**Anexo 1. Protocolo de entrevista a expertos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entrevista N°** | **Nombre de la entrevistadora** | **Lugar de entrevista** | **Fecha** |
|  | Lina Marcela Granda Perez | Hospital San Rafael de Itagui |  |
| **Nombre del entrevistado(a)** | | **Profesión** | |
|  | |  | |
| **Dependencia para la que trabaja** | | **Cargo que desempeña** | |
|  | |  | |

Buenos días/tardes. Mi nombre es Lina Marcela Granda Pérez y estoy realizando un estudio sobre el proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí, durante el año 2022. Siéntase libre de compartir sus ideas y opiniones en este espacio. En esta entrevista no hay respuestas correctas o incorrectas, lo fundamental es que su opinión sea sincera. La información registrada en esta entrevista será usada sólo con propósitos académicos y con participar en ella usted evidencia su conformidad para que pueda usar su nombre y sus opiniones en el trabajo que se realizará y las posibles publicaciones que se deriven de él. De antemano le agradezco por su tiempo y buena disposición.

Los objetivos del instrumento son los siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objetivos** | **Objetivo general** | Analizar el proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022. |
| **Objetivos específicos** | Describir el estado de implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el 2022 |
| Identificar los riesgos que afectan el adecuado proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí |
| Formular oportunidades de mejora para el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí |

En función de los objetivos del instrumento de recolección de información y de la estructura de organizativa del hospital, las preguntas se agruparon según la dependencia que tuviera la capacidad de responder por cada aspecto de la implementación del MECI en la entidad.

**Grupo de preguntas para la Oficina de Planeación y Calidad del Hospital San Rafael sobre el proceso de implementación del MECI durante 2022.**

| **Elem.** | **N°** | **Preguntas** |
| --- | --- | --- |
| **Planes y Programas y**  **Proyectos** | **1** | ¿Explique cómo se alinea la planeación de la entidad con las Políticas de Desarrollo Administrativo definidas por el Gobierno Nacional?  Una vez que inicia el periodo gerencial lo primero que se hace es revisar a nivel de nacional y departamental que se estableció en cuanto a políticas de desarrollo administrativo e igualmente se revisa la norma que aplica para el sector salud siendo caso de nuestra institución para poder a partir de esto definir las estrategias que se van a llevar a cabo.  Durante el periodo gerencial lo que se busca y como la obtención de recursos del hospital depende de que sus planes estén alineados con el gobierno en este caso departamental porque es un hospital departamental nos alineamos a su plan de desarrollo más que todo en las líneas estratégicas que tiene que ver con el sector salud. |
| **2** | ¿Cuáles son los objetivos institucionales que orientan la formulación de los planes, programas y proyectos?  La institución tiene varias normas que la rigen y a partir de estas es que se plantean los objetivos y se puede leer en 2 momentos uno las normas y dos la apuesta que el gerente quiere hacerle y por ese motivo se tiene 3 planes estratégicos que son la sombrilla del que hacer institucional:  Uno es el plan de gestión gerencias que es por normativa y es el que nos establece unas metas  Dos es el plan de desarrollo institución que es el gerente el que da las líneas y la línea depende de lo que este establecido por el gobierno departamental y por último se tiene los planes del decreto 612 que también nos ayuda a alinearnos con lo que establece el gobierno nacional.  En este caso la institución se planteó 3 objetivos grandes uno de sostenibilidad financiera, otro de fortalecimiento institucional y otro de atención segura y eficiente que son las tres líneas del plan de desarrollo y en estas tres líneas se desarrollan una serie de metas con las cuales se busca cumplir con los objetivo que apunten tanto a nivel departamental como a nivel nacional. |
| **3** | ¿La entidad establece periódicamente acuerdos de gestión que definen las responsabilidades y metas del gerente de la entidad? Explique cómo se establece este acuerdo  Como se dijo en el punto anterior el plan de gestión gerencial tiene metas anuales las cuales se definen desde la formulación del plan cada año se revisa cual fue la meta que se estableció para esa vigencia y con base en esto se le hace seguimiento, el plan de desarrollo institucional es un plan que se establece a partir de 4 años con metas anuales cada una de están metas ya están dadas desde la formulación inicial y se revisa de acuerdo a la ejecución de las mismas y se ajusta o no se ajusta, las metas del plan de desarrollo se operativizan en los planes de trabajo de los comités institucionales, se bajan las metas que se establecieron en el plan de desarrollo a los comités y desde allí es donde se realiza su ejecución y su seguimiento y las metas que establecen los planes de decreto 612 son anuales, cada año se tienen que formular nuevamente los planes y dependiendo del alcance que se haya tenido en la vigencia anterior se formulan unas metas más agresivas o se mantienen de acuerdo al compartimiento de las mismas. |
| **4** | ¿Se establecen periódicamente cronogramas de los diferentes comités de trabajo? Explique cómo se establece este cronograma y cómo se verifica su cumplimiento  La institución tiene alrededor de 27 de comités y cada uno de ellos tiene su plan de trabajo de acuerdo a la resolución la cual establece las actividades que por norma se deben de realizar y con base en estas normas y en lo que haya quedado en el plan de desarrollo se establecen metas y planes de trabajo anuales, el seguimiento se realiza trimestral y se hace el informe y se reporta en el comité de desempeño institucional para validar cómo va el avance del cumplimiento de los planes de trabajo. |
| **5** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a la formulación de planes, programas y proyectos con base en los resultados a 2022?  Si, se debe buscar una articulación y no ver el MECI como una entidad externa si no que podamos implementar acciones que nos puedan orientar en la ejecución de la actividades conjuntamente teniendo como base la importancia que tiene en este caso el control en la institución. |
| **Modelo de Operación por Procesos** | **6** | ¿La entidad cuenta con una estrategia de divulgación de su implementación del Modelo de Operación por Procesos? Explique en qué consiste dicha estrategia  El hospital cuenta con un mapa de procesos el cual se actualiza cada 4 años dependiendo de las apuesta que quiera hacer el gerente, nuestro mapa de procesos fue actualizado en el 2020 cuando se formuló el plan de desarrollo, en ese momento para iniciar la formulación se explicó que es el mapa de procesos cuáles son sus procesos estratégicos , misionales, de apoyo y de evaluación y cómo interactúan cada una de las dependencias en este mapa; la estrategia de divulgación es cada 4 años una vez se formula el plan de desarrollo institucional y se revisa si se actualiza o no el mapa de procesos. |
| **7** | ¿La entidad cuenta con un proceso de seguimiento y evaluación que incluye la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas? Explique en qué consiste dicho proceso  seguimiento en este se cuenta con un tablero de indicadores que permite obtener la evaluación del desempeño institucional y adicionalmente se tiene en el proceso de apoyo un procedimiento de atención al usuario el cual permite medir la satisfacción del cliente y de las partes interesadas en la atención que se presta en cada uno de los servicios |
| **8** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación al Modelo de Operación por Procesos con base en los resultados a 2022?  Si, como se dijo anteriormente es importante buscar la manera de articular el mapa de procesos con el MECI, es un trabajo que se debe realizar y creo que la institución ha tratado deeintegrarse de muchas maneras pero si debe quedar mejor plasmado en el mapa de procesos. |
| **Estructura Organizacional** | **9** | ¿La entidad cuenta con una estructura flexible que le permite trabajar por procesos y en el que se identifican niveles de responsabilidad y autoridad? Explique cómo se garantiza dicha flexibilidad  Si, se cuenta con un mapa organizacional el cual está alineado al mapa de procesos el cual se formula teniendo el mapa organización y si es una estructura flexible que ha permitido uno mejorar los procesos y dos evaluar el avance de los mismos. |
| **10** | Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a la Estructura Organizacional con base en los resultados a 2022?  Si, como se ha venido diciendo creo que es importante articularnos y dejar de ver en este caso a la oficina de control interno como un ente acusador o un ente de vigilancia y involucrar a esta oficina en el que hacer institucional. |
| **Indicadores**  **de Gestión** | **11** | ¿La entidad ha definido indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan tomar decisiones y evitar desviaciones? Explique dichos indicadores y el método de adopción  La institución dentro de los planes tiene definidos indicadores de gestión de producto y de resultado estos se pueden comparar o alinear con la eficiencia, eficacia y efectividad pero de acuerdo a la directrices que da el gobierno nacional, los indicadores se formula de gestión, producto y de resultado y en el plan de desarrollo están muy bien identificados.  Los indicadores de gestión se miden a través de actividades, los de producto se miden a través de programas y los de resultado se miden a nivel de líneas lo que permite definir que tanto se ha avanzado o no con la apuesta que inicialmente se tenía en el periodo gerencial. |
| **12** | ¿La entidad cuenta con indicadores por procesos que aportan a la medición de la gestión? Responda Sí o No y explique dichos indicadores y el método de adopción  Todos los procesos cuentan con tableros de indicadores que permiten medir el que hacer de cada uno de estos procesos, cada uno de los indicadores se levantó de acuerdo a los procesos que hay al interior de los procedimientos, en cuanto al método de adopción la entidad no cuenta con un acuerdo administrativo simplemente lo que se hace es que anualmente se revisa los tableros de indicadores con cada uno de los responsables y se verifica si este aún sigue entregando resultados que permita realizar mejoras en el proceso y si no se sacan de dicho tablero |
| **13** | ¿La entidad realiza seguimiento de los indicadores cada seis (6) meses? Explique los resultados de la evaluación para 2022  Si se realiza el seguimiento pero no cada 6 meses si no que a los tableros de indicadores de los proceso se realizan mensual, los líderes son los que establecen y diligencia el tablero del indicador y con base a los resultados se establece una acción de mejora si cumple o no cumple la meta.  Con relación a los indicadores gerenciales, los indicadores del plan de desarrollo y los indicadores del decreto 612 se les hace seguimiento trimestral y se presentan los resultados en el comité de desempeño institucional y de acuerdo a los resultados se establecen planes de mejora para aquellos que no han obtenido el cumplimiento que se espera. |
| **14** | ¿La entidad revisa periódicamente la pertinencia y utilidad de los indicadores con el fin de garantizar que los indicadores cumplan con su propósito? Explique cómo se realiza esta revisión y describa los resultados de la revisión de 2022  Los indicadores de cada uno de los procesos si se realiza de manera anual dependiendo de sus resultados y la normatividad, los indicadores del plan gerencial y del plan de desarrollo institucional se revisan solamente cada 4 años que es donde se formula nuevamente el plan de desarrollo y plan de gestión, como se explicó en el punto anterior nos reunimos con cada uno de los lideres, revisamos el cumplimiento, y de acuerdo con su quehacer se establece con ellos si los indicadores están permitiendo tener mediciones adecuadas que nos permitan tener mejoras en el proceso o si definitivamente el indicador ya es estándar y se cumple porque ya el proceso ha llegado a un nivel óptimo y de ser así se procede a eliminarlo. |
| **15** | Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a los Indicadores de gestión con base en los resultados a 2022?  Si, se debe revisar por lo menos los indicadores de evaluación y tratar de establecer un tablero que permita medir como tal el modelo, en este momento la institución solo cuenta con unos indicadores con base a las auditorias, pero se pueden establecer o implementar unos indicadores que permitan hacer otro tipo de mediciones. |
| **Políticas de operación** | **16** | ¿La entidad ha establecido una estrategia de divulgación de las políticas de operación? Explique en qué consiste dicha estrategia  Si, la institución tiene una estrategia de divulgación de política de operación donde a cada uno de los proceso se les establecen políticas de acuerdo a la normatividad que les aplica, estas políticas de acuerdo al manual delo sistema integrado de gestión se actualizan cada dos años o cada que haya algún cambio en la normatividad que le aplique y la socialización se realiza por el correo institucional donde se le informa a todo el personal que se ha actualizado la política y se adjunta el documento para que la lean. |
| **17** | Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a las políticas de operación con base en los resultados a 2022?  Si, si bien para los procesos de evaluación hay políticas, podríamos establecer una política que permita que todo el personal conozca el MECI y que función tiene este modelo para la institución. |
| **Riesgo estratégico** | **18** | ¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo estratégico que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?  Para la vigencia 2022 no se materializaron riesgos, es decir que no se presentaron amenazas , la institución tiene para cada uno de los procesos la identificación de riesgos de los cuales el seguimiento se realiza desde la oficina de control interno pero de acuerdo a cada línea de defensa tienen los responsables los cuales les realizan seguimiento a los controles que ya se tienen establecidos y se ha observado que dichos controles han sido eficaces y que no se han presentado amenazas con el riesgo estratégico. |
| **19** | ¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo estratégico que la amenazó a la entidad durante 2022?  En primera instancia están los seguimientos que se realizan trimestralmente dado a que esto ha permitido que evaluar si los controles son eficientes o no y de esta manera poder minimizar el riego estratégico de la entidad |
| **20** | ¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo estratégico a partir de 2022?  Hay una oportunidad de mejora muy grande y es que la super salud ha emitido una resolución la 45 y la 44 donde pide evaluar todo el sistema de riesgo institucional y establecer para cada una de las instituciones 13 subsistemas y esa es la apuesta que se tiene para el 2023 |

