas constitucionales y legales de los planes y políticas, y de los instrumentos de control interno sobre las operaciones y actividades realizadas por las unidades administrativas y servidores de las mismas bajo su directa supervisión, por su parte, el artículo 20 de la Ley de Conservación y Mantenimiento de los Bienes Públicos (LCMBP), publicada en la Gaceta Oficial N° 38.756 del 28-08-2007, establece que, los entes u órganos del sector público sujetos a esta

Ley tendrán a su cargo y bajo su responsabilidad las gestiones permanentes de conservación y mantenimiento de los bienes, equipos y demás instalaciones adscritos o que sean propios, en concordancia con el artículo 792 del Reglamento de las Condiciones de Higiene y Seguridad en el Trabajo (RCHST), publicado en la Gaceta Oficial N° 1.631 Extraordinario del 31-12-1973, el cual señala que, toda parte de equipo, máquina o herramienta que esté expuesto al desgaste o ruptura por la acción del tiempo o del uso que en razón a la función que cumple pueda ser origen de un accidente, deberá ser sometida a un mantenimiento preventivo adecuado. Situación que obedece al atraso que ha conllevado el recambio, suministro, instalación y puesta de los elevadores por parte de las empresas responsables y a las debilidades en los contactos respectivos de los representantes del hospital con el MPPS, a los fines de lograr la culminación de la ejecución de la obra, la entrega formal y puesta en marcha de los referidos ascensores, lo cual trae como consecuencia que el personal que labora en el referido hospital, así como, los usuarios no cuenten con el servicio de ascensores, para poder trasladarse adecuadamente.

En el HMCP, FUNDEEH planificó ejecutar 20 obras civiles, de las cuales a la fecha de la actuación (octubre de 2010), se habían ejecutado 16 y 4 se encontraban en proceso; por otra parte, planificó la realización de 8 obras en los sistemas de electromecánica y electricidad, de las cuales a la fecha citada, habían ejecutado 3 y 5 se encontraban en proceso; es importante destacar que aún cuando FUNDEEH, es el ente responsable de la administración de los fondos para la ejecución de los proyectos, así como del mantenimiento, remodelación y mejoras de las obras de infraestructura del HMCP, este hospital, no cuenta con los documentos soportes que justifiquen la acción de control y seguimiento que debió ejercer durante los inicios, paralizaciones, avances y culminaciones de las obras llevadas a cabo en ese centro de salud, ni por parte de los responsables de los controles del MPPS. Al respecto, el artículo 39 de la LOCGRSNCF y 18 de su Reglamento, señalan que las autoridades administrativas de cada departamento, deberán ejercer vigilancia sobre el cumplimiento de las normas constitucionales y legales, de los planes y políticas, y de los instrumentos de control interno a que se refiere el artículo 35 de esta

Ley, sobre las operaciones y actividades realizadas por las unidades administrativas y servidores de las mismas, bajo su directa supervisión, y el artículo 8, literal "a" de las Normas Generales de Control Interno (NGCI), publicada en Gaceta Oficial N° 36.229 del 17-06-1997, en cuanto a que corresponde a la máxima autoridad jerárquica de cada organismo o entidad, así como a los niveles directivos y gerenciales establecer, mantener, perfeccionar, vigilar y garantizar el eficaz funcionamiento del sistema de control interno de cada área operativa y unidad organizativa del cual sean responsable. Tal situación obedece, a la falta de coordinación, control y supervisión de las actividades inherentes a la ampliación y modernización, entre la dependencia de salud y los órganos involucrados en dicho proceso del MPPS y de la fundación del Estado, que permitieran establecer los mecanismos de control interno y de toma de decisiones con respecto a la ejecución de las obras de infraestructura, lo que trae como consecuencia que en el hospital objeto de estudio se desconozcan los motivos por los cuales las obras no están concluidas, limitando a su vez a la Dirección de Mantenimiento Técnico de esa Institución Hospitalaria, tener el control de su gestión para prestar el servicio de salud en términos de la calidad exigida.

El HMCP no cuenta con una normativa interna debidamente aprobada por la máxima autoridad que regule el procedimiento para la disposición, uso y resguardo de los equipos médicos y electromecánicos, ni tampoco para el mantenimiento y conservación de la infraestructura, no obstante, los referidos instrumentos organizacionales, deben formar parte del sistema de control interno, cuyo propósito es salvaguardar los recursos, verificar la exactitud y veracidad de la información financiera y administrativa, promover la eficiencia, economía y calidad en las operaciones, estimular la observancia de las políticas prescritas y lograr el cumplimiento de objetivos y metas, tal como lo señalan los artículos 35, 36 y 37 de la LOCGRSNCF, y los artículos 11, 12 y 14 de su Reglamento, en concordancia con lo establecido en los artículos 3 y 22 de las NGCI, los cuales establecen que, corresponde a la máxima autoridad jerárquica la responsabilidad de establecer, mantener y evaluar el sistema de control interno, el cual debe organizarse con arreglo a conceptos y principios generalmente aceptados de sistema y estar constituido por las políticas y normas for-

malmente dictadas, así como, deberá aprobar los manuales técnicos y de procedimientos que incluyan los diferentes pasos y condiciones de las operaciones a ser autorizadas. La situación obedece a que no se han coordinado las acciones entre las autoridades del hospital y del MPPS dirigidas a agilizar la revisión de tales instrumentos normativos que conlleven a su aprobación e implementación para regular los procedimientos para la disposición, uso y resguardo de los equipos médicos y electromecánicos, así como para el mantenimiento y conservación de la infraestructura, con el fin de que sean de obligatorio cumplimiento por parte del personal. Lo anteriormente descrito trae como consecuencia que las actividades y procedimientos realizados en las referidas áreas, no estén definidos formalmente en los instrumentos normativos internos correspondientes, generando que los mismos no estén sujetos a criterios uniformes, que garanticen la calidad de las operaciones realizadas, restando formalidad a las funciones que desempeña el personal.

En el HMCP no se cuenta con una programación anual de mantenimiento de los equipos médicos y electromecánicos, así como de sus instalaciones. Sobre el particular, el artículo 39 de la LOCGRSNCF, en concordancia con el artículo 18 de su Reglamento, establece que las autoridades administrativas de cada departamento deberán ejercer vigilancia sobre el cumplimiento de las normas constitucionales y legales, de los planes y políticas, así como de los instrumentos de control interno, sobre las operaciones y actividades realizadas por las unidades administrativas y servidores de las mismas, bajo su directa supervisión; asimismo, el MNCIMGACDF, establece en el aparte 4.11.7 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos, que todas las operaciones de bienes de uso deben realizarse previa solicitud debidamente documentada, autorizada y aprobada por el funcionario responsable para tal fin, en concordancia con la programación de operaciones, asimismo, el aparte 4.11.8 *ejusdem* señala que, el Jefe de Unidad a la que han sido adscritos los bienes es responsable del mantenimiento de los mismos; igualmente, el artículo 6, numeral 13 del Reglamento de Hospitales y Dispensarios, promulgado el 24-01-1984, establece que la máxima autoridad del hospital debe mantener la

custodia de los bienes del hospital y vigilar su mantenimiento y conservación, en concordancia con el artículo 792 del Reglamento de las CHST, el cual establece que, toda parte de equipo, que esté expuesto al desgaste o ruptura por la acción del tiempo, del uso y que en razón a la función que cumple pueda ser origen de un accidente, deberá ser sometida a un mantenimiento preventivo. Tal situación obedece a la falta de coordinación, entre las autoridades del hospital y del MPPS, en la planificación de las actividades que conlleven a materializar las decisiones con respecto a la asignación de los recursos destinados al mantenimiento, lo que en consecuencia limita contar con dicha programación anual de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos médicos, electromecánicos e infraestructura que contenga todas las acciones a desarrollar cronológicamente.

Conclusiones

De la evaluación de las operaciones administrativas ejecutadas en el HMCP se concluye que, recibió la cantidad de 245 equipos médicos y electromecánicos, entregados a través de la Misión Barrio Adentro III, de los cuales se observó que, no obstante a la exigencia de la normativa sobre bienes nacionales, existen 55 equipos distribuidos en los diferentes servicios del hospital que no poseen número de registro de bien nacional. Por otra parte, de 8 ascensores existentes en el hospital, 5 de ellos no estaban en funcionamiento. Asimismo, se evidenció que FUNDEEH planificó ejecutar 20 obras civiles de las cuales a la fecha de la actuación (octubre de 2010), 4 se encontraban en proceso y 8 obras en los sistemas de electromecánica, de las cuales a la fecha citada, 5 se encontraban en proceso de ejecución. Adicionalmente, se evidenciaron debilidades en el sistema de control interno ya que no cuenta con una normativa interna debidamente aprobada por la máxima autoridad que regule el procedimiento para la disposición, uso y resguardo de los equipos médicos y electromecánicos y del mantenimiento y conservación de la infraestructura; tampoco cuenta con una programación anual del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos y electromecánicos, así como de sus instalaciones.

Recomendaciones

Se insta a la máxima autoridad del HMCP a:

- Empezar las acciones necesarias y perentorias, dirigidas a colocar los números de bien nacional a todos los equipos médicos y electromecánicos, a fin de salvaguardar en todo momento los intereses del Estado y preservar el patrimonio.
- Realizar las diligencias pertinentes ante el MPPS, dirigidas a coordinar las acciones que sean necesarias para agilizar la puesta en marcha de los ascensores, así como para la culminación de las obras de infraestructura en ejecución, a fin de elevar la cantidad y calidad de los servicios prestados por el hospital, todo ello en función de las disponibilidades presupuestarias del Ministerio.
- Empezar las acciones necesarias dirigidas a elaborar los manuales de normas y procedimientos, que regulen el uso y resguardo de los equipos médicos y electromecánicos y el mantenimiento y conservación de la infraestructura y someterlos a la aprobación de la máxima autoridad del MPPS, de tal manera que se cuente con información que garantice la calidad y el control de las operaciones realizadas.
- Tomar las provisiones necesarias dirigidas a realizar una programación anual del mantenimiento de los equipos médicos y electromecánicos, así como de su infraestructura, en función de las disponibilidades de recursos presupuestarios para tal fin.

