



**Análisis del proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno
(MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022.**

Lina Marcela Granda Pérez

Trabajo de investigación para optar al título de Administrador en Salud

Asesor

Fernando Giraldo Piedrahita

Doctor (PhD) en Salud Pública

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Administración en Salud

Medellín, Antioquia, Colombia

2023

Cita	Granda Pérez (1)
Referencia	(1) Granda Pérez LM. Análisis del proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022 [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2023.
Estilo Vancouver ICMJE (2018)	



Seleccione centro de investigación UdeA (A-Z).



Seleccione biblioteca, CRAI o centro de documentación UdeA (A-Z)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: José Pablo Escobar Vasco

Jefe departamento: Mónica Lucia Jaramillo.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Agradecimiento

En primer lugar, quiero agradecer a Dios, la vida y el universo que me ha permitido ser parte de este proceso formativo en el cual he crecido tanto a nivel profesional, intelectual y personalmente.

Así mismo, agradecer a mi familia por su inquebrantable apoyo emocional y motivacional durante este proceso, ellos han sido un pilar fundamental en cada uno de mis logros.

Agradezco a la Universidad de Antioquia a mis profesores y profesoras por impartirme sus conocimientos y por brindarme las herramientas necesarias para abordar los desafíos académicos de esta tesis y en especial a mi asesor de trabajo de grado FERNANDO GIRALDO PIEDRAHITA por su orientación experta, paciencia y valiosas sugerencias que han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Deseo reconocer y agradecer a mis amigos y amigas por su apoyo incondicional y por ser una fuente de ánimo y distracción positiva cuando más lo necesitaba.

Finalmente, agradecer al Hospital San Rafael de Itagüí, sus directivos y colaboradores por facilitar la elaboración de este trabajo de investigación en la institución y por su disposición al momento de proporcionar la información necesaria para alimentar las reflexiones que conforman este trabajo.

Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract	9
1 Introducción	10
2 Planteamiento del problema	12
3 Justificación	18
4 Objetivos	20
4.1 Objetivo general	20
4.2 Objetivos específicos	20
5 Problema de investigación	21
6 Marco teórico	22
7 Marco conceptual	30
7.1 Control Interno	30
7.2 Modelo Estándar de Control Interno	32
7.3 Cultura del control	33
7.4 Riesgo	33
7.4.1 El riesgo estratégico	34
7.4.2 Riesgo de imagen	34
7.4.3 Riesgos operativos	34
7.4.4 Riesgos financieros	35
7.4.5 Riesgos de cumplimiento	35
7.4.6 Riesgos tecnológicos	35
7.5 Calidad	35
8 Marco legal	36
9 Metodología	40
9.1 Postura epistemológica	40
9.2 Ontología del Modelo Estándar de Control Interno (MECI)	41
9.2.1 Riesgo estratégico	42
9.2.2 Riesgo de imagen	42
9.2.3 Riesgos operativos	42

<u>9.2.4 Riesgos financieros</u>	43
<u>9.2.5 Riesgos de cumplimiento</u>	43
<u>9.2.6 Riesgos tecnológicos</u>	43
<u>9.2.7 Componente de Talento Humano</u>	43
<u>9.2.8 Componente de autoevaluación Institucional</u>	44
<u>9.2.9 Componente de Auditoría Interna</u>	44
<u>9.2.10 Componente de planes de mejoramiento</u>	44
<u>9.3 Enfoque</u>	44
<u>9.4 Diseño</u>	45
<u>9.5 Contexto del estudio</u>	46
<u>9.6 Selección del caso</u>	46
<u>9.7 Unidad de análisis</u>	47
<u>9.8 Trabajo de campo</u>	47
<u>9.8.1 Técnicas e instrumento de recolección de la información</u>	47
<u>9.8.2 Técnicas y procedimientos del análisis de la información</u>	48
<u>9.8.3 Publicación y divulgación de resultados</u>	51
<u>10 Consideraciones éticas</u>	52
<u>11. Aspectos administrativos</u>	54
<u>11.1 Viabilidad y factibilidad</u>	54
<u>12 Análisis de Resultados</u>	56
<u>12.1. Implementación del MECI en el Hospital San Rafael</u>	56
<u>12.2. Riesgos que afectan la implementación del MECI en el Hospital San Rafael</u>	72
<u>12.3. Oportunidades de mejora del MECI en el Hospital San Rafael</u>	81
<u>13 Conclusiones</u>	90
<u>14 Recomendaciones</u>	93
<u>15 Referencias</u>	95
<u>19 Anexos</u>	102

Lista de tablas

<u>Tabla 1 Estructura Modelo Estándar de Control Interno</u>	27
<u>Tabla 2 Modelos de Control Internos más representativos</u>	32
<u>Tabla 3 Marco normativo Modelo MECI</u>	36
<u>Tabla 4 El Proceso de Análisis Inductivo</u>	48
<u>Tabla 5 Estado del SCI resultados 2022</u>	58
<u>Tabla 6 Acciones de cumplimiento Eje Transversal de Información y Comunicación</u>	62

Lista de figuras

<u>Figura 1 Estructura del Modelo Estándar de Control Interno</u>	28
<u>Figura 2 Fomento de la cultura del control y la lucha anticorrupción</u>	63
<u>Figura 3 Resultados de la implementación de los sistemas de Control Interno</u>	64
<u>Figura 4 Disponibilidad de mecanismos y canales de comunicación adecuados</u>	65
<u>Figura 5 Disposición de escuchar los reclamos de usuarios y empleados</u>	65
<u>Figura 7 Retos de la lucha contra la corrupción y el cuidado del patrimonio</u>	90