Para finalizar ¿Considera que hay algo que no se le preguntó sobre estos temas y que sea relevante? ¿Tiene algo que complementar?

**NO**

**Grupo de preguntas para la Oficina de Control Interno del Hospital San Rafael sobre el proceso de implementación del MECI durante 2022.**

| **Elem.** | **N°** | **Preguntas** |
| --- | --- | --- |
| **Autoevaluación del control y gestión** | **1** | ¿El hospital realiza actividades de sensibilización para los colaboradores sobre la cultura de la autoevaluación? Explique cómo se realizan estas actividades y con qué periodicidad.  Si, en el mes de noviembre se celebró la semana del Control donde se le explica al personal de la entidad los conceptos de autocontrol, autorregulación y autogestión a través de fichas publicitarias enviadas a los correos electrónicos, y grupos internos administrativos de whatsaap. |
| **2** | ¿Explique cuáles fueron los resultados de la autoevaluación de la gestión realizada 2022 y explique cuáles fueron los correctivos adoptados según los resultados?  Mediante la elaboración del informe de gestión, se evalúa el cumplimiento de las actividades planteadas en el plan anual de auditorías internas diseñado por la oficina de control interno para ejecutar durante la vigencia.  Durante el 2022 se ejecutó a entera satisfacción el 97% del plan, de la siguiente manera:   * Auditorías internas realizadas: 125% * Informes de Ley: 100% * Seguimientos: 93% * Otros roles: 91 |
| **3** | ¿La entidad tiene la capacidad de realizar el proceso de autoevaluación a partir de otros sistemas? Explique qué herramientas tecnológicas se han utilizado y cuáles han sido los resultados  La autoevaluación se realiza mediante el diligenciamiento de los tableros de indicadores, donde se reporta a la oficina de planeación el cumplimiento de los indicadores mes a mes |
| **4** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a la autoevaluación del control y gestión con base en los resultados a 2022?  Si, para llegar a un cumplimiento del 100% de la gestión de la Oficina de control interno - OCI, se hace necesario implementar la sistematización de algunos seguimientos, de manera que permita a la OCI acceder de manera más oportuna a la información para realizar los seguimientos.  Se hace necesario que los líderes de los procesos entreguen la información solicitada dentro de los plazos establecidos para dar cumplimiento al PAAI como se establece al inicio de cada vigencia.  Debido a la cantidad de auditorías, evaluaciones y seguimientos establecidos por ley, se hace necesario contar con un equipo multidisciplinario dentro de la OCI con el fin de tener mayor alcance y enfoque especializado en los temas a evaluar. |
| **Auditoria interna** | **5** | ¿El hospital define un procedimiento de auditorías internas basado en evidencia documental que permita ejercer control permanente a la gestión administrativa? Explique cómo se realiza este proceso y cuáles fueron los principales resultados durante 2022  La entidad tiene establecido dentro del proceso Evaluación y desempeño, el procedimiento -Auditoría Interna V3- donde se describen las actividades que se deben hacer en una auditoria, dentro de este procedimiento se tiene establecido el formato F\_05\_ED “programa de auditorías internas” en el programa se definen, actividades, responsables, tiempos y criterios a auditar, dichos criterios se evalúan a través de la documentación que se generan en el día a día dentro los procedimientos para llevar a cabo las metas establecidas en la institución; de igual forma a través de las auditorias de ley, la evaluación se realiza mediante la revisión de los documentos que entregan los líderes de los procesos |
| **6** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a las auditorías internas con base en los resultados a 2022?  Para mejorar el proceso de auditorías, se hace necesario contar con un equipo interdisciplinario para que las evaluaciones sean pertinentes. |
| **Identificación de Riesgos** | **7** | ¿La entidad cuenta con identificación de condiciones internas o externas que puedan generar eventos de riesgo? Explique cómo se identifican estos posibles eventos y qué se identificó para el periodo 2022  A través de la Política de ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS que tiene adoptada la Entidad se describe el procedimiento para la elaboración de los MAPAS DE RIESGOS que son las matrices donde los lideres de los procesos en compañía de Planeación y Calidad analizan y establecen los riesgos inherentes en cada proceso, allí se describe el riesgo, la clasificación del riesgo, frecuencia, probabilidad inherente, criterios de impacto, se establecen los controles y la evaluación del riesgo.  Para el periodo 2022 se identificaron 26 mapas de riesgos con un total de 164 riesgos identificados, distribuidos según en las zonas de riesgo así:  Extremo: 9  Alto: 53  Moderado:101  Bajo: 1  Para los cuales se tienen establecidos 464 controles. |
| **8** | ¿Existe un mecanismo en la entidad para identificar los riesgos de cada proceso, programa  y/o proyecto que determine las causas, descripción y las posibles consecuencias de los mismos? Explique cómo funciona dicho proceso, quiénes realizan los estudios y qué resultados se evidenciaron durante 2022  El mecanismo implementado en la entidad son los MAPAS DE RIESGOS donde los líderes de los procesos en compañía de Planeación y Calidad analizan y establecen los riesgos inherentes en cada proceso, allí se describe el riesgo, la clasificación del riesgo, frecuencia, probabilidad inherente, criterios de impacto, se establecen los controles y la evaluación del riesgo.  Los resultados obtenidos en el último seguimiento a los mapas de riesgos durante la vigencia 2022 fueron los siguientes:  Se observó que los diferentes líderes de procesos llevan sus controles según lo establecido, pero con contadas excepciones se dejan consignados los seguimientos dentro de las matrices (Mapas de Riesgos).  Durante la revisión de los mapas y las entrevistas con los responsables se pudo evidenciar el poco conocimiento o dominio de las matrices de riesgo, además de indicar el poco acompañamiento que han tenido desde el área de planeación para la comprensión o los cambios que consideran necesarios en las matrices,  Al momento de evaluar las acciones a implementar para la correcta ejecución de los controles, estás tienen fechas de cumplimiento para vigencia 2022, y a la fecha de este seguimiento no se puede determinar el avance en la ejecución de los controles para los mapas de:   * Gestión ambiente físico * Corrupción * Seguridad digital * Docencia Servicio * Gobierno digital * Gestión de compras * Gestión financiera  |  |  | | --- | --- | | MAPA DE RIESGO | CONTROLES SIN ACCIONES | | | Gestión documental | No se cuentan con medios adecuados para la preservación digital de archivos.  Aun no se evidencia adelantos en las TVD | | Mejora continua | No hay articulación entre planeación y calidad, y control interno en las auditorias y en los seguimientos a planes de mejoramiento | | Gestión del talento humano | No se informa de manera oportuna a líder de SGSST de cambios en las áreas de trabajo, para diagnóstico de condiciones y requisitos mínimos en materia de seguridad y salud.  No se cuenta con certificación SARLAFT para contratistas en la vigencia 2022 | | Mercadeo | No se evidencia en mercadeo la socialización de los contratos al personal de facturación | | Ingreso al servicio | No hay retroalimentación por parte de GESIS en calidad del dato de ingreso de los usuarios  Facturación con mas de 2 meses de retraso al egreso | | Cirugía | No se cuentan con guías específicas para el servicio | | Internación | Sin controles y sin fechas de implementación por escrito | | UCI-UCE | Sin controles y sin fechas de implementación por escrito  No se cuenta con información clara de la creación y conservación de backup de historias clínicas | | Farmacia | No se evidencia documentación de inventario de farmacia |   Si bien se ven acciones encaminadas a la ejecución de los controles y se utilizan tecnologías para ello, estas se realizan por líneas telefónicas y correos electrónicos no institucionales, que no permiten tener una trazabilidad idónea de las mismas ni conservación de la información obtenida. |