HOSPITAL VARGAS DE CARACAS

EVALUACIÓN DE LAS OPERACIONES ADMINISTRATIVAS

En fecha 16-08-1888 se decreta la construcción del Hospital Vargas de Caracas. En enero de 1891 fue inaugurado y entró en funcionamiento el 05-07-1891. Fue el primer hospital de su estilo que vino a combinar la asistencia con la docencia y la formación médica universitaria. Mediante Decreto Presidencial N° 6.201 de fecha 01-07-2008 (Gaceta Oficial N° 38.976 del 18-07-2008) fue transferido al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS).

Alcance y objetivo de la actuación

Evaluar selectivamente las operaciones administrativas realizadas por el Hospital Vargas, con ocasión del proyecto de modernización y actualización de los equipos médicos y electromecánicos y la rehabilitación, ampliación y modernización de la infraestructura y servicios de apoyo a la red pública de hospitales del país, ejecutado por el MPPS (Misión Barrio Adentro III), durante el período desde el año 2005 hasta el 1er. Semestre de 2010, así como el sistema de control interno.

Observaciones relevantes

Existen diferencias en la información que maneja el MPPS y el Hospital Vargas, toda vez que en las áreas del hospital, no se evidenció el equipo Broncoscopio Flexible, el cual según relación de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud del MPPS (CONETS), se entregó al hospital con un valor de Bs.F. 189.978,55; ni 4 camas clínicas de adulto con valor de Bs.F. 16.340,40. Es importante resaltar que la transparencia y responsabilidad son principios que rigen la actividad de la administración pública, de conformidad con los artículos 141 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) y 10 de la Ley Orgánica de la Administración Pública (LOAP), Gacetas Oficiales Nos. 5.453 y 5.890, Extraordinarios del 24-03-2000 y 31-07-2008, respectivamente, en concordancia con el principio de coordinación previsto en el artículo 23 *eiusdem*, según el cual las actividades que desarrollaron ambos órganos debían efectuarse de manera coordinada y estar orientadas al logro de los fines y objetivos del Estado. Lo que obedeció a la falta de coordinación y comunicación entre los responsables de ejecutar el programa Misión Barrio Adentro III y las autoridades del hospital, lo que no garantiza la transparencia, ni el control en la entrega y recepción de los bienes nacionales, con la consecuente incertidumbre sobre la veracidad de la información.

Parte de los equipos y bienes asignados al Hospital Vargas, fueron trasladados a otros centros de salud a través de actas, sin contar con una aprobación escrita por parte del MPPS, ni del registro de bienes del hospital, a saber: el equipo "Arco en C" con intensificador de imagen, fue cedido en calidad de préstamo al Hospital Periférico de Catia;

una cama de terapia intensiva de adulto al Hospital José Gregorio Hernández; 5 camas de trauma show al Risquez; 4 termos para líquidos con grifo y 2 carros térmicos transportadores de alimentos, con 32 bandejas cada uno fueron trasladado a la Maternidad de Carúpano. Al respecto, los artículos 35 y 36 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF), 11, 12 y 14 de su Reglamento, Gacetas Oficiales Nros. 37.347 y 6.013 extraordinario, de fechas 17-12-2001 y 18-08-2009, respectivamente, señalan que el control interno tiene por objeto salvaguardar el patrimonio público y es responsabilidad de la máxima autoridad mantener a dicho sistema adecuado a la naturaleza y fines de la organización. Por su parte, los artículos 7 y 17 de la Ley Contra la Corrupción (LCC), Gaceta oficial N° 5.637 Extraordinario del 07-04-2003, señalan el deber de los funcionarios públicos de administrar el patrimonio público con criterios de racionalidad y eficiencia, procurando la mejor utilización de los recursos en atención a los fines públicos. Lo que se debió a la falta de planificación y coordinación entre las autoridades del MPPS y del hospital y de mecanismos de control interno que permitieran verificar la existencia, mantenimiento, seguimiento y devolución oportuna de los bienes o desincorporación del inventario, en caso de trasladados definitivos previa autorización, lo que limita al hospital tener un adecuado control interno en la custodia y manejo de los bienes de su propiedad, necesarios para la ejecución de sus actividades básicas.

El hospital fue dotado por la misión Barrio Adentro de carros térmicos transportadores de alimentos, que estaban embalados sin uso, por no estar adaptados a la infraestructura del hospital. Igualmente se encontraban embalados en distintas áreas del hospital, por no contar con espacios en el almacén, equipos de Rayos X, máquina de anestesia y camas quirúrgicas. Al respecto, el artículo 141 de la CRBV y 12 de la LOAP, vigente en el lapso evaluado, señalan que la administración pública se fundamenta en los principios de eficacia, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad en el ejercicio de la función pública, y los artículos 6, 7 y 17 de la LCC, indican que se deben administrar los recursos y bienes con criterios de racionalidad y eficiencia, procurando la disminución del gasto y la mejor utilización de los mismos. Lo que se originó por la falta de

planificación y coordinación entre el MPPS y la directiva del hospital, en la determinación de las necesidades reales de ese centro de salud. Lo que ha trajo como consecuencia que el hospital disponga de equipos operativos sin darle el uso adecuado, que podrían ser utilizados por otros centros de salud, así como la disipación de los recursos destinados al programa, al incurrir en el gasto.

A la fecha de la actuación (22-11-2010), las obras de las áreas de los servicios de emergencia, quirófanos y anatomía patológica del Hospital Vargas estaban en proceso, con un atraso en su ejecución de más de 2 años, sin evidenciarse las acciones de control y seguimiento, que se debió ejercer durante el inicio, paralización, avances y culminación, por parte de las autoridades del hospital, de los responsables del MPPS, ni por parte de la Fundación de Edificaciones y Equipamiento Hospitalario (FUNDEEH), dirigidas a la ejecución de las obras, como responsable de la administración de los fondos para la ejecución de los proyectos. Sobre el particular las referidas obras constituyen un aporte del Ejecutivo Nacional a través de FUNDEEH, para que el Hospital preste un servicio de calidad y garantizar el derecho fundamental de la salud a cargo del Estado, según lo establecido en los artículos 83, 84 y 85 de la CRBV y los artículos 6, 7 y 17 de la LCC, indican que se deben administrar los recursos y bienes con criterios de racionalidad y eficiencia, procurando la disminución del gasto y la mejor utilización de los mismos en atención de los fines públicos. Lo que obedece a la falta de supervisión y control en la ejecución de las obras por parte de FUNDEEH y entre las autoridades de la dependencia de salud y los órganos involucrado en el proceso del MPPS, lo que afectó la operatividad del hospital y ocasionó que las máxima autoridad tomaran medidas paliativas en su funcionamiento.

Los techos de la sede del Hospital Vargas presentaba filtraciones, que habían ocasionado daños y deterioros a la infraestructura de las áreas de historias médicas, cocina, terapia intensiva, psiquiatría, cardiología, urología, dirección, subdirección, finanzas, capilla, auditorios A y B y salas de hospitalizaciones Nros. 2 al 6, 12, 13 20 y 26, no obstante la ejecución de la obra de impermeabilización prevista por la Misión Barrio Adentro III. Al respecto, el artículo 20 de la Ley de Conservación y Mantenimiento de

Bienes Públicos (LCMBP), Gaceta Oficial N° 38.756 del 28-08-2007, establece la responsabilidad de cada ente u órgano en la conservación y mantenimiento de los bienes, equipos y demás instalaciones. Igualmente, la Cláusula 1° literal 2 de las Normas Destinadas a Mejorar la Eficiencia de la Atención Médica (NDMEAM), Gaceta Oficial N° 33.390 del 15-01-1986, dicta que los servicios de salud ambulatoria y hospitales tendrán como guía, aplicar normas y procedimientos necesarios para asegurar el resguardo y conservación de los equipos médicos, así como la infraestructura. Asimismo, el FUNDEEH, según su Decreto de Creación 4.965 del 06-11-2006 (Gaceta Oficial N° 38.569 del 22-11-2006), tiene la competencia de supervisar la ejecución de la construcción de la planta física incluida en el Plan de la red hospitalaria de la Misión Barrio Adentro. Tal situación se originó por la falta de coordinación y supervisión por parte de los representantes del MPPS y del Hospital en la planificación de las obras a ejecutar, para que se observaran las regulaciones técnicas, ambientales y de seguridad, en consecuencia no se contó con los informes de valuaciones y recomendaciones con la relativa periodicidad, para el mejoramiento y conclusión de las obras, que garantizarán los correctivos necesarios ante cualquier desviación.

Las obras de reacondicionamiento de los ascensores del Hospital Vargas, contenidas en el Plan Especial de la Misión Barrio Adentro fueron previstas ejecutar en los años 2007 y 2008, no obstante a la fecha de la actuación (22-11-2010), los ascensores de anatomía patológica y del servicio de emergencia del edificio anexo no estaban en funcionamiento y los ascensores del edificio de radiología y anatomía funcionaban con defectos, los mismos que carecen de mantenimiento preventivo y correctivo por falta de planes al respecto. Al respecto, el artículo 3 de la Ley Orgánica de Salud (LOS), Gaceta Oficial N° 36.579 del 11-11-1998, señala que los servicios de salud, deben funcionar de acuerdo con el principio de calidad, y con ello garantizar ese derecho fundamental a cargo del Estado, como es la salud, de conformidad con los artículos 83, 84 y 85 de la CRBV. Por su parte el artículo 20 de la LCMBP, señala que los entes u órganos del sector público tendrán bajo su responsabilidad las gestiones permanentes de conservación y mantenimiento de los bienes e instalaciones. Lo que se debe a la falta de coordinación de acciones para establecer

un plan de mantenimiento por parte de las autoridades del hospital y del MPPS y de controles internos que coadyuvaran a detectar oportunamente las fallas de los equipos electromecánicos, lo que no garantiza al hospital la prestación del servicio con la calidad esperada con la ejecución del programa Misión Barrio Adentro III.

El Hospital Vargas de Caracas no dispone de programas de mantenimiento para los equipos médicos, no obstante por ser este recurrente y necesario para la ejecución de las actividades, debería estar contemplado en una planificación. Al respecto, los artículos 35, 36, y 39 de la LOCGRSNCF, así como, los artículos 11, 12, 14 y 18 de su Reglamento, establecen que el control interno es un sistema que comprende el plan de organización asumido para salvaguardar el patrimonio público y corresponde a la máxima autoridad mantenerlo y adecuarlo a la naturaleza y estructura de la organización, y las autoridades administrativas de cada departamento deberán ejercer vigilancia sobre el cumplimiento de la normativa y políticas sobre las actividades bajo su supervisión. Lo que se debe a la falta de coordinación entre las autoridades del hospital y del MPPS, en la planificación de actividades de mantenimiento de los bienes en función de la asignación de los recursos presupuestarios, lo que ocasiona el retardo o la suspensión del servicio de salud requerido por los usuarios.