Resumen

El presente trabajo de investigación parte de plantearse como pregunta de investigación: ¿Cómo fue la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022? Consecuentemente con esta pregunta de investigación, se plantea como 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. Desde el punto de vista metodológico, el trabajo tiene una postura epistemológica mixta y, en este sentido, combina elementos de los enfoques cualitativo y cuantitativo, el diseño corresponde con un estudio de caso descriptivo que busca comprender el proceso de implementación del MECI en el caso de la ESE San Rafael de Itagüí y las características singulares de este proceso en la entidad. En virtud de este planteamiento, se obtienen como resultados principales que: la entidad debe profundizar la integración de sus unidades administrativas con el objetivo de consolidar una cultura del control que facilite la implementación de MECI a través de los esfuerzos de todos sus colaboradores y, en función de estos resultados, se formulan conclusiones y recomendaciones que buscan aportar a la sostenibilidad de la entidad.

Palabras clave: Control Interno, MECI, Modelo Estándar de Control Interno, Hospital San Rafael de Itagüí, Riesgo.

Abstract

This research work is based on the following research question: How was the implementation of the Internal Control Standard Model (MECI) in the San Rafael de Itagüí Hospital during the year 2022? Consequently with this research question, the general objective is: to analyze the implementation process of the Internal Control Standard Model (MECI) in the San Rafael de Itagüí Hospital during the year 2022. From the methodological point of view, the work has a mixed epistemological position and, in this sense, combines elements of qualitative and quantitative approaches, the design corresponds to a descriptive case study that seeks to understand the implementation process of the MECI in the case of the ESE San Rafael de Itagüí and the unique characteristics of this process in the entity. By virtue of this approach, the main results are: the entity must deepen the integration of its administrative units with the objective of consolidating a control culture that facilitates the implementation of MECI through the efforts of all its collaborators and, based on these results, conclusions and recommendations are formulated that seek to contribute to the sustainability of the entity.

Keywords: Internal Control, MECI, Internal Control Standard Model, Hospital San Rafael de Itagüí, Risk.

1 Introducción

El presente trabajo de investigación se desarrolló a partir del objetivo de analizar el proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022. La realización de este trabajo parte de las experiencias de la autora en dicho hospital, pues, es en el que desarrolla su actividad laboral, específicamente en la oficina de control interno. Por lo que constituye un trabajo de investigación largamente meditado y en el que se busca generar un aporte significativo a una entidad con la que la autora tiene una estrecha relación.

Los trabajos de investigación desarrollados en torno a los modelos de control interno en las instituciones públicas y, más específicamente, al Modelo Estándar de Control Interno (en adelante MECI) tienen gran valor; dado que estos modelos tienen como objetivo regular los procesos evaluativos y las formas de funcionamiento de las organizaciones y, en el caso del MECI, el funcionamiento de las instituciones públicas del Estado colombiano, desde el punto de vista financiero y administrativo, es decir, dos de los ámbitos de la gestión organizativa que garantizan la continuidad de los servicios prestados y la capacidad de las entidades del Estado para cumplir su objetivo misional.

Esta metodología fue adoptada por el Estado colombiano con el objetivo de “asegurar que la gestión administrativa de las entidades y organismos del Estado logren el cumplimiento de la misión y los objetivos propuestos con eficiencia y eficacia dando así cumplimiento a la normatividad y políticas” (1) y, de una manera más general, que la mejora en la gestión de estas entidades contribuya al logro de los fines esenciales del Estado.

Sin embargo, persiste, en un gran número de las instituciones de carácter público una diversidad de desajustes asociados a la gestión administrativa y financiera, además de indicadores de corrupción institucional que afectan, de manera concreta, el logro de los objetivos misionales para los cuales fueron creadas estas entidades y, de manera más general, a la sociedad y el Estado.

Uno de los sectores de la administración pública colombiana que se ve más impactado por estos desajustes y por los índices de corrupción es el sector salud. Este sector presenta, como veremos más adelante en el planteamiento del problema, una

situación bastante compleja dado que, en todas las dimensiones de desempeño institucional, los índices de corrupción tienen una fuerte incidencia y, consecuentemente, afecta la capacidad de las instituciones para prestar sus servicios con calidad y garantizando la dignidad de los usuarios. Por lo que los trabajos de investigación que buscan corregir este tipo de desajustes constituyen un significativo aporte para que estas entidades alcancen su objetivo misional y la sociedad vea satisfechas sus necesidades asociadas a la salud.

Desde 2016 el Hospital San Rafael de Itagüí pasa por un proceso de crisis institucional asociado a las deudas que tiene con un número significativo de acreedores y, a consecuencia de ello, se encuentra calificado como una entidad con alto riesgo financiero. Por esta razón participa de un programa de saneamiento fiscal por el que las actividades de control y la fiscalización deben realizarse con mayor rigor y mayor sujeción a la normativa. De ahí que este trabajo de investigación sea una importante oportunidad para comprender las formas a través de las que la entidad y sus colaboradores están enfrentando la crisis y asumiendo los retos que implica operar una entidad con esta situación de riesgo y la mencionada calificación.

En consecuencia, este trabajo parte de la pregunta de investigación sobre: ¿Cómo fue la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022? Consecuentemente con esta pregunta, se plantearon unos instrumentos de recolección de información que facilitaron obtener los resultados que, de manera estructurada, se presentan en este trabajo.