| **9** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a la identificación riesgos con base en los resultados a 2022?  Si, acorde a las evaluaciones realizadas se ha podido establecer que los líderes de los procesos no son integrados al proceso de la elaboración de los mapas de riesgos.  Es indispensable realizar la actualización de los mapas de riesgos dados que, algunos de los riesgos identificados no corresponden al proceso o las actividades para prevenir la materialización del riesgo no corresponden o no son las adecuadas. Además, la fecha de vigencia de los mapas de riesgos se encuentra vencida.  Se debe realizar mayor acompañamiento por parte de la oficia de planeación y calidad como lo indica la p9olitica de administración del riesgo, en función de la segunda línea de defensa. |
| **Políticas de administración del riesgo** | **10** | ¿La entidad cuenta con una estrategia para la divulgación del mapa de riesgos institucional y sus políticas? Explique cómo se implementó esa estrategia en 2022  Desde la oficina de planeación y calidad se realizan capacitaciones durante el año a los líderes de cada proceso, con el fin de indicarles de donde provienen los riesgos y los campos establecidos dentro de la matriz del mapa de riesgos. |
| **11** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a la política de administración de los riesgos con base en los resultados a 2022?  Falta mayor acompañamiento por parte de la oficina de planeación y calidad como segunda línea de defensa.  Mediante el seguimiento a los mapas de riesgos se observa la falta de conocimiento o entendimiento de los lideres, si bien desde planeación se realizan las capacitaciones a los mapas de riesgo, estas no están siendo efectivas. |
| **Análisis y valoración del riesgo** | **12** | ¿Se identifican los controles correctivos y preventivos para cada proceso o actividad con el fin de mitigar la probabilidad e impacto de los riesgos? Explique cómo se realizó este proceso de control de riesgo en 2022  La identificación de los controles correctivos y preventivos para cada proceso se encuentran descritos dentro de los mapas de riesgos de cada proceso, a través de planes de acción que requieren de actividades que pueden ser en un periodo determinado o de permanente implementación, se describe ademar el responsable y fechas de cumplimiento.  Para determinar si se están realizando los controles, la oficina de control interno realizó seguimiento durante el año 2022 a los mapas de riesgos establecidos en los procesos, donde se evalúan los controles que cada líder debe realizar en su respectivo mapa y las evidencia que respaldan las actividades con el fin de verificar la pertinencia del control sobre el riesgo establecido. |
| **13** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación al análisis y valoración del riesgo con base en los resultados a 2022?  Los mapas de riesgos se encuentran desactualizados. |
| **Plan de mejoramiento** | **14** | ¿El hospital cuenta con herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento? Explique cómo se recogen y asumen las recomendaciones derivadas de las auditorias y cuáles fueron sus recomendaciones para el periodo 2022  Si, El Hospital cuenta con el Formato F\_01\_MJ Plan de Mejoramiento continuo V3 para la elaboración de los planes de mejoramiento donde se definen los siguientes criterios:  **REPORTE**   * Fecha del hallazgo * Proceso * Oportunidad de mejora * Fuente de información * principal atributo de calidad afectado   **PLAN DE MEJORAMIENTO**   * ¿qué? * ¿cómo? * ¿cumplimiento? * ¿quién? * ¿cuándo? * seguimiento coordinador   **SEGUIMIENTO**   * Estado de la acción   En los planes de mejoramiento quedan consignados los hallazgos resultantes de la auditoria con el fin de que se planteen las acciones de mejora en pro del procedimiento y cumplimiento de las metas institucionales.  Las recomendaciones sugeridas luego del seguimiento por parte de la oficina de control interno para el año 2022 fueron las siguientes:   * Falta compromiso por parte de algunos líderes de procesos, para llevar a cabo el cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento, dado que ni siquiera realizaron la entrega de la información que evidencie el seguimiento que se realiza al interior de los procesos para lograr el cierre de los hallazgos. * Se recomienda realizar seguimiento por parte del comité de control interno disciplinario a aquellos líderes que por negligencia no realizan el oportuno seguimiento a las planes de mejoramiento interno, dado que la materialización de los riesgos por falta de avance y mejora en los procesos pueden ocasionar posibles incumplimientos normativos. * Se recomienda adelantar las acciones necesarias para el cumplimiento y cierre de las actividades por parte de los responsables de los planes de mejoramiento para la vigencia 2023, respecto a los hallazgos que corresponden a la gestión administrativa * Cumplir con las fechas establecidas en los planes de mejoramiento. |
| **15** | ¿El hospital realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento? Explique cómo se realiza el seguimiento y se adopta las estrategias de mejoramiento  Si, el Hospital realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento, a través de la oficina de control interno donde se tiene programado en el Plan anual de auditorías internas el seguimiento a los planes internos y externos.  El seguimiento se realiza a través de la solicitud de los planes de mejoramientos activos con su respective seguimiento por el líder del proceso y los documentos que validen las acciones descritas, la oficina de control interno valida la pertinencia de la actividad de manera que apunte al mejoramiento o subsanación del hallazgo, lo anterior se realiza acorde a los periodos establecido dentro del plan de mejoramiento. |
| **16** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación al Plan de mejoramiento con base en los resultados a 2022?  Falta compromiso por parte de los líderes para dar cumplimiento a los planes de mejoramiento, dado que no entregan la información.  Dentro del empalme del cargo no se entregan los planes de mejoramiento al personal nuevo, por lo que no hay continuidad en las actividades de mejora. |
| **Riesgo de cumplimiento** | **17** | ¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo de cumplimiento que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?  Incumplimiento a la normatividad establecida, dado que mediante auditoría externa practicada por la Contraloría General de Antioquia se generaron hallazgos administrativos en los procedimientos de gestión contractual, facturación, cartera y radicación. |
| **18** | ¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo de cumplimiento que la amenazó a la entidad durante 2022?  Se estableció plan de mejoramiento. |
| **19** | ¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo de cumplimiento a partir de 2022?  Procedimientos desactualizado en cuanto a normativa.  Desconocimiento de los procedimientos establecidos en la entidad  Alta rotación del personal.  Falta de conservación del personal con alta trayectoria en la entidad. |

Para finalizar ¿Considera que hay algo que no se le preguntó sobre estos temas y que sea relevante? ¿Tiene algo que complementar?