El Hospital Vargas de Caracas no cuenta con Reglamento Interno, ni manual de organización y funcionamiento y las dependencias que conforman la Dirección de Administración carecen de manuales de normas y procedimientos. Al respecto, los artículos 35, 36, y 37 de la LOCGRSNCF, 11, 12 y 14 de su Reglamento, en concordancia con los artículos 131 y 134 de la LOAFSP, así como el 3 y 5 del las NGCI, establecen que el control interno es un sistema que comprende el plan de organización, políticas y normas, asumido para salvaguardar el patrimonio público y corresponde a la máxima autoridad mantenerlo y adecuarlo a la naturaleza y estructura de la organización y de elaborar los manuales y demás instrumentos para el funcionamiento del control interno. Lo que obedece que no se coordinaron las acciones entre las autoridades del hospital y del MPPS, dirigidas a implantar el sistema de control interno en el hospital. En consecuencia, los niveles de autoridad, responsabilidad

y las líneas de información, carecen del carácter formal que amerita; las actividades se ejecutan con ausencia de normativa adecuada, actualizada y sistematizada, y le resta formalidad a las funciones del personal del hospital.

Conclusiones

Se observaron situaciones que no se ajustan a la normativa que regula a los entes y órganos de la administración pública y a los principios que rigen sus actividades, por cuanto no se realizó una adecuada planificación, ni existió coordinación y comunicación entre los actores de dicho proceso, toda vez que existen diferencias en la información que maneja el MPPPS y el hospital Vargas de Caracas, ya que el hospital no recibió bienes que el ministerio mantiene como entregados; se asignaron equipos al hospital, que posteriormente fueron cedidos a otros centros hospitalarios sin aprobación del MPPPS, y no existen soportes de los traslados y préstamos de parte del departamento de bienes nacionales; se asignaron bienes que no se ajustan a la infraestructura del hospital ya la fecha de la actuación existían equipos embalados sin uso en distintas áreas del hospital y otros no estaban operativos. Las obras iniciadas en los años 2007 y 2008 por FUNDEEH, en los servicios de emergencia, quirófano y anatomía patológica aún estaban sin culminar; se realizaron obras de impermeabilización de los techos, sin embargo la sede del hospital presentaba humedad y filtraciones con daños en la infraestructura; en distintas áreas los ascensores reacondicionados, se encontraban fuera de servicio. El hospital no cuenta con Reglamento Interno, Manual de Organización y Funcionamiento, sí como de manuales de normas y procedimientos.

Recomendaciones

Se insta a la máxima autoridad del Hospital Vargas a:

- Empezar las acciones necesarias a los fines de sincronizar con el MPPS y CONETS, la información relativa a los bienes recibidos en el hospital, así como ubicar los bienes asignados, sobre los cuales no se ha realizado la efectiva entrega.
- Ubicar los bienes nacionales pertenecientes al hospital, que se encuentran en calidad de préstamo en otros centros de salud para su recuperación.

- Establecer mecanismos pertinentes con el MPPS, para implantar un efectivo control interno, para los traslados definitivos de los bienes que no puedan ser utilizados, así como sincerar el registro de bienes nacionales asignados al hospital.
- Girar las instrucciones para realizar la programación anual del mantenimiento de los equipos médicos y electromecánicos y de la infraestructura, a los fines de contar con la aprobación recursos por el MPPS en la planificación, que lo garanticen.
- Realizar las diligencias pertinentes en el MPPS y el FUNDEEH, dirigidas a coordinar la culminación de las obras de infraestructura que están pendientes.
- Solicitar al MPPS informes de supervisión de las obras por parte de FUNDEEH, para coadyuvar a la función de contraloría social, así como lograr que el MPPS, lo inste a verificar la calidad de las obras, para evitar retardos y desviaciones de recursos asignados.
- Elaborar y presentar a la máxima autoridad del MPPS para su aprobación, el Reglamento Interno, el Manual de Organización y los manuales de Norma y Procedimientos, a los fines de contar con instrumentos normativos que regulen las actividades del hospital.

INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

OPERACIONES ADMINISTRATIVAS

El Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas (HUC), fue creado con Decreto N° 349 de fecha 11-05-56 (Gaceta Oficial N° 25.051 de fecha 15-05-56), modificado según Decreto N° 538 de fecha 16-01-59 (Gaceta Oficial N° 25.865 del 17-01-59), como un Instituto Autónomo. Está adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). Es un centro asistencial destinado al servicio hospitalario público en sus tres niveles, atención primaria, general y especializada.

Alcance y objetivo de la actuación

Evaluar selectivamente las operaciones administrativas ejecutadas por el HUC, con ocasión del proyecto de modernización y actualización de los equipos médicos y electromecánicos, y la rehabilitación, ampliación y mo-

dernización de la infraestructura y servicios de apoyo a la red pública de hospitales del país, ejecutados por el MPPS, Misión Barrio Adentro III, así como el manejo y control de los bienes asignados a esa institución hospitalaria, durante el lapso desde el año 2005 hasta el primer semestre de 2010.

Observaciones relevantes

De un universo de 162 equipos especializados para la realización de exámenes, diagnóstico y monitoreo en procesos de atención médica (Bs.F 11.409.926,71), se constató que sobre 49 de ellos (Bs.F 8.912.240) equivalente al 30,25%, el HUC no dispone de actas de Control Perceptivo donde conste la conformidad de la recepción de los equipos entregados por el MPPS, no obstante los artículos 35 y 36 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF), publicada en la Gaceta Oficial N° 37.347 de fecha 17-12-2001, referidos al sistema de control interno adoptado en el ente para salvaguardar el patrimonio público y la responsabilidad de la máxima autoridad de organizarlo; por su parte el punto 4.11.2 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos, contenidas en el Manual de Normas de Control Interno sobre un Modelo Genérico de la Administración Central y Descentralizada Funcionalmente (MNCIMGACDF), publicado en la Gaceta Oficial N° 38.282 de fecha 28-09-2005, señala que el control perceptivo debe realizarse en el momento de la recepción del bien adquirido. Tal situación se originó por la falta de mecanismos de control y seguimiento adecuados por parte de los responsables de la Unidad de Control Perceptivo y el Departamento de Bienes Nacionales del HUC, lo cual limita al instituto, verificar oportunamente la condición y el estado de los bienes recibidos.

Los 49 equipos médicos inspeccionados de la muestra no poseen las placas con el número de bien nacional. Al respecto, el artículo 39 de la LOCGRSNCF y 18 de su Reglamento (Gaceta Oficial N° 39.240 del 12-08-2009), establecen que es deber de las autoridades administrativas de cada departamento ejercer la vigilancia sobre el cumplimiento de las normas; en este sentido, el punto 4.11.3 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos contenidas en el MNCIMGACDF señala que

los entes deben tener los bienes debidamente identificados con etiquetas o marcas. Esta situación se debe a debilidades de control interno en el proceso de registro, control y salvaguarda de los equipos, lo que limita el control efectivo de los bienes y ocasiona pérdida de los equipos por no poseer el número que lo identifique.

Existe una diferencia que oscila entre 4 meses (del 09-11-2006 hasta el 07-03-2007) y 14 meses (del 29-09-2009 a noviembre de 2010), entre las fechas de las actas de Entrega y Recepción de los equipos entregados por el MPPS al HUC, y la fecha de su instalación, observando en algunos casos, la caducidad del tiempo de garantía. Al respecto los artículos 7 y 17 de la Ley Contra la Corrupción (LCC), publicada en la Gaceta Oficial N° 5.637 Extraordinario del 07-04-2003, establecen el deber de los funcionarios y empleados públicos de administrar y custodiar el patrimonio público con la mayor economía, eficiencia y eficacia. Esto se debe a la falta de coordinación entre el HUC y el MPPS, en cuanto a la adquisición y suministro de los equipos médicos, toda vez que se recibieron algunos equipos sin contar con el área debidamente acondicionada para su funcionamiento, lo que no permite a las autoridades del HUC comprobar oportunamente el correcto funcionamiento de los mismos y limitan la prestación adecuada del servicio, privando al colectivo el derecho fundamental a la salud en términos de calidad.

Se constató que 2 equipos estaban inoperativos por presentar fallas técnicas y otro en espera de acondicionamiento del ambiente donde debía ser instalado. Al respecto el artículo 20 de la Ley de Conservación y Mantenimiento de los Bienes Públicos (LCMBP), publicada en la Gaceta Oficial N° 38.756 del 28-08-2007, en concordancia con el punto 4.11.8 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos contenidas en el MNCIMGACDF, señalan la responsabilidad de cada ente y órgano de la conservación y mantenimiento preventivo y correctivo de los bienes, equipos y demás instalaciones, y la cláusula 1° literal 2 de las Normas Destinadas a Mejorar la Eficiencia de la Atención Médica (Gaceta Oficial N° 33.390 del 15-01-86), dicta que los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios tendrán como guía aplicar las normas y procedimientos necesarios para asegurar

el resguardo y conservación de los equipos médicos así como la infraestructura física. Esta situación se debe a que el HUC no dispone de un sistema de control interno adecuado para la efectiva protección y control de los equipos médicos recibidos de la Misión Barrio Adentro III, lo cual limita a la institución la prestación eficiente de sus servicios.

No se evidenció en el HUC el equipo UPS GALAXY 5000, entregado al HUC según Acta de Entrega y Recepción N° 10-MS-0013-A56 de fecha 11-03-2008 suscrita entre el MPPS y el Hospital. Al respecto el artículo 35 de la LOCGRSNCF en concordancia con los artículos 11 y 12 de su Reglamento, señalan que el sistema de control interno debe estar efectivamente implantado para salvaguardar el patrimonio público; por otra parte, el punto 4.11.6 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos, contenidas en el MNCIMGACDF, indica que en todos los organismos se deben crear registros permanentes y detallados de las entradas, salidas de los activos fijos que posibiliten su identificación, clasificación y control de su uso o disposición. Esta situación se originó por la falta de implementación de controles internos adecuados para el manejo de los bienes del instituto, lo cual limitó a la autoridad del HUC demostrar cabalmente el debido resguardo y utilización de los bienes que le son asignados.