El trabajo investigación evidencia sus resultados a través de diversos capítulos. En los capítulos preliminares se presenta: desde el planteamiento del problema hasta los apartados teóricos y metodológicos. Posteriormente, en el capítulo: Análisis de resultados, se evidencian los resultados de la aplicación de los instrumentos de recolección de información y, a través de los tres subcapítulos que lo componen se da cuenta de manera ordenada de los objetivos específicos. Y, finalmente, en los capítulos de conclusiones y resultados: se realizan las reflexiones de cierre y se proponen medidas tendientes a corregir los desajustes que se evidenciaron.

2 Planteamiento del problema

Recientemente se han desarrollado mecanismos de Control Interno en el contexto de las empresas y otras organizaciones, con el objetivo de regular las formas de funcionamiento de esas organizaciones en términos contables y administrativos. Entre estos mecanismos se ha desarrollado Modelo Estándar de Control Interno (MECI) como respuesta a una de las problemáticas fundamentales del Estado, es decir, la de establecer las condiciones necesarias para garantizar el adecuado funcionamiento de las entidades públicas mediante la adopción de metodologías de sistemas de control que tengan la capacidad de fortalecer de manera estructurada, la estrategia institucional, la gestión organizativa y los procesos evaluativos de las entidades del Estado.

En virtud de esta expectativa el MECI se incorpora en el país con el objetivo de contribuir “a asegurar que la gestión administrativa de las entidades y organismos del Estado logren el cumplimiento de la misión y los objetivos propuestos con eficiencia y eficacia dando así cumplimiento a la normatividad y políticas del Estado” (1).

En este sentido, el gobierno nacional estableció el Modelo Estándar de Control Interno (en adelante MECI) que es una metodología que proporciona una base estructural para la gestión de las entidades del Estado y, a juicio de los entes de control, tiene la capacidad de contribuir a alcanzar los objetivos misionales de cada entidad del Estado y, de esta misma forma, coadyuvar al logro de los fines esenciales del Estado (1).

Si bien a nivel internacional se ha avanzado en la formulación e implementación de modelos de control interno que han desembocado en herramientas constructivas y efectivas para ejercer adecuadamente las labores de control de instituciones y empresas del sector productivo y de servicios, en Colombia estos avances, al parecer, no han sido tan efectivos. Una de las circunstancias que pueden evidenciar esta afirmación es la persistencia de la corrupción institucional que afecta estructuralmente al país, esta afectación es tan significativa que el Estado colombiano históricamente ha sido tradicionalmente visto, y con sobradas razones, como un Estado con altos índices

de corrupción que ponen en serio riesgo, y en ocasiones hacen imposibles, el logro de los objetivos del Estado mismo.

Una de las evidencias que sustentan lo que se podría identificar como una característica del Estado colombiano, lo constituyen las sucesivas mediciones de los índices de corrupción que organizaciones como Transparencia Internacional realizan. Índices en los que el país siempre obtiene calificaciones bajas, es decir, indicadores de “niveles de corrupción muy serios en el sector público” (2). En la más reciente medición del año 2021 el país “obtuvo 39 puntos sobre 100, siendo 0, corrupción muy elevada y 100 ausencia de corrupción” (2) puntaje que ha persistido desde hace más de una década, ubicándose “en el puesto 87 entre 190 países”(2) en el año anterior. Calificación que ubica a Colombia con resultados similares a países como Kosovo, Etiopía y Marruecos, por citar algunos de los más cercanos en el ranquin de corrupción internacional.

Uno de los sectores de la administración pública que los colombianos consideran más afectados por los índices de corrupción es la salud. Una situación bastante compleja dado que, la corrupción ha demostrado ser un factor determinante “en las cinco dimensiones del desempeño del sistema de salud: el acceso, la calidad, la equidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios de atención a la salud” (3), a lo que se suma que este factor:

Tiene enormes efectos sobre la eficiencia del sector salud, en particular en la disponibilidad y el uso de recursos que son escasos. A nivel mundial, se estima que el 7% del gasto en salud, que asciende a más de \$ 500 mil millones por año, se pierde debido a la corrupción y el fraude. (3)

En Colombia, según el DANE en “2019, el 50,4% de la población de 18 años y más, para el total nacional, consideró que el área relacionada con la Salud presenta los casos más graves de corrupción en el sector público” (4). Adicionalmente, un estudio realizado en 2017 por el “Grupo de Economía de la Salud, GES, de la Universidad de Antioquia, que contó con el apoyo financiero de Roche S.A.” (5) indicó entre sus resultados que la corrupción es uno de los males más incidentes del sector de la salud en Colombia y que uno de los retos más significativos del sector es el de “recuperar la

legitimidad y confianza en el sistema” (5). Por otro lado, el 85% de los entrevistados indicaron que los mecanismos de control y de supervisión no eran efectivos. Lo que deja sin salida evidente al sector frente a un problema de orden estructural que afecta profundamente su posibilidad de cumplir con el objetivo para el que fue creado (5).

Estas cifras reflejan certeramente la situación del sector público en Colombia, e indican que los avances en la implementación de mecanismos anticorrupción, como el del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) han sido muy pobres y con resultados muy cuestionables.

En lo que tiene que ver con la ESE San Rafael de Itagüí, la entidad viene atravesando un proceso de crisis desde 2016, por lo que se encuentra en alto riesgo financiero y, en consecuencia, está participando en un programa de saneamiento fiscal y financiero y, en virtud de estas circunstancias, es necesario que el control y la fiscalización de los recursos sea más efectiva para que éstos puedan aportar al cumplimiento del objetivo misional de la organización y para ello es fundamental que se implemente adecuadamente el plan de desarrollo institucional y el MECI.