**NO**

**Grupo de preguntas para la Oficina de Mercadeo y comunicaciones del Hospital San Rafael sobre el proceso de implementación del MECI durante 2022.**

| **Elem.** | **N°** | **Preguntas** |
| --- | --- | --- |
| **Eje transversal: Información y comunicación** | **1** | ¿Explique cuáles fueron las fuentes de información externa (buzón de quejas y reclamos, encuestas de satisfacción, entre otros) utilizados durante 2022 y explique cómo se incorporó la información obtenida a los procesos de mejora?  Las fuentes de comunicación externas utilizados durante el 2022 fueron los buzones de sugerencias los cuales están ubicados en cada una de las áreas con el fin de que los usuarios tanto un internos como externos puedan realizar alguna manifestación ya sea queja, reclamos o felicitaciones, asi miso también se tiene implementado la encuesta de satisfacción de la atención y/o prestación de servicio brindado dentro de la institución el cual se le entrega a cada uno de los usuarios, este documento contiene unas preguntas puntales en cuanto a la atención, el acceso y el servicio prestado.  Igualmente también se cuenta con un Procedimiento manifestaciones de los usuarios el cual se acoge y se adopta dentro de la institución.  En cuanto a la incorporación de la información una vez revisado los resultados de las encuestas de satisfacción y las PQRS realizadas por los usuarios se tabula la información y se genera un informe trimestral con los resultados, así mismo se realiza el reporte a la Secretaria de Salud del municipio, a la gobernación de Antioquia y al área de control interno para que los mismos realicen auditorias y seguimientos.  Es importante anotar que para la vigencia 2022 se tuvo un cumplimiento del 94% en la gestión del mismo |
| **2** | ¿Explique cuáles fueron las fuentes de información interna utilizados durante 2022 y explique cómo se incorporó la información obtenida a los procesos de mejora?  La principales fuentes de información con las que cuanta la institución son: correos electrónicos, intranet y una gran parte las redes sociales, podríamos decir también que desde los diferentes comités que tiene la institución, salen necesidades o requerimientos muy puntuales que atacan este punto y hacen que mejoremos la información y comunicación con el cliente interno; entonces digamos que una vez se procese esa información desde los diferente comités ya lo que se hace desde el área de comunicaciones es estructurar una campaña de acuerdo a las necesidades de cada área para mejorar ese proceso o para darles respuesta a esa necesidad que se requiere.  En conclusión las fuentes de información internas utilizadas durante el 2022 fueron mediante correos electrónicos institucionales, intranet, redes sociales y puesto a puesto para poderle dar un poco más de impacto a tema y llegar más al cliente interno |
| **3** | ¿A través de qué estrategia se difunde la planeación estratégica de la entidad y a qué públicos se comunica?  La planeación estratégica viene directamente desde el área de planeación y calidad quienes son los encargados de estructurar el plan de desarrollo que son para las diferentes áreas de la institución, anualmente se hace un plan de comunicaciones que tiene que ver con el tema reputacional, de los canales digitales e incluso tiene que ver con las PQRS que manejamos en la institución.  Igualmente es importante aclarar que la institución en este momento se encuentra en un plan de saneamiento fiscal y financiero, es bueno decirlo porque esto puede limitar en muchas cosas en temas de publicidad y de comunicación dado a que el tema comunicaciones es algo más visual que requiere de un presupuesto gran para poder tener un impacto mayor; entonces al ser esto un poco más limitado estamos haciendo mucha fuerza al cliente interno no dejando de lado al cliente externo, atacando los canales digitales, tratando de darles una respuesta a través de ese medio y digamos que dentro de público tenemos muchos como lo son el cliente interno que son los que hacen parte de la labor misional de la institución, paciente, proveedores, veedores municipales, entes de control y gubernamentales y la comunidad que es un público importante para nosotros para que sepan cual es la gestión de la institución, que servicios ofrecemos, esto lo digo porque la institución es un referente en el sur. |
| **4** | ¿La entidad realiza procesos anuales de rendición de cuentas con intervención de los grupos de interés, veedurías y ciudadanía? Explique cómo se comunican los resultados de la entidad y cómo se incorporan los planteamientos de los grupos de interés  La rendición de cuentas se realiza de manera anual, es un proceso obligatorio de la entidad, se hace más o menos en los meses de marzo; esta se ha realizado de manera virtual y presencial y se hace invitación a nuestro grupo de asociación de usuarios, veedores municipales, empleados de la institución independiente del tipo de vinculación y se tiene unos lineamientos en cuanto a la forma en la que se quiera presentar; es decir se hace un informe escrito muy robusto para el tema de informe y si alguien lo quiere leer más detalladamente y ya en la presentación se hace al más global, mas general, igualmente también se realiza la socialización mediante nuestros canales digitales como lo es Facebook con el fin de que se pueda conectar otro tipo de audiencia, igualmente se hacen invitaciones de previos antes de la realización de la rendición a través de las redes sociales, correos electrónicos, pagina web para que la gente nos pueda acompañar ya sea presencial o virtual, finalmente toda la rendición queda grabada y guardada para cuando alguien quiera acceder a verla esta queda publicada en la página web [www.hsanrafael.gov.co](http://www.hsanrafael.gov.co) para el tema de transparencia y acceso a la información . |
| **5** | ¿La entidad realiza gestión documental de acuerdo a la Ley 594 de 2000 y realiza tablas de retención documental? Explique cómo se realiza este proceso documental en la entidad.  El archivo general de la nación expidió una norma en la cual establece claramente como se hace el archivo, custodia y permanencia de toda la gestión documental de las instituciones públicas, para ello hizo una denominación de series y subseries con las cuales se debe de priorizar y a través de las mismas hacer las tablas de retención documental. Estas tablas establecen claramente qué serie y subserie le corresponde a cada uno de los documentos que llegan a la institución.  En este momento la entidad está en construcción de las tablas de retención que aún no han sido aprobadas por el área de gestión documental y archivística del departamento de Antioquia, ellos presentaron unas observaciones a las cuales se les está haciendo unas correcciones para volver a presentar, es decir que se cumple parcialmente con el archivo pero las tablas de retención no han sido aprobadas |
| **6** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación al Eje transversal: Información y comunicación con base en los resultados a 2022?  Uno de los aspectos importantes a mejorar puede ser los canales digitales, en cuanto a que la gente pueda solicitar y hacer una cita casi que automáticamente y esto descongestionaría mucho las líneas telefónicas, que también puedan realizar cancelaciones de citas, que puedan obtener los resultados de laboratorio a través de la página web, mediante un usuario y contraseña sin necesidad de desplazarse hasta el hospital, también todo lo que tiene que ver con talento humano ¿, cartas laborales, certificados, colillas de pagos etc que pudiéramos tener un acceso transaccional como empleados y se pueda descargar esta información al día, pienso que el futuro para la institución es el tema digital potencializar este tema para que sea más cómodo para la gente.  Todo esto enfocado a muchas inquietudes y sugerencias que han surgido por parte de la comunidad en relación al tema de poca accesibilidad a algún tipo de información. |
| **Riesgo de imagen** | **7** | ¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo de imagen que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?  Como se ha dicho en varias intervenciones el hospital en este momento se encuentra en un riesgo fiscal y financiero y desde ese punto la gente ve una barrera, el cual también se ha visto como un proceso para mirar como la institución puede mejorar la calidad y puede obtener más recursos con el fin de brindar un mejor servicio a la comunidad.  Para el 2022 también se vio muy afectada la imagen de la institución dado a que se viene a venido haciendo unos convenios con unas entidades externas y el miedo de las personas era el que iba a pasar con los cambios que se estaban realizando entonces digamos que esto afecto también un poco la imagen institucional, sin embargo para este año ha mejorado más el tema y la gente ya está viendo que es algo que realmente va a beneficiar la comunidad.  En conclusión uno de los grandes riesgos que tiene la entidad es el de imagen por el gran riesgo financiero |
| **8** | ¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo de imagen que la amenazó a la entidad durante 2022?  Una de las medidas tendientes a mitigar el riesgo de imagen es la socialización de todo lo que se ha venido haciendo con el plan de saneamiento fiscal y financiero, el cual se publica en redes, social, pagina, web, intranet y se encuentra descrito en el plan de desarrollo todo esto con el fin de lograr una comunicación asertiva con los grupos de trabajo y todos los clientes internos y externos de la institución. |
| **9** | ¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo de imagen a partir de 2022?  Una de las oportunidades de mejorar primordial para mitigar ese riesgo de imagen es el tema financiero; es decir que se pudiera contar con un presupuesto mejor para trabajar arduamente en todo el proceso publicitario y de imagen, haciéndenos conocer más en cuanto a las especialidades que prestamos, que somos un referente el todo el tema ortopedia, las uniones temporales que se están creando para mejorar los servicios entre otros |

Para finalizar ¿Considera que hay algo que no se le preguntó sobre estos temas y que sea relevante? ¿Tiene algo que complementar?