Se constató que no fueron realizadas las obras de suministro e instalación de equipos de vacío y aire comprimido para el sistema de gases medicinales programadas por el MPPS a ser ejecutadas en el año 2008 en el HUC. Al respecto, la Ley Orgánica de Planificación (LOP), Gaceta Oficial N° 5.554 Extraordinario del 13-11-2001, establece en sus artículos 12 y 13, que la planificación debe ser perfectible mediante la evaluación, control, seguimiento, impacto y medición de los resultados; incorporar los ajustes necesarios; comprobar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidos en el plan. Tal situación obedece a la falta de coordinación en las actividades de planificación por parte de las autoridades del HUC y del MPPS (Misión Barrio Adentro III), para la realización de las obras programadas para ser ejecutadas en dicho centro de salud.

El área del Servicio de Emergencia del HUC presentaba áreas en malas condiciones, tales como, el baño con partes dañadas y las puertas principales presentaban impactos de balas, debido al mal trato y actos vandálicos. Al respecto, el artículo 3 de la Ley Orgánica de Salud (LOS), publicada en la Gaceta Oficial N° 36.579 del 11-11-98, dispone que estos servicios deben garantizar la protección de la salud de los habitantes del país conforme a principios básicos como el de calidad; asimismo los artículos 35 y 36 de la LOCGRSNCF, establecen que el sistema de control interno de cada órgano o ente comprenden el plan de organización, políticas, normas, métodos y procedimientos adoptados para salvaguardar el patrimonio público, y es responsabilidad de las máximas autoridades organizarlo. Tal situación se origina en la falta de planes de mantenimiento preventivo y correctivo adecuados, así como a la carencia de supervisión constante de las instalaciones del servicio de emergencia, lo que limita al HUC la prestación de un servicio óptimo en esta área de vital importancia en dicho Centro de Salud.

El HUC no cuenta con un registro de bienes nacionales confiable; en ese sentido se observó bienes que no cuentan con la información completa, como el nombre, modelo, marca, cantidad, departamento destinatario del bien, precio unitario, entre otros. Al respecto los artículos 35 y 36 de la LOCGRSNCF, establecen que el control interno es un sistema adoptado dentro de un organismo para salvaguardar sus recursos, y que corresponde a las máximas autoridades del ente organizarlo, mantenerlo y evaluarlo; asimismo el punto 4.11.6 de las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en Proyectos, contenidas en el MNCIMGACDF, señala que en todos los organismos de la administración central y descentralizada se deben crear y mantener registros permanentes y detallados de las entradas, salidas, traspasos y mejoras de los activos fijos que posibiliten su identificación, clasificación y control de su uso o disposición; y que al incorporarse cada bien, debe registrarse en una ficha, los datos básicos. Esta situación obedece a que los responsables del Departamento de Bienes Nacionales y la máxima autoridad del HUC no han logrado las diligencias necesarias a los fines de establecer un mecanismo de control interno idóneo para el manejo de los bienes del HUC, lo que limita a las autoridades el adecuado control y manejo de los mismos.

Se observaron cajas con medicamentos, ubicadas en los pasillos del servicio de Nefrología (piso 11) y del Económico (piso 1), deterioradas y con desechos potencialmente peligrosos e infecciosos (tapabocas, guantes y papel), no obstante que en el artículo 35 de la LOCGRSNCF y artículos 11 y 12 de su Reglamento, se establece que el control interno es un sistema que comprende los métodos y procedimientos adoptados dentro de un ente u organismo para salvaguardar sus recursos; por su parte el artículo 27 de la LOS, prevé que los servicios de saneamiento ambiental realizarán acciones destinadas al logro, conservación y recuperación de las condiciones saludables del ambiente; y las Normas para la Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud (NCMDES), establecen en sus artículos 20 y 21, como deben ser tratados los desechos, en cuanto al tiempo y condiciones. Tal situación obedece a que no se tomaron las previsiones para el debido almacenamiento de dichos medicamentos por lo que en consecuencia existe un riesgo de deterioro, contaminación o pérdida de estos insumos médicos, lo cual indica que el HUC no cuenta con mecanismos idóneos de control que le permitan el manejo eficiente de los mismos.

Conclusiones

El HUC presenta debilidades en la implementación de mecanismos de control interno vinculados con los equipos médicos y electromecánicos otorgados por el MPPS, y situaciones que no se ajustan a la normativa que regula la materia, en ese sentido se determinó que el HUC no cuenta con mecanismos eficaces para el control, disposición, seguimiento y mantenimiento de los mismos, por cuanto no se registraron los equipos adecuadamente en los libros y sistemas automatizados del Departamento de Bienes Nacionales y en algunos casos la documentación soporte de estos registros estaba incompleta por falta de actas de control perceptivo que permitiera verificar el estado inicial de cada equipo, además los equipos médicos seleccionados para su verificación (49 equipos) no poseen placas con número de bien nacional. En cuanto a la operatividad, se constató en primer lugar, que existe una diferencia entre la fecha del Acta de Entrega y Recepción y la fecha de instalación de los mismos de entre 4 y 14 meses; en segundo lugar se evidenciaron equipos inoperativos por fallas o en

espera del espacio físico para su instalación. Además no se evidenció en el HUC el equipo UPS GALAXY 5000, otorgado al Hospital según Acta de Entrega y Recepción suscrita por el MPPS. Se constató que no fueron ejecutadas las obras de infraestructura, correspondientes al suministro e instalación de equipos de vacío y aire comprimido para el sistema de gases medicinales, del programa Misión Barrio Adentro III para el HUC; se observaron áreas primordiales del Servicio de Emergencias en malas condiciones, asimismo, se evidenciaron cajas con medicamentos en los pasillos, deterioradas y con desechos potencialmente peligrosos e infecciosos, lo que no garantiza el adecuado funcionamiento del HUC.

Recomendaciones

Se insta al Consejo Directivo del HUC a:

- Girar las instrucciones pertinentes, para que se ejecute el proceso de control perceptivo oportunamente, al momento de ingreso de los equipos al hospital.
- Efectuar los trámites correspondientes, para la colocación del número de bien nacional a los equipos, de manera permanente, a fin de favorecer su control y resguardo.
- Establecer medidas necesarias, para realizar la instalación oportuna de los equipos médicos, a los efectos de comprobar el funcionamiento efectivo del equipo antes del vencimiento de la garantía.
- Girar las instrucciones necesarias, para efectuar las reparaciones de los equipos inoperativos y de las obras de infraestructura dañadas, y elaborar un plan anual de mantenimiento, tanto para los equipos médicos y electromecánicos como para las obras de infraestructura realizadas en el HUC.
- Empezar las acciones necesarias, para la ubicación del equipo UPS GALAXY 5000, señalado como otorgado al Hospital según acta de entrega y recepción N° 10-MS-0013-A56 de fecha 11-03-2008, suscrita entre el HUC y el MPPS.
- Coordinar con las autoridades del MPPS, las acciones necesarias a los fines de acometer en un lapso perentorio, previo ajuste de la planificación, las obras de suministro e instalación de equipos de vacío y aire comprimido para el sistema de gases medicinales; así como las reparaciones de las áreas del Servicio de Emergencia,

en función de las disponibilidades presupuestarias asignadas al respecto.

- Tomar las medidas necesarias, para actualizar y sincerar los registros e inventarios de los bienes del HUC, a fin de garantizar su vigilancia, control y administración adecuada.
- Tomar las acciones necesarias, para la disposición de los medicamentos ubicados en los pasillos del HUC, en un sitio adecuado de acuerdo al estado de los mismos.

INSTITUTO DE PREVISIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN (IPASME)

OPERACIONES ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS

El Instituto de Previsión y Asistencia Social para el Personal del Ministerio del Poder Popular para la Educación (IPASME), es un ente descentralizado funcionalmente con forma de Derecho Público, de acuerdo con lo establecido en el artículo 29, numeral 2 de la Ley Orgánica de la Administración Pública (LOAP). Fue creado el 23-11-1949, mediante Decreto Ley N° 337 de la Junta Militar de Gobierno, como Instituto Autónomo, en respuesta a las demandas de los educadores y comienza a funcionar efectivamente el 01-05-1950; posteriormente mediante decreto N° 513 de fecha 09-01-1959 (Gaceta Oficial N° 25.861 del 13-01-1959), se publica el Estatuto Orgánico del IPASME, vigente en la actualidad. Está bajo la tutela del Ministerio del Poder Popular para la Educación (MPPE), y tiene como función la protección social y el mejoramiento de las condiciones de vida de sus miembros, parientes inmediatos de éstos y de sus herederos. El presupuesto de Ingresos y Gastos del IPASME, para el ejercicio fiscal 2003, fue por Bs.F 350.368.110,00, y para el ejercicio fiscal 2004, fue de Bs.F 511.619.170,00.

Alcance y objetivo de la actuación

La actuación se orientó a evaluar selectivamente las operaciones administrativas y financieras, relacionadas con el proceso de compras de insumos y/o equipos médicos odontológicos, así como lo relativo a los aportes patronales y las deducciones salariales por concepto de Seguro Social Obligatorio (SSO), realizadas por el IPASME durante los años 2003 y 2004.