Todo ello en aras de incidir positivamente en el aseguramiento de la gestión administrativa y contable. Con el propósito de dar efectivo cumplimiento a los fines para los que fue creada en la entidad se ha establecido una Oficina de Control Interno, que tiene como objetivo contribuir “al mejoramiento continuo de la institución, a través del desarrollo de una actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría centrada en los procesos de Administración del Riesgo, Control y Gestión de la entidad” (6) y, bajo su liderazgo, se ha implementado la metodología de control interno MECI y se desarrollan acciones periódicas tendientes para su evaluación y mejoramiento.

Entre las funciones específicas de la oficina de control interno de la entidad, además de las relativas al área específica del control y auditorías, la protección y adecuada administración de los recursos ante los posibles riesgos y, garantizar con eficacia y eficiencia que las operaciones contribuyan al objetivo misional de la organización, entre otras, se destacan: “Velar por el cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la organización, y recomendar los ajustes necesarios” (6), función en particular que se relaciona estrechamente con la implementación y evaluación del Modelo Estándar de Control

Interno (MECI) y, otra de las funciones que se necesario destacar en este punto, es la de “fomentar en toda la organización la formación de una cultura de control que contribuya al mejoramiento continuo en el cumplimiento de la misión institucional” (6), una función que resulta relevante dado el propósito final de este trabajo, que es el de contribuir significativamente a mejorar las condiciones de operación del hospital y facilitar el logro de los objetivos misionales trazados por la institución.

Si bien la oficina de control interno de la entidad ha desarrollado un ejercicio de control adecuado y ajustado a la normatividad, afirmación que se funda en el criterio de un revisor fiscal independiente quien examinó la operación del hospital en 2021. En las propias palabras del experto, la dinámica del control interno en la entidad ha “dado cumplimiento a las leyes y regulaciones aplicables, así como a las disposiciones estatutarias y de la junta directiva, en todos los aspectos importantes” (7). Sin embargo, a criterio de este mismo revisor “el sistema de control interno adoptado por la administración de la institución tiene aspectos por mejorar, básicamente en la adopción de conciliaciones periódicas de módulos y contabilidad, especialmente en lo correspondiente a activos fijos e ingresos” (7). Lo que incide fuertemente en los resultados de la correcta adopción del Modelo Estándar de Control Interno y abre posibilidades para realizar mejoras significativas en pos de amplificar el impacto de la gestión al interior de la entidad y el logro de los objetivos trazados.

La institución ha alcanzado logros significativos a través de la implementación del MECI. Sin embargo, se evidencia que las recomendaciones que surgen de los informes no tienen el impacto institucional deseado. Pues, dichas recomendaciones no son asumidas de forma adecuada por el equipo de gerencia del hospital. Lo que indica que existe una clara falencia en los procesos de evaluación de estos aspectos de la entidad, circunstancia que incide directamente en la capacidad de la organización de apropiar una adecuada cultura del autocontrol, lo que se convierte en un reto significativo en torno al cumplimiento de la finalidad para la que se estableció la oficina de control interno.

Lo que hace imperativo realizar una evaluación complementaria y a profundidad de las condiciones de estos problemas y sus posibles causas en el marco de una evaluación específica de la implementación del modelo MECI en la institución.

Problemática que afecta al conjunto de los actores que confluyen en torno al hospital, por un lado, a los directivos del mismo, dado que no cuentan con información puntual sobre el desempeño institucional en este campo de la gestión administrativa y contable, además de incidir negativamente en los usuarios del hospital, dado que toda mejora en el desempeño organizacional se verá directamente reflejada en una mejora en la atención y la prestación del servicio de salud.

También se hace necesario recordar que la pandemia COVID 2019 trajo varias consecuencia a las instituciones de salud, en caso puntual a la ESE San Rafael de Itagüí la cual fue destinada como centro de expansión para atención de la pandemia en el sur del valle de aburra, una de ellas fue el cierre de todos los servicios ambulatorios y electivos no relacionados con la atención de COVID 19 y dos, la destinación de la mayoría de los recursos logísticos, humanos y financieros fue destinada para la atención de la pandemia, lo que produjo que muchos de los programas que se realizaban dentro de la institución se vieran afectados por el confinamiento, la imposibilidad de reuniones presenciales y la necesidad de aislamiento del personal de la salud lo que llevo a un atraso considerable en el cronograma de todas las actividades administrativas en especial las de Control Interno.

Por otro lado, se evidencia una seria desconexión entre unidades administrativas vitales para ejercer un efectivo control y seguimiento de operación de la entidad, como lo son: la oficina de planeación y calidad y la oficina de control interno; las razones son diversas, pero una que resalta significativa es que los líderes de ambas oficinas, si bien destacan la importancia del trabajo mancomunado, no realizan las acciones necesarias para integrar aspecto de la gestión y, en consecuencia, la implementación de medidas de control no se realizan como parte de una estrategia institucional, sino que son llevadas a cabo como acciones de cumplimiento normativo.