NO

**Grupo de preguntas para la subgerencia general del Hospital San Rafael sobre el proceso de implementación del MECI durante 2022.**

| **Elem.** | **N°** | **Preguntas** |
| --- | --- | --- |
| **Sistemas de Información y**  **comunicación** | **1** | ¿La entidad cuenta con una estrategia para el manejo organizado o sistematizado de la correspondencia? Describa cómo funciona esta estrategia  La institución cuenta con un departamento de gestión documental el cual tiene un líder y unos auxiliares administrativos como apoyo administrativos, todo el modelo de gestión documenta administrativa se basa en las normas de archivística nacional las cuales no obliga a las instituciones públicas a que debemos de tener un registro y manejo de todos los documentos que ingresen a la institución, no solamente como documentos físicos si no también lo que tiene que ver con correos electrónicos y todo el resto de documentos que entran por cualquier vía a la institución, ya sea por página web o redes sociales.  Esta área se trabaja mediante una estrategia que se llama tablas de retención documental el cual estable como se administran los documentos, como se maneja, cuales son las áreas y como se tiene la disposición de cada uno de esos documentos y archivos, la gestión de las respuestas de cada uno de esos documentos y ellos se encargan de validar y verificar todo este proceso.  La tablas de retención documental especifican una serie de códigos para cada área hacia el que será remitido el oficio que llega; es decir un código para gerencia, otro para subgerencia, otra para las coordinaciones y así sucesivamente para todas las dependencias institucionales tarea a cargo del área de gestión documental. |
| **2** | ¿La entidad cuenta con una estrategia para el manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos? Describa cómo funciona esta estrategia  La institución tiene un sistema organizado y sistematizado para la administración de los reclusos pero en este caso estamos mencionado los tipos de recursos físicos, humanos, financieros y tecnológico, cada área de estas tienen su propia documentación y sistema deadministración, el área financiera es un área que por ser recursos públicos tiene una estructura manejada a través de la secretaria de hacienda y regidas por las normas que saca el departamento de Antioquia, la secretaria de hacienda departamental, la contraloría general de Antioquia y a su vez también dependemos de las normas del ministerio de hacienda, la contraloría general de la república y obviamente al estar en el sector salud de las súper intendencia nacional de salud, esas normas nosotros las aplicamos y para ello contamos con una plataforma tecnológica en la cual es DINAMICA configurada de acuerdo a lo establecido por las entidades que anteriormente mencione, nosotros aplicamos esa normativa, adicional a la generación de todos los informes y reportes a todos los entes de control.  Ahora es válido tener en cuenta que esta institución es descentralizada de carácter especial, es decir somos una institución pública pero contratamos con el derecho privado y que tenemos un patrimonio autónomo y una personería propia y dependen nuestras finanzas fundamentalmente de la venta de servicios de salud atreves de las es, por lo tanto los recursos financieros nuestros son recursos de SGSSS que son recursos públicos de este sistema y son administrados y manejados mediante empresas privadas que son las eps, entonces el manejo que nosotros debemos tener es mezclar lo públicos con los privado para poder hacer el manejo de los recursos financieros.  En cuanto a los recursos físicos se cuenta con una tabla de activos físicos la cual relaciona todas propiedades que tiene la institución, su valor, el tiempo de uso, su tiempo de depreciación y adicionalmente la asignación a una área específica en cada uno de estos recursos.  Entonces se puede decir que el computador portátil tiene una vida útil de 2 años que vale $ 3 pesos y que ha sido asignado a la gerencia, toda esa información la administra el sistema de activos fijos, en estos momentos estamos en proceso de organización de los activos fijos por una solicitud que se hizo por parte de uno de los órganos de control.  Desde el punto de vista tecnológico hay que entender dos temas importantes:   1. El hardware, equipos físicos de cómputo, impresoras, servidores, racks y todo ese tipo de cosas que se consideran activos fijos y que se manejan como se explicó en el punto anterior. 2. El software es el Microsoft office el antivirus y las licencias de funcionamiento que tienen un manejo especial dentro de la institución por que se consideran que es propiedad del hospital pero a través de una características y es que no se deprecian, eso entonces tienen otro manejo contable y administrativo diferente   Con relación al recurso humano, el hospital cuenta con un departamento de recurso humano que ya está documentado el cual se encarga de validar la contratación del recurso humano ya sea de planta, contratado por prestación de servicios o a través del sistema de agremiación sindical o de cooperativa de trabajo, define claramente cual es a necesidad del servicio, el perfil que requiere el funcionario que nos va acompañar, cual es la experiencia, la educación, la categoría y los honorarios con unas tablas que ya se tienen definidas dentro de la institución; así mismo la metodología de la contratación y obviamente se le hace seguimiento contractual al cumplimiento de la obra o contrato que tenga la persona, también esta sistematizado y organizado y adicionalmente en el sistema de habilitación en salud el grupo de talento humano tiene una función fundamental y es evaluar y validar que todos los profesionales cumplan con los requisitos que se establecen para cumplir la habilitación del sistema obligatorio de garantía a la calidad |
| **3** | ¿La entidad cuenta con un mecanismo de consulta con distintos grupos de interés parar obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio? Describa cómo funciona este mecanismo y cuáles fueron sus resultados para 2022  Los grupos de interés están clasificados en varios segmentos el principal es de atención al usuario donde la metodología de seguimiento se hace en varios procesos:  **Encuesta de satisfacción al usuario:** donde el usuario bajo la percepción de servicio que ha recibido hace una calificación la satisfacción de la cual se hace seguimiento y presentación en el comité institucional de gestión y desempeño en las cuales durante los años ha arrojado una calificación por encima del 90%.  **PQRST:** En donde se identifican unas oportunidades de mejoras de inconsistencias que se pudieron a ver tenido en la atención de un paciente, de una familia o de comunidad y eso hace que con este mecanismo se puedan hacer planes de acción correspondientes.  El otro segmento importante para los grupos de interés en la prestación de servicios es el asegurador como EPS, en donde se tienen una reuniones de relacionamiento comercial en el cual se verifica con cada EPS cuáles son las necesidades de servicios que se tienen, se identifica si el portafolio de la institución tiene esa posibilidad de prestación y buscamos mecanismos para poder dar respuesta a ese grupo de interés que se tiene, entonces con las principales EPS se hace reunión de seguimiento tanto desde el punto de vista del comportamiento de la atención en salud la cual la hace las EPS a través de auditorías propias y mediante los seguimientos de la parte financiera para identificar las glosas, los pagos los recaudos, de cada una de estas reuniones se dejan actas con los compromisos pactados para cada una de las entidades y a partir de ahí se crean grupos de trabajo para cada una de ellas.  Para finales de 2022 y inicio del 2023 se tienen varios aspectos importantes como lo son la participación en varias rutas de prestación de servicios de salud, la institución está participando en la ruta de autoinmunes con COHAN para una ruta de SAVIA SALUD, estamos participando en la ruta con el Hospital la Maria para la prestación de servicios de salud de la población privada de la libertad que es a nivel de todo Antioquia y el eje cafetero y así mismo en una unión temporal con una empresa AGIOSUR en la cual participamos en la atención de la ruta neurocardiovascular y metabólica de la EPA COSALUD y seguimos manteniendo los acuerdos comerciales con las diferentes EPS para atender sus pacientes como lo son SURA, SAVIA, NUEVA EPS, COSALUD, SALUD TOTAL, SUMIMEDICAL con los cuales tenemos contratos activos y actualmente estamos preparando la ruta neurocardiovascular para SAVIA y haciendo una prueba piloto en el suroeste antioqueño para mirar como conformar una red con un buen nivel. |
| **4** | ¿La entidad cuenta con medios tecnológicos y de comunicación para el acceso a la información de la entidad? Describa los medios de los que dispone la entidad  Sí, la entidad cuenta con medios tecnológicos y de comunicación para el acceso a la información. A continuación, describiré los medios de los que dispone la entidad:   1. **Página web:** La entidad cuenta con una página web oficial donde se puede acceder a una amplia gama de información. A través de la página web, los usuarios pueden navegar por diversas secciones, como información institucional, servicios, noticias, eventos y recursos adicionales. La página web está diseñada de manera intuitiva y amigable, facilitando la búsqueda y acceso a la información relevante. 2. **Redes sociales:** La entidad también está presente en diferentes plataformas de redes sociales, como Facebook, Twitter, Instagram y LinkedIn. Estas cuentas oficiales proporcionan otra vía de acceso a la información de la entidad, donde se publican noticias, actualizaciones, eventos y contenido relacionado. Los usuarios pueden seguir, dar me gusta, comentar y compartir publicaciones para mantenerse al día con las novedades de la entidad. 3. **Línea telefónica:** La entidad cuenta con una línea telefónica de atención al cliente o soporte, donde los usuarios pueden comunicarse directamente con personal capacitado para obtener información específica o resolver sus consultas. El número de teléfono correspondiente se encuentra disponible en la página web y en otros materiales promocionales. La línea telefónica ofrece una interacción directa y personalizada, brindando a los usuarios la posibilidad de obtener respuestas a sus preguntas de manera inmediata.   Estos medios tecnológicos y de comunicación, como la página web, las redes sociales y la línea telefónica, permiten a los usuarios acceder de manera efectiva a la información de la entidad y establecer una comunicación bidireccional con la misma. |
| **5** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a los sistemas de información y comunicación con base en los resultados a 2022?  Se puede considerar que la institución tiene que implementar grandes mejoras en los procesos y que en cuanto a lo referente al sistema de información y comunicación se debería enfocar particularmente en los siguientes puntos   1. **Evaluación de la infraestructura actual:** Realiza una auditoría exhaustiva de la infraestructura de TI de la ESE Hospital San Rafael de Itagüí, incluyendo todas las bases de datos y los sistemas en los que se encuentran. Identifica los problemas existentes, como la falta de conexión entre las bases de datos y la dependencia de IPv4. 2. **Diseño de una arquitectura centralizada:** Crea un diseño de arquitectura para centralizar las bases de datos. Esto podría implicar la consolidación de las bases de datos en un único sistema de gestión de bases de datos o la implementación de una solución de integración de datos que permita la comunicación entre las diferentes bases de datos. 3. **Implementación de una solución de integración de datos:** Si la opción de consolidación no es factible o no se ajusta a las necesidades de la institución, se podría considerar la implementación de una solución de integración de datos. Esto puede implicar el uso de herramientas de ETL (Extract, Transform, Load) o la adopción de un enfoque de middleware que permita la comunicación entre las bases de datos y la sincronización de la información. 4. **Migración a IPv6:** Realiza una evaluación de la infraestructura de red actual para determinar la compatibilidad con IPv6. Si la infraestructura actual no es compatible, desarrolla un plan de migración que incluya la actualización de los equipos de red, la reconfiguración de los sistemas y la formación del personal. 5. **Capacitación y concienciación del personal:** Proporciona formación adecuada al personal sobre los nuevos sistemas y protocolos. |