Observaciones relevantes

Se observó que la Dirección de Administración del IPASME durante el año 2003, emitió 55 órdenes de compra por Bs.F 9.183,06 cada una, por conceptos similares, que totalizan Bs.F 505.068,30, sin que en dicho proceso privara la aplicación de algún tipo de procedimiento licitatorio; asimismo, no fueron suministrados los actos motivados que justificaran la selección de sólo dos empresas contratistas proveedoras de dichos materiales, ahora bien, considerando que las compras efectuadas, presentaban características semejantes, las órdenes de compra se emitieron entre el 28-10-2003 y el 04-11-2003, es decir con una diferencia de 8 días, y el monto total de las compras con base al valor de la Unidad Tributaria (U.T.), fijada para el año 2003 de Bs.F. 19,40 (Gaceta Oficial N° 37.625 del 05-02-2003), representó un total de 26.034,44 U.T., monto que de acuerdo a lo establecido por la Ley de Licitaciones (LL), publicada en la Gaceta Oficial N° 5.556 de fecha 13-11-2001, vigente para la fecha en que se efectuaron las compras, debió procederse para la selección del contratista a través del procedimiento de Licitación General o Selectiva si la máxima autoridad, mediante acto motivado, justifica su procedencia. Al respecto, es importante destacar que los artículos 5 numerales 10, 87 y 88 de la LL, establecen que la Adjudicación Directa es un procedimiento excepcional de selección del contratista, en que éste es seleccionado por el ente contratante, si el contrato a ser otorgado es por un precio estimado de hasta 1.100 U.T., adicionalmente, establece que se puede proceder por Adjudicación Directa, independientemente del monto de la contratación, siempre y cuando la máxima autoridad del ente, mediante acto motivado, justifique adecuadamente, su procedencia, asimismo, el artículo 61 de la Ley en comento, establece que se procederá por Licitación General en el caso de adquisición de bienes o contratación de servicios si el contrato a ser otorgado es por un monto estimado superior de 11.000 U.T., lo que equivale, de acuerdo al valor de la U.T. de Bs.F 19,40, establecido para el año 2003, a Bs.F 213.400,00; de igual forma, los artículos 72 y 73 *eiusdem* establecen que se debe proceder por Licitación Selectiva para la adquisición de bienes, si el contrato a ser otorgado es por un precio estimado desde 1.100 U.T. y hasta 11.000 U.T., lo que equivale a montos que van desde Bs.F 21.340,00 hasta Bs.F. 213.400,00; igualmente, establece

que puede también procederse por Licitación Selectiva, siempre y cuando la máxima autoridad del ente contratante, mediante acto motivado, justifique adecuadamente su procedencia, por su parte, el numeral 5 del artículo 38 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF), publicada en la Gaceta Oficial N° 37.347 del 17-12-2001, establece que antes de proceder a la adquisición de bienes que impliquen compromisos financieros, los responsables deben asegurarse del cumplimiento de los términos establecidos en la LL y demás normativa aplicable. Lo anteriormente expuesto, obedece a debilidades en el proceso de planificación del IPASME, ya que no se estimaron, consideraron y proyectaron con anticipación, los requerimientos de los materiales médico odontológicos necesarios para el funcionamiento operativo de las unidades Médico Odontológicas, toda vez que se emitieron un número significativo de órdenes de compra para un mismo tipo de materiales, así como, a la toma de decisiones basados en criterios y procedimientos distintos a los que correspondía aplicar de acuerdo al monto de la compra y a las características de los materiales que se iban adquirir. En consecuencia, las adquisiciones de dichos materiales fueron realizadas, sin permitir la participación de la máxima cantidad de empresas requeridas, situación que no garantiza el cumplimiento de los principios de economía, transparencia, honestidad, eficiencia, competencia e igualdad, los cuales tienden a lograrse mediante los procesos licitatorios, por lo tanto, no se ofrecieron las mayores ventajas en cuanto a precios, calidad y oportunidad de entrega del material adquirido.

En el IPASME, no se evidenciaron los “Programas de Necesidades” de las distintas unidades organizativas regionales referentes a las compras de los materiales médicos odontológicos correspondientes a los años 2003 y 2004. Al respecto, el artículo 23 de la LL, vigente para la fecha de las operaciones, establece que los entes sujetos a la Ley referida, están en la obligación de remitir al Servicio Nacional de Contrataciones (SNC), en el mes de octubre la programación de obras, servicios y adquisición de bienes a contratar para el próximo ejercicio fiscal. Lo antes expuesto, denota la falta de implementación de mecanismos adecuados de control interno y supervisión efectiva en los procesos de planificación de las compras que se realizaron durante los

citados años, ya que no se proyectaron ni estimaron con anticipación los requerimientos de los insumos necesarios para el funcionamiento operativo de las Unidades Médico Odontológicas del IPASME y las compras se realizaron sin considerar los principios constitucionales de transparencia, legalidad y eficacia en la utilización de los recursos presupuestarios, lo que limita a ese Instituto a ejercer el control sobre su gestión y disponer de información confiable sobre las transacciones ejecutadas para las compras referidas.

Se constató que el IPASME, presentaba una deuda con el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), correspondientes al período desde el 31-08-2005 al 30-06-2009, por Bs.F 31.982.157,00, sin que se evidenciara gestiones por parte del IPASME para materializar el pago respectivo al IVSS. No obstante, que el artículo 63 de la Ley del Seguro Social Obligatorio (Gaceta Oficial N° 4.322 de fecha 03-10-1991) y el 104 de su Reglamento (Gaceta Oficial N° 35.302 de fecha 22-09-1993), señalan que los patronos y los trabajadores sujetos al régimen del SSO están en la obligación de pagar la parte de cotización que determine el Ejecutivo Nacional, el patrono que no pague las cotizaciones propias y las de su personal en la oportunidad que señale el instituto, pagará un interés de mora, lo que no se ajusta a lo establecido en el artículo 86 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, según el cual toda persona tiene derecho a la Seguridad Social como servicio público, que garantice la salud y protección en contingencias del trabajador (enfermedad, invalidez, riesgos labores etc). La situación planteada, tiene su origen en la falta de supervisión por parte de los responsables del Área y de la máxima autoridad del IPASME del deber que tiene ese instituto, de contribuir con la seguridad social de sus trabajadores, así como, a las debilidades de los mecanismos de control interno de los procedimientos relativos a las retenciones y pagos de las cotizaciones del Seguro Social; en consecuencia no se garantiza la entrega oportuna de dichas contribuciones al IVSS; lo que acarrea que el, mantenga pasivos con el IVSS y ocasiona pagos adicionales por concepto de los intereses de mora que se generan, y afecta a sus trabajadores, considerando que parte de estos recursos provienen de sus contribuciones, a los fines de contar con la protección de la seguridad social en las contingencias de enfermedades, invalidez, sobrevivencia y vejez. Es

necesario resaltar la importancia que tiene para el Estado venezolano la seguridad social de sus trabajadores, por lo que se convierte en un derecho social fundamental, la cual debe responder a los conceptos de solidaridad, universalidad, integridad, unicidad, participación y eficiencia, tal como lo establece en su exposición de motivos Capítulo V, título III de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, siendo el IVSS, constituido como un sistema de seguros obligatorios que recibe aportes de los trabajadores, los patronos y el sector público, quien dará la protección de la seguridad social a sus beneficiarios en las contingencias de vejez, enfermedad, accidentes, invalidez, retiro, cesantía o paro forzoso.

Conclusiones

De los resultados obtenidos, de la evaluación selectiva efectuada a las operaciones administrativas y financieras realizadas por el IPASME, para la compra de insumos y/o equipos odontológicos, así como, lo relativo a los aportes patronales y deducciones salariales por concepto de SSO, durante el año 2003 y 2004, se determinaron situaciones que no se ajustan a la normativa que regula la materia y contrarias a los principios que rigen las actividades administrativas, no acordes con una planificación adecuada, así como debilidades en el sistema de control interno, que inciden en el correcto manejo de los recursos y por consiguiente afectan el patrimonio público, toda vez que el IPASME realizó compras de materiales médicos odontológicos sin que se efectuara en dicho proceso la aplicación de los procedimientos de selección de contratistas previstos en la Ley de Licitaciones, vigente para el momento de la negociación; no se elaboró una programación de las necesidades de las unidades organizativas regionales relacionadas con las estimaciones de las compras de los insumos y/o equipos odontológicos. En cuanto a los aportes y retenciones realizadas a los trabajadores del instituto, correspondientes al SSO se determinó que el IPASME para el primer semestre del año 2009, presentaba una deuda con el IVSS de Bs.F. 31.982.157,00, lo que genera pagos adicionales por los intereses de mora que se generan, y no aseguran la protección de la Seguridad Social que deben brindar a sus trabajadores en las contingencias de enfermedades, accidentes, invalidez, cesantía y vejez, como derecho social

fundamental previsto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, situaciones que no garantizan el manejo adecuado de los recursos asignados al IPASME, para el cumplimiento de su objeto de creación.

Recomendaciones

Se insta al Presidente y demás miembros de la Junta Administradora del IPASME a:

- Empezar las acciones necesarias, dirigidas a implantar efectivas prácticas de planificación, así como, medidas de control interno, en la aplicación de los procedimientos establecidos en la normativa que regula la materia, para la adquisición de insumos y/o equipos odontológicos, que garanticen la selección de la oferta más conveniente, en cumplimiento de los principios de economía, transparencia, honestidad, igualdad, competencia y publicidad que deben estar presentes en la selección de proveedores o contratistas.
- Girar las instrucciones pertinentes a la Dirección de Administración y a la Unidad de Compras y Suministros, a los fines de asegurar la elaboración de las programaciones anuales de la adquisición de materiales y/o equipos a realizarse en cada ejercicio fiscal de las distintas unidades que conforman el Instituto, por cuanto la planificación es un elemento clave del sistema de control interno.
- Empezar las acciones necesarias en un lapso perentorio de sesenta (60) días y proceder a realizar el pago de Bs.F. 31.982.157,00 al IVSS, correspondientes a las cotizaciones del SSO de sus trabajadores, a los fines de no generar pagos adicionales por concepto de intereses de mora; así como garantizar a sus trabajadores, la protección de la seguridad social ante posibles contingencias de enfermedades, invalidez y vejez, derecho social fundamental previsto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

INSTITUTO NACIONAL DE LA MUJER (INAMUJER)

SEGUIMIENTO DE LA ACCIÓN CORRECTIVA

El Instituto Nacional de la Mujer (INAMUJER) es un Instituto Autónomo, creado mediante Ley (Gaceta Oficial N° 4.653 Extraordinario de fecha 28-09-93). Está adscrito al

Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género (MPPMIG), según Decreto N° 6.663 de fecha 02-04-2009 (Gaceta Oficial N° 39.156 de fecha 13-04-2009), tiene como finalidad, intervenir en la formulación de políticas públicas que afectan a la mujer en los campos de interés para éstas, tales como los de salud, educación, formación, capacitación, empleo, ingresos y seguridad social. Los Presupuestos de Ingresos y Gastos de INAMUJER según Gacetas Oficiales Nos. 5.743, 5.795, 5.828, 5.861, 5.900, 5.945 Extraordinarios de fechas 13-12-2004, 20-12-2005, 11-12-2006, 11-12-2007, 15-12-2008 y 15-12-2009, respectivamente, para los ejercicios fiscales 2005 al 2010, fueron aprobados por Bs.F 5.460.291,00 millones, Bs.F 8.715.884,00, Bs.F 8.227.432,00 millones, Bs.F 22.528.044 millones, Bs.F 37.620.747,00 millones y Bs.F 115.804.450,00 millones, respectivamente.