Otra de las circunstancias que se han identificado como problemáticas es la falta de conciencia, que tienen los colaboradores del hospital, sobre el MECI y la utilidad de esta herramienta de control interno; esto porque las anteriores administraciones han fallado en comunicar efectivamente sus beneficios e importancia y la consecuencia de esto es la inexistencia de una cultura del control en la entidad y la imposibilidad de realizar esfuerzos institucionales que reúnan las voluntades de todos los colaboradores

en pos del mejoramiento del servicio y el cumplimiento de los objetivos misionales de la entidad.

En este sentido, es clave analizar y examinar a profundidad la implementación del modelo MECI en la ESE con el objetivo de contribuir a la potenciar la prestación del servicio de salud, dado que una mejora en este ámbito de la gestión tiene la capacidad de asegurar la sostenibilidad del hospital, en términos que optimiza el desempeño en el cumplimiento normativo y redundando positivamente en los indicadores que favorecen la implementación de medidas tendientes a garantizar una adecuada prestación del servicio de salud en todos los aspectos.

Circunstancia que de no intervenir se podría profundizar el problema evidenciado, con graves consecuencias no solo para la entidad, sino también para la población del municipio de Itagüí quienes son los directos beneficiarios del hospital San Rafael y, por otro lado, no abordar esta problemática pondría en riesgo la supervivencia misma de la entidad, dado que no tendría las herramientas para controlar la gestión administrativa y contable de los parámetros normativos exigidos a este tipo de entidades lo que la haría insostenible.

En consecuencia, este trabajo de investigación es importante, ya que, en primer lugar, no existen antecedentes académicos que trabajen esta problemática en el Hospital San Rafael de Itagüí. Y, en segundo lugar, es relevante realizar la revisión del proceso de implementación del MECI, porque la normativa nacional obliga el cumplimiento de procesos de evaluación en esta área de la gestión administrativa en las entidades del Estado y, por tanto, es fundamental entender cómo se ha venido abordando esta problemática en el Hospital. Y, finalmente, porque es un imperativo ético emprender esfuerzos desde el campo académico para contribuir al desarrollo institucional del área administrativa y financiera de la institución y así contribuir al mejoramiento de servicios sociales como la salud.

3 Justificación

El presente trabajo de investigación se orienta a mejorar las condiciones por las cuales el Hospital San Rafael de Itagüí busca cumplir su objetivo misional a partir de las potencialidades de su equipo de colaboradores y la infraestructura con la que cuenta, lo que contribuye fundamentalmente a generar las condiciones para que amplias capas de la población vean garantizados sus derechos fundamentales y alcancen ciertas condiciones de vida digna. De ahí que este trabajo, de alguna forma, sea una humilde contribución a fomentar un orden social más humano.

Las organizaciones que se preocupan por el cumplimiento de sus exigencias de orden social, como en el caso presente de una entidad pública prestadora de servicios de salud han ido paulatinamente implementando sistemas de calidad y mejoramiento dadas las exigencias del gobierno nacional, de ahí que se hayan obligado a implementar el MECI con el objetivo de monitorear y gestionar en todos los procesos institucionales los mecanismos empleados para lograr los objetivos misionales.

Si bien las Empresas Sociales del Estado son organizaciones fundamentales para garantizar el orden constitucional y el fin del Estado social de derecho y, a su vez, estas organizaciones se esfuerzan por estar a la altura de los retos que implica cumplir los derechos fundamentales en países en vías de desarrollo como lo es Colombia. Pero estos esfuerzos no son suficientes y eso es evidente a partir de la certeza que se tienen que amplias capas de la población se encuentran en condiciones de vulnerabilidad y no tienen garantía del cumplimiento de sus derechos fundamentales. Las causas de estos desaciertos son múltiples, pero más allá del origen de estas circunstancias, es clave resaltar que los trabajos investigativos basados en la evaluación de la Metodología Estándar de Control Interno (MECI) contribuyen de manera determinante a consolidar una cultura del control en estas organizaciones fundamentales para gran cantidad de colombianos.

Lo que hace que este tipo de procesos de investigación sean de gran importancia, pues, evaluar estos procesos institucionales puede tener impactos positivos en la institución en múltiples formas, dado que estos estudios tienen la capacidad de hacer más competitivas estas organizaciones y que la entidad pueda

mejorar la confianza que proyecta en la comunidad, dado que es claro que una correcta implementación y ejecución del modelo MECI implica una adecuada ejecución del presupuesto nacional invertido en salud y en control efectivo de los procesos de corrupción al interior de estas organizaciones, lo que convertiría al hospital como un actor relevante a nivel social reconocido por la calidad de los servicios que presta y por administrar el mandato constitucional de la salud con una menor cantidad de desviaciones y errores.

Para la Universidad de Antioquia este tipo de procesos de investigación son importantes, dado que, a través de la realización de estos trabajos la universidad evidencia el compromiso social de sus educandos y los impactos que ha tenido el proyecto académico de la Universidad de Antioquia en los procesos formativos de los estudiantes formados en el Alma Mater. Esto porque una formación de calidad orientada al desarrollo regional se desarrolla a través de comprender las problemáticas que afectan la región y de postular soluciones posibles y vías para mejorar el impacto institucional de entidades como el Hospital San Rafael de Itagüí.

A su vez, el trabajo es importante para el Hospital San Rafael de Itagüí dado que le permite identificar y caracterizar los problemas presentados en el área del control interno, específicamente con la implementación del MECI. En este momento este estudio es especialmente relevante para la entidad, puesto que justo en este momento el Hospital atraviesa momentos de crisis y en este punto es crítico comprender los fallos de la organización en este proceso de saneamiento, y en este sentido, el trabajo constituye un aporte relevante a la sostenibilidad de la entidad contribuyendo así al logro de los fines esenciales del Estado Colombiano y a la implantación de una cultura del control y la autoevaluación en la organización.