| **Riesgos tecnológicos y de seguridad digital** | **6** | ¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo tecnológico y de seguridad digital que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?   1. **Amenazas web:** Las amenazas web pueden implicar ataques como inyecciones de código, ataques de denegación de servicio (DDoS), defacement (alteración no autorizada del contenido del sitio web), intentos de acceso no autorizado a través de vulnerabilidades en la aplicación web, entre otros. Estas amenazas pueden ser detectadas mediante análisis de tráfico web, registro de eventos y monitoreo continuo de la seguridad de la infraestructura web. 2. **Amenazas en correos:** Las amenazas en correos electrónicos pueden incluir ataques de phishing, donde los atacantes intentan engañar a los usuarios para que revelen información confidencial o descarguen archivos maliciosos a través de enlaces o adjuntos de correo electrónico. Estas amenazas pueden ser identificadas mediante la implementación de filtros de correo electrónico, capacitación de los usuarios en la identificación de correos electrónicos sospechosos y el uso de sistemas de detección de amenazas. 3. **Amenazas en el sistema de archivos internos:** Estas amenazas pueden estar relacionadas con intentos de acceso no autorizado a los sistemas internos de la entidad, como intentos de intrusión, robo de información confidencial o malware que afecta la integridad y disponibilidad de los datos almacenados. La detección de estas amenazas puede llevarse a cabo a través de la implementación de soluciones de seguridad en la red, sistemas de monitoreo y auditoría de seguridad. |
| **7** | ¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo tecnológico y de seguridad digital que la amenazó a la entidad durante 2022?   1. **Implementación de medidas de seguridad de red:** Esto puede implicar el uso de firewalls en el caso del hospital contamos con el sistema de **Fortinet**, sistemas de detección y prevención de intrusiones (IDS/IPS), segmentación de la red, y autenticación de acceso para proteger la infraestructura de red contra amenazas externas. 2. **Actualizaciones y parches de seguridad:** Mantener los sistemas y aplicaciones actualizados con los últimos parches de seguridad ayuda a proteger contra vulnerabilidades conocidas y garantiza que las medidas de seguridad estén al día, en 2022 se hizo actualización del sistema dinámica y se adquirieron 3 licencias de Windows server 2022. 3. **Políticas de seguridad y buenas prácticas:** Establecer políticas de seguridad claras y promover buenas prácticas de seguridad, como el uso de contraseñas fuertes, el cifrado de datos sensibles, la capacitación del personal en seguridad cibernética y la implementación de políticas de acceso y control de privilegios, el cual fue activo en el 2022. 4. **Capacitación y concientización de los empleados:** trabajamos con los colaboradores sobre las amenazas de seguridad digital, cómo reconocer y evitar el phishing, y cómo proteger la información confidencial es fundamental para fortalecer la seguridad en la entidad. 5. **Monitoreo y auditoría de seguridad:** Implementamos monitoreo y auditoría de seguridad para detectar y responder rápidamente a cualquier actividad sospechosa o inusual en los sistemas y redes de la entidad. |
| **8** | ¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo tecnológico y de seguridad digital a partir de 2022?   1. **Evaluación y actualización periódica de políticas y procedimientos**: Revisar y actualizar regularmente las políticas y procedimientos de seguridad de la entidad para asegurarse de que reflejen las mejores prácticas y las últimas tendencias en ciberseguridad. Esto incluye la revisión de políticas de acceso, gestión de contraseñas, uso de dispositivos móviles, entre otras. 2. **Capacitación y concienciación continua:** Brindar una formación periódica y actualizada en seguridad digital a todos los colaboradores para mejorar su comprensión de los riesgos y las mejores prácticas de seguridad. Esto puede incluir la identificación de correos electrónicos de phishing, el uso seguro de contraseñas, la detección de malware y el manejo adecuado de información confidencial. 3. **Evaluación de riesgos y pruebas de seguridad:** Realizar evaluaciones periódicas de riesgos y pruebas de seguridad, como pruebas de penetración, para identificar posibles vulnerabilidades en la infraestructura tecnológica y las aplicaciones utilizadas por la entidad. Estas pruebas pueden ayudar a detectar brechas de seguridad y áreas de mejora. 4. **Implementación de una respuesta efectiva a incidentes de seguridad:** Desarrollar y poner en práctica un plan de respuesta a incidentes de seguridad, que incluya procedimientos claros para manejar y mitigar los impactos de un incidente de seguridad. Esto puede incluir la identificación temprana de incidentes, la contención de daños, la recuperación de datos y la comunicación efectiva tanto interna como externa. 5. **Evaluación de proveedores y terceros:** Evaluar y establecer requisitos claros de seguridad para los proveedores y terceros que tienen acceso a los sistemas y datos de la entidad. Establecer acuerdos contractuales sólidos que incluyan cláusulas de seguridad y obligaciones para proteger la información confidencial. 6. **Mantenerse actualizado con las últimas amenazas y soluciones de seguridad:** Mantenerse al tanto de las últimas tendencias y amenazas en el ámbito de la seguridad digital, así como de las soluciones y herramientas disponibles para mitigar esos riesgos. Esto implica seguir las actualizaciones de seguridad, participar en comunidades de seguridad y recibir información de fuentes confiables. |
| **Acuerdos, compromisos y protocolos éticos** | **9** | ¿Qué elementos ha incorporado la entidad en los documentos que aclaran y definen los principios y valores de la entidad para aportar a la cultura del control?  La institución desde hace un tiempo ha creado una política que tiene como objetivo definir unos principios que son los reguladores del comportamiento macro de la institución dentro de esos principios y dependiendo obviamente de cada una de las áreas están la oportunidad, calidad, racionalidad, pertinencia, eficiencia, eficacia la satisfacción del usuario, seguridad del paciente, la transparencia, una planeación adecuada, el uso adecuado de los recursos públicos y el seguimiento a cada uno de este tipo de procesos a través de los mecanismos de control que tiene la institución implementados que son de varios tipos:  Control marco: que son los de control político y lo hace la junta directiva y que es el órgano de seguimiento al programa de la gerencia  Control interno: Es una oficina independiente asesor de la gerencia y realiza su seguimiento según los definidos en su programa de auditoria de control interno  Seguimiento a cada uno de los programas y indicadores de cada área: aquí cada área define unos indicadores a los cuales se les hace seguimiento en el comité institución y de gestión donde se define planes de mejoramiento si es el caso para establecer controles.  Adicional existen otros controles que son de normal por ley tales como indicadores que corresponden a la normativa de reporte de informes, de entrega y diligenciamiento de formatos públicos, SECOP. SIGEP, CHIPS, circular 030 entre otros y el seguimiento al sistema único de habilitación que está dado por el SOGC, entonces cada uno de ellos tiene sus programas, tienen su seguimiento y con esto se basan los principios fundamentales para el control. |
| **10** | ¿Qué aspectos de los acuerdos, compromisos y protocolos éticos se pueden mejorar para aportar a la cultura del control?  Se pueden mejorar muchos y es bueno recordar que dentro del programa MECI, el SSOGC, dentro del seguimiento que se hace a través de la junta directiva todos los planes de mejoramiento tienen un seguimiento para definir si ese plan de mejorar ha revertido o no las causas que están generando el no cumplimiento de los indicadores, entonces dentro de ese proceso se tiene demasiadas oportunidades de mejora en cada uno de los criterios o de las evaluaciones que cada uno realiza a nivel de toda la empresa, desde indicadores y seguimientos de nivel gerencial hasta indicadores que incluyen direccionamiento y planeación como indicadores de los procesos administrativos en los que están inmersos, jurídica, planeación, talento humano y el área financiera como los indicadores de seguimiento asistencial donde están cada una de la unidades funcionales de prestación directa con servicios de salud de los pacientes.  En conclusión es se puede mejorar el seguimiento que se realiza a cada uno de los planes de mejora que se generan con el fin mayor control en cada uno de los procesos. |
| **11** | ¿Se revisa la pertinencia de los acuerdos, compromisos y protocolos éticos establecidos y se actualizan periódicamente?  Si, la oficina de planeación hace un seguimiento a los planes de mejoramiento y hay alguno de estos o algunos programas que estan definidos para el periodo de la gerencia durante 4 años ósea que se les hace un seguimiento anual para todo el cuatrienio y otros que soy de carácter anual mas temporales llamase semestral o mensual dependiendo de cada plan de mejoramiento se establece la periodicidad, el tipo de seguimiento y el tipo de compromiso y eso es lo que se hace por me dio de los comités donde el objetivo es hacer el seguimiento al cumplimiento de los objetivos institucionales. |
| **12** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación a los acuerdos, compromisos y protocolos éticos con base en los resultados a 2022?  Considero que hay muchos aspectos por mejorar dado a que el SSOGC y el MECI son programas que tienen como objetivo mejoramiento continuo y nunca vamos acabar de tratar de mejorar y tener cada vez cosas importantes.  Uno de los aspectos importantes para mejorar seria el proceso financiero que repercute demasiado sobre la institución dado a que estamos catalogados en alto riesgo financiero y eso hace que tengamos demasiadas oportunidades de mejora en el área financiera de la institución muy encaminados a lo que se llama el ciclo económico de la prestación de los servicios de salud una rea vital para el proceso, el sistema de habilitación en salud, somos un hospital que si bien está habilitado también está en la búsqueda de la acreditación en salud pero que debido a las afujías económicas ha sido muy complicad poder cumplir, es decir que existen falencias importantes en todo los que tiene que ver con el SOGC.  Otro aspecto en el cual se debe de mejorar de alguna manera es en el manejo de la protección de los datos de sistemas de información en el cual tenemos algunas inseguridades por lo que es necesario proteger el dato sensible de los pacientes y todo anclado a un programa que se llama madurez digital en la cual estamos con una calificación muy baja. |
| **Desarrollo del talento humano** | **13** | ¿Se cuenta con una estrategia para socializar el manual de funciones y competencias laborales actualizado para cada uno de los cargos de la entidad? Explique en qué consiste la estrategia.  La socialización se realiza por medio de correo electrónico, es decir se envía el acto administrativo a todos los correos electrónicos de los cargos que tiene la entidad y esa es la socialización. Este no se socializa individualmente, ya las personas que tengan alguna inquietud respecto a las funciones asignadas al cargo se comunican directamente con talento humano y se procede a dar la explicación, pero hasta el momento de todas las actualizaciones que se han hecho al manual de funciones nunca ha habido ninguna inquietud respecto a sus funciones. |