Alcance y objetivo de la actuación

La actuación se orientó a evaluar las acciones correctivas implementadas por la máxima autoridad jerárquica del INAMUJER, durante los años 2005 al 2010, en atención a las observaciones y recomendaciones formuladas por esta Contraloría General de la República en el Informe Definitivo N° 76 de fecha 05-11-2004, y el sistema de control interno en el manejo de los recursos asignados a ese instituto; así como verificar la situación actual de dicho sistema, el manejo y el control de los bienes asignados a la Institución, y la administración del recurso humano.

Observaciones relevantes

La máxima autoridad de INAMUJER no implementó un plan de acciones correctivas fundamentado en las recomendaciones formuladas por este Máximo Órgano de Control Fiscal en el Informe Definitivo N° 76 de fecha 05-11-2004, el cual debía estar orientado a efectuar los correctivos necesarios, con la finalidad de coadyuvar en la implantación de una sana administración que garantizara el manejo transparente y adecuado de los recursos públicos. Al respecto, los artículos 10 literal d) de las Normas Generales de Control Interno (NGCI); 27 de las Normas Generales de Auditoría de Estado (NGAE) y el artículo 8 numeral 3 de las Normas para el Funcionamiento Coordinado de los Sistemas de

Control Externo e Interno (NFCSCIEI), publicadas en la Gaceta Oficial N° 36.229 del 17-06-97, establecen el deber de los niveles directivos y gerenciales de los organismos y entidades de evaluar las observaciones y recomendaciones formuladas por los organismos y dependencias encargados del control fiscal interno y externo, y promover la aplicación de las respectivas medidas correctivas, a cuyos fines, deben adoptar las medidas inmediatas tendentes a corregir las deficiencias señaladas en el informe de auditoría. Tal situación obedece, a que las máximas autoridades de INAMUJER no han implementado un sistema de control interno apropiado, que les permita adecuar el funcionamiento del instituto atendiendo cabalmente las disposiciones legales y reglamentarias que lo regulan, lo cual trae como consecuencia que no se garantizara que en atención a las debilidades detectadas se implementaran acciones inmediatas en la gestión administrativa de INAMUJER.

INAMUJER no remitió al organismo de adscripción, ni a la Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRE) los proyectos de los presupuestos de ingresos y gastos, los informes trimestrales de la ejecución física y financiera del presupuesto, ni el informe del respectivo cierre presupuestario, correspondientes a los años 2005, 2006 y 2007, no obstante que el artículo 12 de la Ley de Presupuesto para los ejercicios fiscales referidos en concordancia con el artículo 59 numeral 2 de Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP), publicada en Gacetas Oficiales Nos. 38.198 y 38.648, de fechas 31-05-2005 y 20-03-2007, respectivamente, vigentes para el período citado establecen que los entes descentralizados funcionalmente sin fines empresariales, informarán trimestralmente a las Comisiones Permanentes de Finanzas y de Contraloría de la Asamblea Nacional, acerca de los resultados de su ejecución presupuestaria y de su gestión, y que la información a que se refiere dicho artículo, también será remitida a la ONAPRE, la Oficina Nacional de Contabilidad (ONCOP) y a la Superintendencia Nacional de Auditoría Interna (SUNAI). La situación expuesta obedece a la falta de controles internos y de supervisión en el proceso presupuestario, lo cual limita al instituto, dar cabal cumplimiento a las disposiciones legales que regulan la materia, lo que limita el ejercicio de las atribuciones conferidas en la Ley de Presupuesto, a las Comisiones Permanentes de Finanzas y de Contraloría

de la Asamblea Nacional, así como a la ONCOP, SUNAI y a la ONAPRE.

De la inspección *in situ*, realizada el 23-07-2010, en el piso 1 de la sede de INAMUJER, se observó en el área de la terraza, la existencia de un lote de bienes conformados por computadoras, escritorios, estantes, archivadores, extintores y filtros de agua que estaban a la intemperie, propensos al deterioro, y no existe un informe, de la Dependencia de Bienes Nacionales de INAMUJER, que justifique la ubicación de los referidos bienes. Al respecto, el artículo 17 de la Ley Contra la Corrupción (LCC), publicada en la Gaceta Oficial N° 5.637 Extraordinario del 07-04-2003, establece el deber de los funcionarios públicos de administrar los bienes con criterios de racionalidad y eficiencia; y el artículo 5, numeral 1 de la Ley de Conservación y Mantenimiento de los Bienes Públicos (LCMBP), Gaceta Oficial N° 38.756 de fecha 28-08-2007, señala que el Estado intervendrá en la conservación, mantenimiento y protección para garantizar la calidad de los bienes públicos y privados de uso público y resguardarlos del deterioro prematuro. Tal situación se debe a la falta de planificación por parte de los niveles operativos en la materia y de la máxima autoridad de INAMUJER, en la implementación de acciones orientadas a solucionar los problemas básicos en el manejo de los bienes obsoletos, deteriorados o faltantes; dicha situación ha traído como consecuencia que los bienes muebles se deterioren, limitando el uso adecuado del bien por parte del ente y la comunidad.

Se observó que el instituto no dispone de un registro permanente y detallado de las salidas, traspasos y mejoras de los bienes que posibiliten su identificación, clasificación y control de uso y el Área de Bienes Nacionales no se realizó en forma periódica o por lo menos una vez al año, la verificación física de la situación de los bienes que le han sido adscritos. Al respecto, los artículos 35 y 36 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República (LOCGRSNCF), publicada en Gaceta Oficial N° 37.347 de fecha 17-12-2001 vigente para el período evaluado, en concordancia con el 11 y 14 de su Reglamento, establecen que el control interno es un sistema adoptado dentro de un organismo para salvaguardar sus recursos y verificar la exactitud y veracidad de su información financiera y

administrativa, y corresponde a las máximas autoridades del ente organizar, por su parte las Normas Básicas de Control Interno de Bienes e Inversiones en proyectos, contenidas en el Manual de Normas de Control Interno sobre un Modelo Genérico de la Administración Central y Descentralizada Funcionalmente (MNBCIMGACDF), publicada en Gaceta Oficial N° 38.282 de fecha 28-09-2005, establecen que se crearán y mantendrán registros permanentes y detallados de las entradas, salidas, traspasos y mejoras de los activos fijos que posibiliten su identificación, clasificación y control de su uso o disposición, y que por cada bien que se incorpore, se debe llenar una ficha que incluya: fecha de compra, costo del bien, N° de orden de compra, serial, unidad administradora donde estará ubicado y el responsable patrimonial. Esta situación tiene su origen en la falta de diligencia de los niveles operativos con competencia en la materia, y de las máximas autoridades del instituto, en establecer controles internos que regulen el proceso de registro permanente detallado de las entradas, salidas, traspaso, mejoras, adquisición, desincorporación de los bienes de INAMUJER, incidiendo dicha situación en la adecuada administración de los inventarios de los Bienes Nacionales de INAMUJER.

Se determinó, que INAMUJER no dispone de las facturas, ni las órdenes de compra y solicitudes de pago de 5 vehículos y una moto; por otra parte 2 vehículos y la moto, no estaban registrados en el listado de bienes asignados al Instituto; no contaban con los certificados de Registro y Circulación de 8 vehículos y 2 motos y no disponía de una póliza de seguro que amparara los vehículos. Sobre el particular, los artículos 35 y 36 de la LOCGRSNCF, establecen que el control interno es un sistema que comprende planes, políticas, normas, métodos y procedimientos adoptados dentro de un organismo para salvaguardar sus recursos, y corresponde a las máximas autoridades del ente organizar, mantener y evaluar el sistema de control interno y los artículos 7 y 17 de la LCC señalan el deber de los funcionarios públicos de administrar el patrimonio público con criterios de racionalidad y eficiencia. La referida situación obedece a la falta de diligencia de los niveles operativos con competencia en el manejo de los bienes del instituto y de las máximas autoridades, en establecer controles internos en el manejo de la conformación del respectivo expediente de

los bienes, lo cual originó que INAMUJER no contara con la debida documentación y registro que justificara el gasto y documentos legales de dichos vehículos.

En INAMUJER se contrató personal para ejercer funciones administrativas durante los años 2008, 2009 y 1er. semestre de 2010, conformado por un 77,63%, 82,91% y 86,35%, respectivamente, del total del personal que trabajó en el instituto para esos años, no obstante, que el artículo 37 de la Ley del Estatuto de la Función Pública (LEFP), publicada en Gaceta Oficial N° 37.522 del 06-09-2002 señala que, solo se podrá proceder por la vía del contrato en aquellos casos en que se requiera personal altamente calificado para realizar tareas específicas y por tiempo determinado, prohibiendo la contratación de personal para realizar funciones correspondientes a los cargos previstos en dicha Ley conforme al principio de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos. Esta situación se presenta por la desorganización administrativa existente en el instituto, así como a la falta de mecanismos de control interno adecuados dirigidos a delimitar las vías de ingresos del personal que establezcan políticas, normas y procedimientos, ajustados a la normativa legal aplicable; en ese sentido, no existe la debida coordinación y participación de la Oficina de Recursos Humanos que asesore a la máxima autoridad de INAMUJER sobre la materia; esto trae como consecuencia, por una parte que las personas que ingresan de manera provisional (contratados), no se les efectúa evaluación alguna, a fin de ratificarlos o revocarlos en los cargos.

Conclusiones

En INAMUJER persisten debilidades en el sistema de control interno, en los procesos administrativos, presupuestarios y financieros, y presenta además situaciones que no se ajustan a la normativa legal que regula su funcionamiento, por cuanto la máxima autoridad del Instituto no implementó un plan de acciones correctivas fundamentado en las conclusiones y recomendaciones formuladas por este Máximo Órgano de Control Fiscal en el Informe Definitivo N° 76 de fecha 05-11-2004; Adicionalmente se determinó que existen fallas de control interno en lo que respecta al proceso presupuestario, al no ajustarse a la normativa legal

y sublegal que regula la materia, toda vez que INAMUJER no remitió al organismo de adscripción, ni a la ONAPRE los proyectos de los presupuestos de ingresos y gastos, los informes trimestrales de la Ejecución Física y Financiera del Presupuesto, ni el informe del respectivo cierre presupuestario correspondiente a los años 2005, 2006 y 2007; en el instituto existen fallas en el control de los bienes no ajustadas al marco legal regulatorio, ya que se constató la existencia de un lote de bienes a la interperie, propensos al deterioro, y el instituto no dispone de un registro permanente y detallado de las entradas, salidas, traspasos y mejoras de los bienes que posibiliten su identificación, clasificación y control de uso; y el instituto no cuenta con una póliza de seguro que garantice la salvaguarda de los vehículos que forman parte del parque automotor. Asimismo se contrató personal para desarrollar actividades administrativas durante los años 2008, 2009 y 1er. semestre de 2010, que estaba conformado por el 77,63%, 82,91% y 86,35%, respectivamente, del personal total del Instituto, situación que contrae lo que exige la normativa.