4 Objetivos

4.1 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.

4.2 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 la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí
- Formular oportunidades de mejora del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí.

5 Problema de investigación

Consecuentemente con los elementos planteados en los párrafos anteriores se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo fue la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022?

6 Marco teórico

Desde tiempo inmemorial los seres humanos han tenido la profunda necesidad de controlar todos los ámbitos de su actividad, un ejemplo de ello son las actividades de domesticación, en la prehistoria de la especie, que suponían “la necesidad de ejercer control reproductivo de la población salvaje” (8) para facilitar la alimentación, la supervivencia. Actividades que implicaban esfuerzos significativos y un grado importante de coordinación y que requerían capacidades para regular las actividades de los individuos y los grupos de humanos primitivos (8).

El éxito de todas estas labores dependía en buena medida de controlar efectivamente, ya sea, la actividad coordinada de otros individuos o regular el uso de materiales y los insumos necesarios para el éxito de las mencionadas actividades.

Con la evolución de las comunidades humanas a través del tiempo fue tornándose más compleja la organización social y, consecuentemente, la actividad humana. En virtud de ello, los requerimientos regulatorios fueron haciéndose cada vez más exigentes. Por lo cual, fue necesario desarrollar innovaciones que potenciaran los factores de éxito de las comunidades.

Fueron muchas y diversas las innovaciones que se introdujeron en el mundo antiguo con el objetivo de incrementar el alcance de las comunidades y garantizar que subsistieran en el tiempo, además, de atender la mayor complejidad de la organización social. Uno, de muchos ejemplos posibles, fue “el nacimiento y evolución de los números, los cuales empezaron con cuentas simples en los dedos de manos y pies, pasando por la utilización de piedras y palos para su conteo” (9) hasta consolidarse como uno de los desarrollos fundamentales para el avance técnico de la humanidad: las matemáticas. Esta, es una de tantas innovaciones que fortalecieron la capacidad de regulación de las sociedades en formación y se establecieron como herramientas fundamentales para facilitar el dominio técnico de casi la totalidad de la actividad humana.

Este tipo de desarrollos permitió, por citar un ejemplo relevante para este trabajo, el desarrollo de los impuestos. Un desarrollo que se facilitó por la invención de las matemáticas y que tiene asiento “desde las primeras sociedades humanas, en las que

los impuestos eran aplicados por los soberanos o jefes en forma de tributos” (10), y se ejecutaron a través de “las primeras leyes tributarias aparecen en Egipto, China y Mesopotamia. Textos muy antiguos en escritura cuneiforme de hace aproximadamente cinco mil años” (10).

Con el tiempo los sistemas de tributo se fueron desarrollando y aparecen perfeccionados en la edad Clásica, por ejemplo, en el Imperio Romano tomo “los impuestos como una forma de sujeción y dominio sobre los pueblos vencidos” (10). Ya en la Edad Media “los vasallos y siervos tenían que cumplir con dos tipos de contribuciones: las primeras eran prestaciones de servicios personales y otras de tipo económico, liquidables en dinero o en especie” (10). Estas medidas se desarrollaron al punto que en las sociedades medievales europeas las actividades relacionadas con el tributo y el cobro de impuestos se establecieron como medidas fundamentales para la consolidación de imperios fuertes que amplificaron la capacidad de los grupos sociales de transformar la realidad y de potenciar el desarrollo de nuevas técnicas tendientes a aumentar la capacidad organizativa que posteriormente daría origen a los Estados (10).

Lo que se evidencia, a través de estos contados ejemplos, es que a lo largo de la historia la necesidad de regulación y de control del aparato estatal se hace cada vez más sofisticado, dado que las mismas formas de organización del poder se hacen cada vez más complejas y su direccionamiento adecuado se convierte en una necesidad cada vez más relevante. Y en este sentido, fue necesario establecer mecanismos de control y regulación de las actividades productivas, comerciales y tributarias que propiciaron el desarrollo de las formas de gobierno que facilitaron el surgimiento de los Estados actuales.

En este sentido, algunos autores tienden a señalar que el control interno, como mecanismo específico de la gestión de las organizaciones tendiente a prevenir la ocurrencia de fraudes y errores en la gestión contable, tiene nacimiento en la edad media a partir de los planteamientos de Lucas Paccioli. Un fraile franciscano que, “ha sido llamado el padre de la contabilidad, y que, en 1494 desarrolló el principio de la contabilidad por partida doble” (11). A partir de este primer momento, el desarrollo de esta específica forma de control de la actividad contable y organizativa fue enriqueciéndose con base en múltiples aportes.

Ya en la edad moderna, en el año 1807 y en el contexto de la democracia napoleónica, Bonaparte establecería la Corte de Cuentas. Un organismo dedicado a la vigilancia y control de la contabilidad del Estado “con competencia para juzgar la gestión realizada por los contadores principales del Estado, de los departamentos de la administración y las ciudades más importantes” (12). La principal función de este organismo era el de presentar informes de cuentas fiscales anuales y la de comunicar las infracciones administrativas a los ministerios de finanzas y de justicia del Estado francés. Este organismo constituye un hito importante y un antecedente relevante en el desarrollo de las entidades y organismos con potestad para ejercer la fiscalización y el control interno de las instituciones en los Estados modernos que, como se argumenta más adelante, era una necesidad cada vez más sentida.