| **14** | ¿Se ha adoptado un sistema de evaluación del desempeño? Explique en qué consiste  El sistema de evaluación de desempeño es el adoptado por comisión nacional del servicio civil que aplica al personal de planta con el tipo de vinculación de carrera administrativa, se hace en la plataforma, directamente la comisión nacional del servicio civil se hace una evaluación anual, con dos evaluaciones parciales que son en agosto y febrero, este es el sistema que se acoge en institución. |
| **15** | ¿Considera que hay aspectos por mejorar en la implementación del MECI en la entidad con relación al desarrollo del talento humano con base en los resultados a 2022?  Claro que hay aspectos a mejorar pero uno importante y fundamental es el tema de capacitaciones, hacemos dentro de las capacitaciones un post test pero se debería realizar un pre test antes de realizar la capacitación y medir el impacto, a veces se mide la satisfacción pero está enfocada al capacitador, debemos medir es el impacto que ese si no se mide o se mide no muy frecuentemente. |
| **Riesgos financieros** | **16** | ¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo financiero que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?  El hospital está catalogado en alto riesgo financiero por parte de la Súper Intendencia Nacional de Salud desde el año 2012 por las acreencias que se tenían cuando ese entonces, estas han ido creciendo y año 2019 se situaron en $47 mil millones de pesos siendo una acreencias que en la actualidad no se pueden dar pago completo de ellas, al tener demasiados acreedores estos presentaron demandas ejecutivas las cuales condenaron el hospital y por lo tanto se tienen embargos judiciales sobre cuentas institucionales de algunas de las EPS correspondientes, al tener esos embargos eso hace que se disminuya la capacidad de funcionamiento por lo tanto se presentan atrasos en los pagos correspondientes a los contratos actuales y eso hace que se conforme un círculo vicioso muy dañino para la institución y es que al no tener dinero suficiente para el funcionamiento conlleva a su vez a que se disminuya la prestación de servicios y eso a su vez hace que ingrese menos dinero y se agrava la situación.  Cuando las instituciones de salud están declaradas en alto riesgo financiero existe una normal que las obliga a presentar un programa de saneamiento fiscal y financiero, en ese programa se plantean 5 grupos fundamentales de los objetivos institucionales que son :  Reducción de costos y gastos  Fortalecimiento de ingresos  Reorganización administrativa  Restructuración de la deuda  Saneamiento de pasivos  Por ellos se planteó entonces mirar estos procesos donde cada uno tiene un estructura en el cual se plantea como se va hacer cada una de los objetivos y las actividades que están inmersos en ellos. |
| **17** | ¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo financiero que la amenazó a la entidad durante 2022?  Se planeó como elemento fundamental para el programa de saneamiento fiscal y financiero buscar la operación conjunta de la sede 1 y sede 2 de la institución a través de una unión temporal con entes externos y a eso se le llamo operación fénix, la unión temporal es con una empresa llamada **Angiosur** en la cual lo que se espera es que esta empresa opere en la sede 2 durante 10 años bajo un contrato de operación de arrendamiento de canon fijo y canon variable, durante esos 10 años a precio de valor presente se espera que produzca $23 mil millones de pesos, los servicios que están en la sede 2 serán instalados y adecuados en la sede 1 es así como se va a trasladar aproximadamente 60 camas de sede 2 a sede 1 para quedar así con un aproximado de 108 a 110 camas en total.  Desafortunadamente durante el año 2022 que como muchos lo saben fue un año muy difícil el IPC y el aumento de la inflación golpearon bastante la institución el desabastecimiento de medicamento e insumos la subida del dólar y una disminución de la prestación de servicios de salud por efecto post pandemia hicieron que se presentaran unas perdidas las cuales para este año se están buscando solucionar o por lo menos mantener el proceso, para el 2023 se espera una inversión aproximada de $2500 millones de pesos por parte de la secretaria seccional y la gobernación de Antioquia para el traslado de las camas de sede 2 a sede 1 el cual apoyaría y ayudaría más en la ventas de servicios, adicionalmente al concentrarnos en una sede esperamos disminuir costos y gastos. |
| **18** | ¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo financiero a partir de 2022?  Una de las oportunidades de mejora es la ayuda de la SSS Y la gobernación de Antioquia no solo en el tema financiero si no el apoyo en gestión y logístico que se está brindando y lo segundo es algunos de los principios básicos de la reforma de la salud especialmente el punto que tiene que ver con el fortalecimiento de la red pública hospitalaria dado a que dentro de ese fortaleciendo esta la adecuación de infraestructura, el tema de saneamiento de pasivos y una muy importante que es la cancelación por parte del ministerio de salud de las deudas de las EPS liquidadas y por último la formalización de los trabajadores de la salud con un pago similar al que tienen los maestros o los que tienen las demás ramas públicas, la judicial, la policial, la militar, los maestros dado a que todos ellos les paga directamente la nación y no como nuestras instituciones que tenemos que vender servicios de salud y esperar a que las EPS nos paguen para poder pagarle al personal. |
| **Riesgos operativos** | **19** | ¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo operativo que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?  La amenazas o riesgos operativos de la institución están más concentrados a los riesgos derivados de la atención en salud por lo tanto las unidades misionales de prestación de servicios de salud son los que más trabajan sobre este tipos de procesos de riesgos y hay riesgos en las áreas de consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, UCI- UCE que los lideres deben de hacer seguimiento al proceso.  Los riesgos identificados en la vigencia 2022 fue el riesgo de evento adverso que es aquel evento derivado directamente de la prestación de servicio de salud, el riesgo de complicaciones que es el riesgo que un paciente sufra una complicación pero derivada de su propia patología no de la prestación del servicio.  El riesgo de muerte por las condiciones clínicas del paciente, el riesgo de que la mala praxis en la cual el medico comete un error por imprudencia, por inobservancia o por negligencia.  Derivado de estos riesgos operativos están todos los riesgos adicionales dado a que si un paciente se complica y se muere existe un riesgo jurídico de una demanda de una responsabilidad médica y se ve reflejado el riesgo reputacional para la institución  Es importante aclara que parea la vigencia 2022 se presentaron riesgos importantes relacionados con el área financiera que han generado déficit en la prestación de los servicios de salud, se presentaron eventos adversos de mortalidad institucional, demandas jurídicas y demandas ejecutivas y se ha presentado riesgo reputacionales mediante medios que son riesgos que se han materializado |
| **20** | ¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo operativo que la amenazó a la entidad durante 2022?  Para el sector salud la súper intendencia nacional de salud definió unos mapas de riesgos que aproximadamente son 26 o sistemas de riesgos que es de obligatorio cumplimiento para las instituciones de salud específicamente para las empresas sociales del estado y esos riesgos abarcan todo lo que tiene que ver con riesgos jurídicos, financiero, re corrupción, riesgos pata la información, riesgos operativos, de salud entre otros.  Lo que hace la institución es construir una matriz de riesgos general global en la cual dependiendo del área funcional o administrativa ellos deben de identificar los riesgos y a partir de ellos construir una serie de controles para evitar que se mitigue el riesgos, esa es una función de cada uno de los lideres el cual se hace en compañía del área de calidad y planeación para poder construir la matriz y hacerle los seguimientos y determinar dependiendo de los riesgos planes de mejoramiento que se hace en específico en aquellos procesos que se evidencian fallas.  Hay dos temas importantes también, uno, es que el mapa de riesgos es una matriz muy grande y la institución por estar en alto riesgo financiero tiene riesgos asociados a este proceso financiero muchos más grandes de los que pudiéramos tener, lo que hace que para mitigar el riesgo se tendrían que destinar una gran cantidad de recursos económicos, humanos y operativos que desafortunadamente no se tienen lo que hace que los riesgos prioritarios que están catalogados como riesgos emergentes son los que se tienen que tener más atención, obviamente oportunidades de mejora muy importantes el mapa de riesgos es fundamental para mitigar el daño a la institución desde todo el punto de vista. |
| **21** | ¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo operativo a partir de 2022?  Existen muchas oportunidades de mejora para mitigar el riesgo operativo pero una clave e importante es que al tener las matrices de riesgo y clasificar aquellas que se encuentran categorizadas como un riesgo rojo es decir riesgo emergente, se califica como altísimo riesgo y los riesgos en naranja que se califican como riesgos prioritario, sobre esos dos riesgos es que la entidad tiene la oportunidad de mejora para tratar de minimizar el riesgo a través del número de eventos o través de la acciones que se establecen desde el plan de mejoramiento dado que si se materializan los riesgos existen la posibilidades de que se presente un perjuicio o un daño a la institución, a la familia, al paciente o a la sociedad.  Las oportunidades de mejora deben ser sobre los controles para evitar que se presente el riesgo ejemplo:  La institución cuenta con un sistema para disposición de líquidos pero para nosotros poder disponer de los líquidos biológicos en ese sistema de disposición de líquidos que sale por todo el sistema que utiliza la cuidad bebemos desactivar los líquidos biológicos antes de verter el líquido a la alcantarilla, para nosotros es fundamental hacer el control de la desactivación de líquidos antes y esa es la oportunidad de mejora, porque cuando ya nosotros echamos el líquido sin haberlo desactivado estamos poniendo en riesgo toda la comunidad.  Por lo tanto las oportunidades de mejora están en los controles que para la institución es lo más importante.  Otro ejemplo típico es el lavado de mano que para nosotros es la pieza fundamental para prevenir la infección, y es fundamental que el control se haga antes del procedimiento con el lavado de manos, mediante capacitaciones, seguimiento, vigilancia, siempre verificar, preguntar a los profesionales de la salud si ya se lavó las manos y determinar en el momento que se debe de hacer; lo más importante aquí es como oportunidad de mejora siempre el control. Sin embargo existe la posibilidad de que a pesar de que hacemos esos eventos y de que se lavan las manos se presente el daño, pueda llegar a infectarse el paciente, eso sería una oportunidad de mejora, por lo tanto en este caso se realiza un análisis de caso a través de metodologías especiales para estudiar los eventos adversos y se le tiene que hacer un seguimiento a esos análisis de casos específicos porque esos análisis de casos no son grupales si no individuales, caso por caso y eso es otra oportunidad de mejora |
|  |  |  |