Recomendaciones

Se insta a la Presidenta y demás miembros del Directorio Ejecutivo de INAMUJER a:

- Adoptar a través de un plan las acciones necesarias dirigidas a revisar, actualizar y aprobar la normativa interna que regula a INAMUJER, a fin de adecuarla a la naturaleza, estructura y fines del Instituto, así como vigilar su implementación y uso obligatorio.
- Establecer un sistema de control interno adecuado en el proceso presupuestario, que permita el registro de la Ejecución Física, Financiera y Presupuestaria, y el Cierre Presupuestario de INAMUJER en su debida oportunidad, a los fines de ejercer un adecuado control y seguimiento de la gestión presupuestaria y realizar los respectivos análisis que contribuyan a la toma de decisiones basadas en información suficiente y pertinente, y rendir cuenta a los órganos y entes con competencia en la materia.
- Tomar las medidas necesarias para solucionar a corto plazo, la situación de los bienes que se encuentran por desincorporar y establecer mecanismos de control interno adecuados, que permitan el registro permanente y detallado de las entradas, salidas, traspasos y mejoras

de los bienes pertenecientes a INAMUJER que posibiliten su identificación, clasificación y control de uso.

- Establecer los mecanismos de control interno necesarios, para la custodia y resguardo de la documentación soporte de las adquisiciones de los vehículos de INAMUJER, a los fines de que estén suficientemente respaldadas y justificadas, así como emprender acciones dirigidas a considerar en la planificación del gasto la contratación de la póliza de seguro de los bienes públicos.
- Instar a la oficina de Recursos Humanos, a los fines de que las actividades administrativas, se planifiquen en función del principio de economía y eficiencia, en cuanto a la asignación del recurso humano para realizar dichas actividades, a fin de dar cumplimiento a la normativa legal y sub-legal que regula la materia.

SERVICIO AUTÓNOMO HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY (SAHCM)

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

El Hospital Central de Maracay, fue puesto en marcha el 20-01-71, mediante Decreto N° 799 del 09-01-97, publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria del estado Aragua N° 488 del 13-01-97, pasó a ser Servicio Autónomo Hospital Central de Maracay (SAHCM), adscrito a la Corporación de Salud del estado Aragua (CORPOSALUD-Aragua). Está enfocado hacia la atención médica, la docencia, la investigación, la formulación de planes y programas institucionales, en función de las políticas nacionales y regionales de salud, ejerciendo funciones curativas y de rehabilitación conforme a las normas administrativas y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de la Salud Pública Institucional. Recibe los fondos del MPPS, a través de CORPOSALUD-Aragua. Los presupuestos aprobados durante los años 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010, fueron de Bs.F 38.378,77; Bs.F 53.743,94; Bs.F 55.804,31; Bs.F 55.804,31; Bs.F 94.287,23 y Bs.F 79.007,75, respectivamente.

Alcance y objetivo de la actuación

Evaluar selectivamente las operaciones administrativas ejecutadas por el SAHCM, con ocasión del Proyecto de Modernización y Actualización de los Equipos Médicos y Electromecánicos, así como, la Rehabilitación, Ampliación

y Modernización de la Infraestructura y Servicios de Apoyo a la Red Pública de Hospitales del País, ejecutados por el MPPS-Misión Barrio Adentro III, durante el período desde el año 2005 hasta el primer semestre de 2010, así como, el sistema de control interno y las actividades relacionadas con el manejo de los desechos generados en el hospital.

Observaciones relevantes

De un universo de 214 equipos médicos (Bs.F 8.467.003,17), entregados al SAHCM a través de la Misión Barrio Adentro III, se tomó una muestra de 74 equipos (Bs.F 3.906.700,84), equivalentes al 36,14%, sobre lo cual se constató que 41 se encontraban inoperativos, toda vez que presentaban fallas en su funcionamiento, falta de repuestos y/o piezas claves para su operatividad o se encontraban en reparación, no obstante que los artículos 35, 36 y 39 de la Ley Orgánica de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control Fiscal (LOCGRSNCF), publicada en la Gaceta Oficial N° 37.347 del 17-12-2001, así como, los artículos 11, 14 y 18 de su Reglamento (Gaceta Oficial N° 39.240 del 12-08-2009), establecen que corresponde a las máximas autoridades jerárquicas establecer y mantener un sistema de control interno adecuado a la naturaleza, estructura y fines de la organización, que comprenda el plan de organización, políticas, métodos, normas y procedimientos para salvaguardar sus recursos. Igualmente, el Manual de Normas de Control Interno sobre un Modelo Genérico de la Administración Central y Descentralizada Funcionalmente (MNCIMGACDF), Gaceta Oficial N° 38.282 del 28-09-2005, señala en su numeral 4.11.8, que los organismos o entes de la Administración Pública deben utilizar los bienes y servicios del Estado, exclusivamente para los fines previstos en la programación de sus operaciones. Esto obedece a la ausencia de una efectiva supervisión por parte de las máximas autoridades y responsables de cada unidad, así como, de acciones y procedimientos dirigidos a conservar y salvaguardar los equipos médicos de acuerdo a sus especificaciones técnicas, lo cual no garantiza una óptima operatividad continua, confiable y segura de los equipos instalados en beneficio del usuario.

Se constató que 3 plantas eléctricas; 2 ascensores de uso público y carga; 2 equipos de esterilización; 26 equipos

de climatización, y 1 incinerador se encontraban fuera de servicio, en tanto que las bombas de agua, vapor, achique, vacío e hidroneumático funcionaban en un 70% y 80%, de su capacidad máxima operativa (100%), en este sentido, los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución de República Bolivariana de Venezuela (Gaceta Oficial N° 5.908 Extraordinario del 19-02-2009) resaltan el papel fundamental del Estado en cuanto a que éste es por antonomasia, el garante y principal proveedor de los servicios asistenciales y curativos dirigidos al colectivo. Asimismo, los artículos 7 y 17 de la Ley Contra la Corrupción (LCC), Gaceta Oficial N° 5.637 Extraordinario del 07-04-2003, establecen el deber de los funcionarios públicos de administrar y custodiar el patrimonio público con decencia y eficiencia, en concordancia con el artículo 36 de la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOCGRSNCF), Gaceta Oficial N° 39.164 del 23-04-2009, artículo 14 de su Reglamento y los artículos 131 y 134 de la LOAFSP, los cuales señalan que el sistema de control interno tiene por objeto asegurar y salvaguardar los recursos que integran el patrimonio público y la responsabilidad de la máxima autoridad de mantenerlo, adicionalmente, el artículo 39 de la LOCGRSNCF, y 18 de su Reglamento, prevén que las autoridades administrativas de cada departamento específico deberán ejercer vigilancia sobre el cumplimiento de las normas constitucionales y legales de los planes y políticas, y de los instrumentos de control interno; por su parte, el artículo 792 del Reglamento de las Condiciones de Higiene y Seguridad en el Trabajo (RCHST), Gaceta Oficial N° 1.631 Extraordinario del 31-12-1973, señala que toda parte de equipo, máquina o herramienta que esté expuesto al desgaste o ruptura por la acción del tiempo o del uso y que en razón a la función que cumple pueda ser origen de un accidente, deberá ser sometida a un mantenimiento preventivo adecuado. Igualmente, el numeral 4.11.8 del MNCIMGACDF, indica que el jefe de la unidad a la que han sido adscritos los bienes es responsable del mantenimiento de los mismos. Esto se debe a que las autoridades del hospital coordinadamente con el MPPS y CORPOSALUD-Aragua, no han formulado las acciones necesarias para establecer un plan de mantenimiento de los equipos electromecánicos, así como, a la ausencia de supervisión que coadyuven a detectar oportunamente las fallas presentadas en los mismos, lo cual no garantiza la

efectividad y confiabilidad de los resultados obtenidos de los distintos exámenes médicos practicados al personal, usuario y paciente del hospital, aunado al riesgo para el ser humano por el uso de equipos en los cuales no está asegurado su operatividad a un nivel óptimo.

Se evidenció que la Fundación de Edificaciones y Equipamientos Hospitalarios (FUNDEEH), durante los años 2007 y 2008, inició 8 obras de infraestructuras en el SAHCM por Bs.F 16.601.553,12; sin embargo, 3 no habían sido concluidas a octubre 2010, y en la Gerencia de Infraestructura y Mantenimiento del hospital, no existen los documentos soportes que justifiquen la acción de control y seguimiento que debió ejercer sobre las citadas obras, no obstante, que el artículo 12 del Decreto de Creación del SAHCM N° 799 del 09-01-97, prevé que dicha Gerencia tiene por objeto planificar, organizar, coordinar, controlar y vigilar todos los procesos preventivos y correctivos inherentes a la infraestructura, instalaciones y equipos del hospital. Asimismo, los artículos 35 y 39 de la LOCGRSNCF y artículos 11, 14 y 18 de su Reglamento, señalan que los jefes de cada departamento, deberán ejercer vigilancia sobre el cumplimiento de las normas constitucionales y legales, de los planes y políticas, y de los instrumentos de control interno. Esto obedece a la falta de coordinación de las actividades inherentes a la ampliación y modernización entre la dependencia de salud y los órganos involucrados en el proceso, que permitieran establecer los mecanismos de control interno y de toma de decisiones con respecto a la ejecución de las obras referidas, limitando a la Gerencia de Infraestructura y Mantenimiento tener el control de su gestión para prestar el servicio de la salud en términos de la calidad exigida en la Constitución.