Otro hito importante en este desarrollo, ya en la Inglaterra de la revolución industrial, lo constituye “la aprobación de la Ley Británica de Sociedades Anónimas” de 1862 que establece la profesión de auditoría con reconocimiento legal y competencias específicas, “dicha ley estableció la necesidad de un sistema normativo de contabilidad para obtener, en primer lugar, una adecuada información contable y, en segundo, para prevenir los hechos fraudulentos” (13). A partir de la promulgación de esta ley las medidas de control interno florecieron en Inglaterra y se evidenció la necesidad cada vez más urgente para las organizaciones estatales de diseñar mecanismos de disciplinamiento organizacional con el objetivo de realizar vigilancia y control de las estructuras de poder estatal.

Ya en la época actual, o más precisamente, desde principios del siglo XX teóricos de las teorías de la administración como Henry Fayol, el “creador de la teoría clásica de la administración” (14), en un esfuerzo por comprender los principales elementos determinadores de las formas de control organizacional, “definió el acto de administrar cómo planear, organizar, dirigir y controlar” (14). En el contexto de la teoría de Fayol el control, además de ser un componente fundamental de las formas de administración, es entendido como un mecanismo de “verificación que se hace para comprobar si todas las cosas ocurren de conformidad con el plan adoptado” (14). Lo que pone esta categoría como un elemento central de las teorías de la administración y un concepto determinante en todas las formas de entender la administración.

Como se evidenció más arriba, algunos autores plantean que el control interno tuvo nacimiento hacia finales del siglo XV, sin embargo, no fue “hasta finales del siglo XIX que los hombres de negocios se preocuparon por formar y establecer sistemas adecuados para la protección de sus intereses” (15), específicamente en la Inglaterra de la revolución industrial. No obstante, los desarrollos más importantes en este ámbito de la gestión administrativa se dieron con su llegada a América, región en la que el Instituto Americano de Contadores Públicos Certificados – AICPA plantea en 1949, de manera oficial, la primera definición de Control Interno (15). En su definición, el control interno superaba la comprensión que se había tenido tradicionalmente de éste, como mecanismo de detección de fraudes y errores y se extiende, no solo a la regulación de la división financiera y contable, sino también al ámbito gerencial y administrativo, es decir, se configura como una herramienta de la alta gerencia para el logro de los objetivos misionales de la organización (15).

Ya hacia 1978 la Junta de Normas de Auditoría de Estados Unidos realiza la declaración del “Statement on Auditing Standards” (15) o la Declaración de Normas de Auditoría, que por sus siglas en inglés suele denominarse como SAS. Este estándar constituye una guía para “los auditores externos sobre el impacto del control interno en la planificación y desarrollo de una auditoría de estados financieros de las empresas” (16). Posteriormente, la Comisión Nacional Sobre Información Financiera Fraudulenta en los Estados Unidos realiza a partir de 1992 aportes a la construcción del control interno como herramienta de regulación administrativa.

Posteriormente, en 1992 se crea el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway, una organización estadounidense de carácter privado que tiene como propósito orientar en temas referentes a la gestión administrativa, el control interno, la gestión de riesgo, entre otros temas. El mismo año de su creación (1992) el comité produce el “Marco Integrado del Control Interno” (13) o COSO I, que fue paulatinamente avanzando y perfeccionándose a través de varias versiones (COSO II, COSO III), consolidándose como una herramienta que provee un modelo de evaluación y mejoramiento de ejercicio de los sistemas de control interno en las organizaciones. Y a partir de esta primera experiencia de desarrollo de modelos integrados para el control

interno se comienzan a desarrollar otros modelos dependiendo de las necesidades del sector al que fuera orientarse, como el Cadbury, el Kontrag, el MICIL (13), entre otros.

Como se evidencia en los párrafos anteriores fue claro para los expertos en el área, que el control interno era una herramienta “fundamental e indispensable en la actividad empresarial y en la práctica de la auditoría” (17) y, en consecuencia, a partir de este punto se empieza a avanzar en su conceptualización a través del desarrollo de estándares que integren los distintos conceptos en boga y que permitan la construcción de herramientas integrales que pudieran aplicarse a una gran diversidad de empresas con resultados que pudieran ser confiables y verificables, todo ello orientado a que los “administradores tuviesen una herramienta que representase en sí misma un factor clave en la Gestión Empresarial Moderna con un enfoque en la administración integral de los riesgos, los factores de prevención y su forma de enfrentarlos en cualquier situación” (18).

El MECI es un conjunto de herramientas que establece que todos los servidores de la entidad son corresponsables de controlar el ejercicio de su actividad de servicio y aportar al logro de los objetivos misionales de la organización y alcanzar los fines del Estado, a partir de los tres principios fundamentales sobre los que se sustenta el MECI: “Autocontrol, Autogestión y Autorregulación”(19) que, como afirma el Manual del MECI, “constituyen en el fundamento y pilar básico que garantizan la efectividad del Sistema de Control Interno y deben ser aplicados en cada uno de los aspectos que enmarcan el modelo” (19).