Para finalizar ¿Considera que hay algo que no se le preguntó sobre estos temas y que sea relevante? ¿Tiene algo que complementar?

**Observaciones de la entrevistadora:** En su opinión ¿El entrevistado estaba cómodo durante la entrevista? Sí\_x\_\_\_ No\_\_\_\_ Explique su respuesta: ¿Considera que el entrevistado tiene el conocimiento suficiente en relación al MECI? Sí\_x\_\_ No\_\_\_\_ Explique su respuesta:

¿El desarrollo de la entrevista fue fluido o se presentaron dificultades? Sí\_\_x\_\_ No\_\_\_\_ ¿Cuáles?:

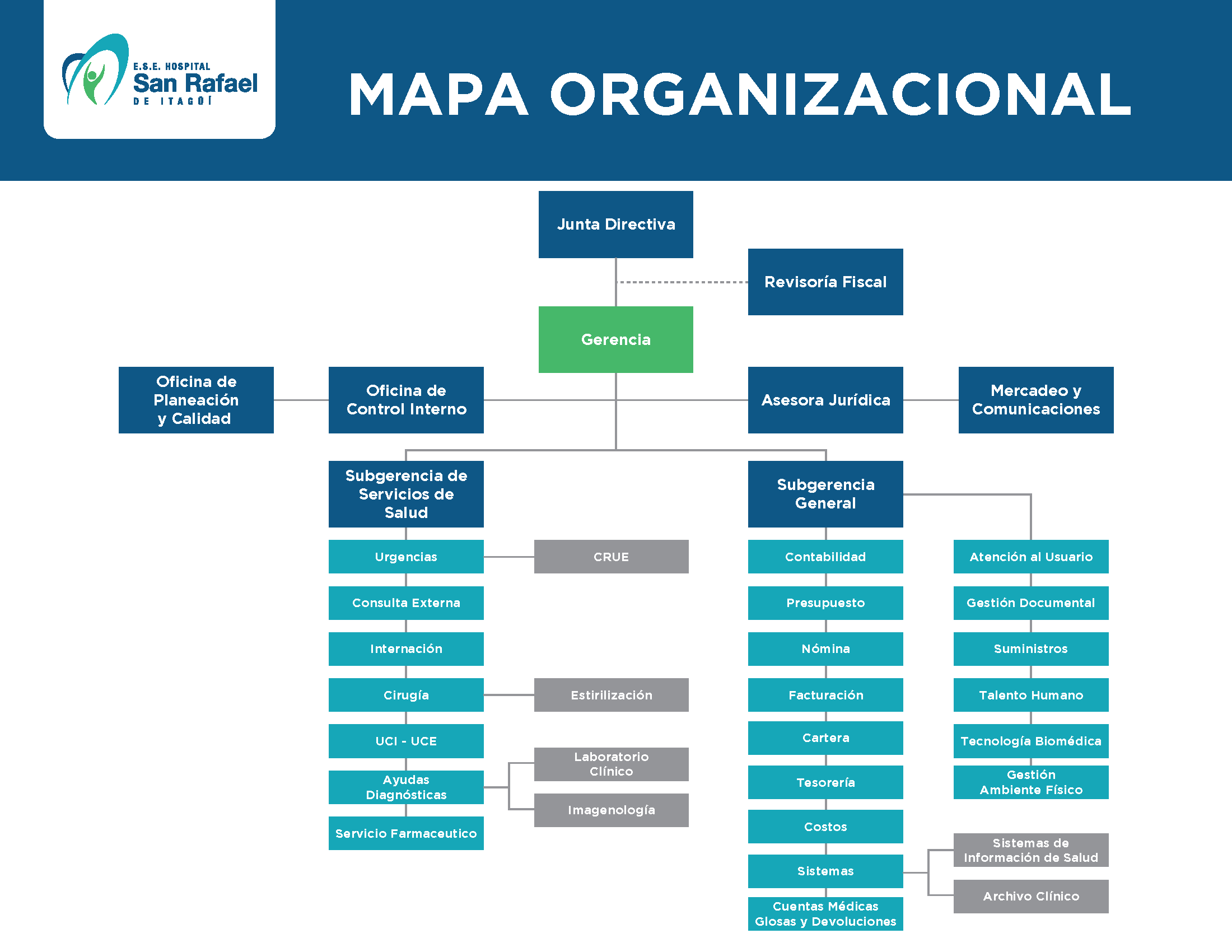
¿el entrevistado identificó que alguna de las preguntas no era relevante? Sí\_\_\_\_ No\_\_x

\_\_ ¿Por qué?:

Observaciones generales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Componentes del MECI**

1. Oficina de planeación y calidad
   1. Planes, programas y proyectos
   2. Modelo de operación por procesos
   3. Estructura organizacional
   4. Indicadores de gestión
   5. Políticas de operación
   6. Políticas de administración del riesgo
   7. Riesgo estratégico
2. Oficina de control interno
   1. Autoevaluación Institucional
   2. Autoevaluación del control y gestión
   3. Auditoria interna
   4. Identificación del riesgo
   5. Análisis y valoración del riesgo
   6. Plan de mejoramiento
   7. Riesgos de cumplimiento
3. Oficina de mercadeo y comunicaciones
   1. Eje transversal: Información y comunicación
   2. Riesgo de imagen
4. Subgerencia general
   1. Riesgos financieros
   2. Riesgos tecnológicos y de seguridad digital
   3. Riesgos operativos
   4. Talento humano
      1. Acuerdos, compromisos y protocolos éticos
      2. Desarrollo del talento humano

.

* Gerencia Diego León Muñoz Zapata
* Control interno Diana Marcela Rivera Osorno
* Planeación estratégica Jony Sneider Rojas Chavarría
* Comunicaciones Juan Sebastián Carvajal Restrepo
* Talento Humano Paola Andrea Palacio
* Contratación Alejandra Gallo Ramírez
* Contabilidad Francia Correa Ramírez
* Tesorería Carlos Alberto Carvajal