La estructura organizativa del SAHCM, no está actualizada, ni cuenta con un Reglamento Interno, no obstante, los artículos 35 y 36 de la LOCGRSNCF y artículos 11, 14 y 18 de su Reglamento establecen que corresponde a la máxima autoridad jerárquica del ente, la responsabilidad de organizar, establecer, mantener y evaluar el sistema de control interno, el cual debe ser adecuado a la estructura y fines del ente; por su parte, el artículo 37 *ejusdem* señala que cada entidad del sector público elaborará, en el marco de las normas básicas dictadas por este Máximo Órgano

de Control Fiscal las normas, manuales de procedimientos y demás instrumentos para el funcionamiento del sistema de control interno. La situación planteada obedece a que la máxima autoridad no tomó de manera oportuna ante la instancia competente del MPPS, la decisión relativa a la formalización de la nueva estructura del hospital en función de los cambios organizacionales exigidos, así como, al atraso en la elaboración de tal instrumento normativo por parte de los responsables de las unidades administrativas que conforman el SAHCM. Por consiguiente, las actividades y funciones en el SAHCM, se realizan sin contar con una normativa interna actualizada, lo que no garantiza un adecuado sistema de control interno e incide en que el personal no disponga de herramientas de consultas, que le permitan salvaguardar los recursos y conservar las mejores prácticas.

De 74 equipos médicos, se evidenció que 10, no poseen el número de registro de bien nacional, no obstante, los artículos 35 y 36 de la LOCGRSNCF y artículo 14 de su Reglamento, señalan la competencia de la máxima autoridad jerárquica del ente u organismo en salvaguardar la exactitud y veracidad de la información mediante la implantación de un sistema de control interno adecuado a los fines y naturaleza de la organización. De igual manera, el numeral 4.11.6 del MNCIMGACDF, indica que en todos los organismos de la administración central y descentralizada funcionalmente se crearán y mantendrán registros permanentes y detallados de las entradas, salidas, trasposos y mejoras de los activos fijos que posibiliten su identificación, clasificación y control de uso o disposición. Tal situación se debe a la falta de implementación de mecanismos adecuados de control interno y supervisión efectiva, dirigidos a detectar oportunamente las desviaciones ocurridas, lo que en consecuencia, no permite a la gerencia del hospital la administración, registro, control, guarda y custodia de todos los bienes nacionales de acuerdo a la normativa legal vigente.

Se evidenció la existencia de un lote de medicamentos vencidos, no obstante, el artículo 49 de la Ley sobre Sustancias, Materiales y Desechos Peligrosos (LSMDP), Gaceta Oficial N° 5.554 Extraordinario del 13-11-2001, señala que los medicamentos vencidos o que se retiren de la venta por razones sanitarias son considerados desechos peligrosos y

deberán ser destruidos de acuerdo con las disposiciones de esta Ley y la reglamentación que rige la materia. Por su parte el artículo 62 de la Ley de Residuos y Desechos Sólidos (LRDS), Gaceta Oficial N° 38.068 del 18-11-2004, indica que los medicamentos, materiales médico-quirúrgicos y cualquier otro utilizado con fines curativos o cosméticos, que estén vencidos, contaminados o hayan cumplido los fines para los cuales fueron producidos, deberán ser tratados mediante algunos de los métodos existentes y autorizados por la autoridad sanitaria y ambiental competente. Esto obedece a fallas en los sistemas y mecanismos de control interno destinados a la supervisión y vigilancia permanente, a los fines de adoptar las medidas necesarias ante cualquier evidencia de desviación relacionada con las fechas de vencimiento de los medicamentos, lo que trae como consecuencia que cada ingrediente activo que posee el mismo, pierda parte de su integridad química y por ende su efectividad y potencia señalada en el envase.

Se evidenció que los desechos potencialmente peligrosos Tipos B, C y D generados en el SAHCM, son colocados sin identificación en los contenedores para el depósito de la basura común (no infecto-contagiosos), no obstante, la Ley Orgánica de Salud (LOS), Gaceta Oficial N° 36.579 del 11-11-98, prevé en su artículo 27, que los servicios de saneamiento ambiental realizarán las acciones destinadas al logro, conservación y recuperación de las condiciones saludables del ambiente y el artículo 40, numerales 2, 3, 4 y 6 de la LRDS, señalan que los contenedores y recipientes utilizados para el almacenamiento temporal de los residuos y desechos sólidos, deberán estar debidamente ubicados, cubiertos, poseer hermeticidad y tener un adecuado mantenimiento sanitario. Igualmente, los artículos 20 y 21 de las Normas para la Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud (NCMDES), Gaceta Oficial N° 4.418 Extraordinario del 27-04-92, establecen que dichos desechos serán almacenados en un lugar dentro del establecimiento de salud y/o tratarse el mismo día de su generación, y podrán almacenarse un máximo de 30 días, bajo las siguientes condiciones: recinto cerrado, ventilado, paredes y pisos lisos, a prueba de ácidos y álcalis, impermeables, anticorrosivos y la temperatura ambiental deberá oscilar entre 0° C y 25° C. La situación denota deficiencias en la aplicación de mecanismos de controles internos que

regulen las actividades relacionadas con la recolección, traslado, depósito y tratamiento final de los desechos peligrosos, además de la ausencia de medidas de protección colectiva e individual cuando la exposición de los desechos generados por el hospital no pueda controlarse por otros medios a fin de evitar la dispersión del agente biológico fuera del lugar de trabajo, lo cual incrementaría considerablemente el nivel de riesgo a la salud, provocando a su vez daños y desequilibrio en el entorno ambiental afectando la calidad del aire, agua y suelo que rodean esa institución hospitalaria.

Se constató que el SAHCM, no está registrado en el Ministerio del Poder Popular para el Ambiente (MPPA), como agente susceptible de degradar el ambiente; en tal sentido, los artículos 65 de la LSMDP y 43 de las Normas para el Control de la Recuperación de Materiales Peligrosos y el Manejo de los Desechos Peligrosos (NCRMPMDP), Gaceta Oficial N° 5.245 Extraordinario del 03-08-98, establecen que las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que pretendan realizar actividades de almacenamiento de sustancias, materiales o desechos peligrosos deberán inscribirse, antes del inicio de sus actividades, en el MPPA, considerando igualmente, que los grandes generadores de esos desechos peligrosos deben estar inscritos en el citado Ministerio como actividad susceptible de degradar el ambiente. Lo planteado obedece a debilidades en la gestión administrativa y operativa llevada a cabo por los responsables de las actividades relacionadas con el manejo y control de los desechos potencialmente peligrosos, aunado a la ausencia de una efectiva y eficiente coordinación entre las autoridades competentes del SAHCM y de los organismos gubernamentales de la salud, lo cual constituye un peligro para la salud y ambiente, ya que la generación de dichos desechos no se encuentra regulada ni controlada por los organismos competentes, incrementando las posibilidades de proliferación de infecciones, epidemias y demás enfermedades en la población laboral y usuaria, así como en las comunidades que circundante del hospital.

Conclusiones

Se constató que la mayoría de los equipos del hospital presentan fallas críticas, desgaste, falta de repuestos, ca-

recen del mantenimiento preventivo y correctivo por la ausencia de planes de mantenimiento, sustentado esto en que se constató que 41, estaban inoperativos y 34 equipos electromecánicos se mantenían fuera de servicio, en tanto que el resto de los equipos funcionaban en un 70% y 80%, de su capacidad máxima operativa, constituyéndose esto, en un riesgo para el ser humano que utiliza los servicios del hospital, por no estar garantizado su óptima operatividad. De los 8 proyectos de remodelación y mantenimiento llevados a cabo por FUNDEEH en el SAHCM, no fueron concluidos 3 de ellos, no obstante, la Gerencia de Infraestructura y Mantenimiento del hospital, no cuenta con documentación que demuestre su acción de control y seguimiento que debió ejercer al respecto. El SAHCM, no cuenta con una estructura organizativa actualizada, ni con instrumentos normativos internos que regulen las actividades y procesos de supervisión sobre las políticas, funciones y demás actividades ejecutadas por las distintas unidades administrativas y médicas que la conforman, así como, la carencia herramientas de control efectivas, transparentes y confiables relacionadas con el registro de bien nacional de los equipos médicos y electromecánicos pertenecientes al hospital. Se evidenciaron debilidades en la supervisión y vigilancia con respecto al vencimiento de los medicamentos, detectándose un lote significativo de medicinas vencidas sin que se tomaran las medidas pertinentes, a los fines de su tratamiento de acuerdo con lo que exige la normativa respectiva. No se había implantado un sistema de control interno dirigido al manejo y control de los desechos hospitalarios, en función de la norma que rige dicha materia, toda vez que se constató, que no se clasifican los desechos comunes potencialmente peligrosos e infecciosos, transportándolos en vehículos manuales en mal estado y depositando dichos desperdicios en recipientes y bolsas inadecuados. El SAHCM no se encuentra registrado ante el MPPA, como “Actividad Susceptible de Degradar el Ambiente”.

Recomendaciones

- Se insta a la máxima autoridad jerárquica del SAHCM a:
- Empezar las medidas necesarias, a fin de elaborar y aprobar planes de sustitución y mantenimientos de los

equipos médicos y electromecánicos, que se encuentran funcionando por debajo de su capacidad máxima e inoperativos.

- Instar a los responsables de las unidades médicas y operativas, para que supervisen constantemente los equipos médicos y electromecánicos instalados, y reporten oportunamente sobre las desviaciones e irregularidades que pudieran presentar durante su operatividad, de manera que sean revisados y reparados de ser el caso.
- Realizar las medidas pertinentes a los efectos de que sea planificado la conclusión de las obras de infraestructuras relacionadas con las áreas de Medicina Nuclear, Sistema Eléctrico e Incineradores.
- Empezar las acciones dirigidas a dar celeridad a la actualización de la estructura organizativa, elaboración y aprobación del reglamento interno, y manuales de normas y procedimientos, así como, la implantación de mecanismos de control efectivos y confiables relacionados con el registro de bien nacional de los equipos médicos y electromecánicos pertenecientes al hospital.
- Instar a los responsables de la recepción, custodia y control de los medicamentos a establecer mecanismos de control interno, efectivos y oportunos dirigidos a detectar las desviaciones en cuanto a las fechas de vencimiento de las medicinas suministradas a los pacientes y usuarios del hospital.
- Realizar las diligencias pertinentes ante las autoridades competentes a fin de acordar las condiciones óptimas y de seguridad en que deben efectuarse las actividades de transporte y manejo interno de los desechos hasta su destino final, a fin de evitar accidentes ocupacionales y la proliferación de enfermedades y/o epidemias que pondrían en riesgos para salud humana.
- Adoptar las medidas pertinentes, en el sentido de formalizar la inscripción del SAHCM ante el MPPA, como actividad susceptible de degradar el ambiente.