Más allá de los elementos antes expuestos y que nos han posibilitado poner en contexto al lector sobre el origen de esta herramienta de gestión administrativa el “Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014” (19) establece que el objetivo general del MECI es:

Proporcionar una estructura que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno en las organizaciones obligadas por la Ley 87 de 1993, a través de un modelo que determine los parámetros de control necesarios para que al interior de las entidades se establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de

prevención, verificación y evaluación en procura del mejoramiento continuo de la administración pública. (19)

Antes de la reciente actualización, el MECI se estructuraba con base en tres subsistemas con sus respectivos componentes y elementos de control específicos para dar cumplimiento a este objetivo, a saber: El Subsistema de Control Estratégico, el Subsistema de Control de Gestión y el Subsistema de Control de Evaluación. Sin embargo, posterior a la mencionada actualización el modelo se modificó en su estructura conforme al siguiente tabla (**Tabla 1**):

Tabla 1 Estructura Modelo Estándar de Control Interno

Eje transversal de información y comunicación	Módulo de Control de Planeación y Gestión	
	Componentes	Elementos
	Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos • Desarrollo del Talento Humano
	Direccionamiento Estratégico	<ul style="list-style-type: none"> • Planes, Programas y Proyectos • Modelo de Operación por Procesos Estructura Organizacional • Indicadores de Gestión • Políticas de Operación
	Administración del Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas de Administración del Riesgo • Identificación del Riesgo • Análisis y Valoración del Riesgo
	Módulo de Evaluación y Seguimiento	
	Componentes	Elementos
	Autoevaluación Institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Autoevaluación del Control y Gestión
	Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoría Interna
	Planes de Mejoramiento	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Mejoramiento

Fuente. Adaptado de Rivas (20)

Por consiguiente, como se evidencia en la tabla anterior, el MECI se estructura con base en dos módulos de control, que sirven como unidad básica para realizar el control a la planeación y la gestión institucional, y la evaluación y el seguimiento de las actividades organizativas, además de una estrategia transversal de información y comunicación que trasciende a toda la organización, como se evidencia en la siguiente figura (**Figura 1**):

Figura 1 Estructura del Modelo Estándar de Control Interno

Nota. Fuente. Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). (19)

En el módulo de Control de la Planeación y Gestión confluyen todos los parámetros que se orientan a alcanzar los objetivos trazados en la planeación estratégica de la organización, es decir, en el direccionamiento estratégico (visión, misión, objetivos, principios, valores, entre otros). A su vez, en este componente se integran los aspectos que facilitan el desempeño de la gestión, tales como: “Talento Humano, planes, programas, procesos, indicadores, procedimientos, recursos, y administración de los riesgos” (19).

El propósito fundamental de este módulo es el de facilitar las condiciones para instaurar en la organización una cultura del control a partir de los instrumentos del direccionamiento estratégico de la entidad y de los tres componentes que confluyen en él: “Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo” (19), a su vez, busca generar las condiciones para ejecutar adecuadamente la planeación de la entidad bajo condiciones que estén en capacidad de evidenciar las desviaciones que se presenten en el logro de los objetivos misionales.

Por su parte, en el módulo de Control de Evaluación y Seguimiento, confluyen los aspectos que dinamizan los procesos de evaluación de los resultados y alcances de la

organización, en torno a los diversos mecanismos adoptados para valorar la gestión y realizar los procesos de verificación, evaluación y seguimiento (19).

Complementariamente, el componente de Información y Comunicación se consolida como un eje transversal a todos los elementos constitutivos de la modelo, dada la prioridad que tiene en esta concepción que todos los miembros de la organización tengan conocimiento de las actividades que se realizan en los otros módulos y componentes.

7 Marco conceptual

En este apartado se presentan las definiciones de los conceptos que fueron necesarios para la realización de este trabajo.

7.1 Control Interno

La necesidad de control es una tensión que atraviesa casi toda la actividad humana, dado que los seres humanos identificamos esta capacidad con la posibilidad de éxito y el logro de los objetivos trazados. De ahí que “los sistemas y modelos de control interno han evolucionado de la mano con la existencia del hombre. En documentos y grabados en piedra existen evidencias del control de los recursos económicos de los pueblos, con el fin de evitar que se perdieran o fueran hurtados” (21). Control es, entonces, un concepto que se relaciona con acepciones tales como dominio, mando, poderío; palabras que relacionan el concepto con el ejercicio del poder. En otra de sus acepciones el control se vincula con actividades como “comprobar, inspeccionar, fiscalizar, intervenir” (22); entendido el concepto bajo esta visión se vincula a la noción de regulación, la cual es una noción más cercana al concepto de control interno que se busca problematizar en este análisis.

Como es claro, las actividades que relacionan el control como forma de regulación (comprobar, inspeccionar, fiscalizar, intervenir) pueden ser emprendidas a nivel individual o colectivo. Pero es precisamente en la dimensión colectiva en la que el control se ha configurado a través de la historia humana como un reto de orden fundamental y como un factor determinante del éxito de los emprendimientos humanos y, en general, del desempeño de todos los tipos de formas colectivas de la actividad humana. Esto porque el control, no solo es inherente a la especie humana, sino que “es algo que, ya sea directa o indirectamente, buscamos los seres humanos dentro de una sociedad, al igual que los grupos y las instituciones” (23).

Esto es así, pues, a lo largo de la historia se han presentado persistentemente una gran diversidad de situaciones al interior de las organizaciones que dificultan la gestión organizativa “producto de fallas y acciones humanas indebidas. La corrupción, la negligencia, la ineficiencia, la competencia desleal, la piratería informática, el

comportamiento errático de la economía mundial” (24). Consecuencia de ello fue necesario generar una concepción que permitiera regular ciertos tipos de la actividad humana, sobre todo en el campo de las organizaciones y, especialmente, en las entidades estatales. De ahí que surja el control interno como una herramienta fundamental para contribuir a que estas entidades cumplan sus objetivos misionales.

El control interno es definido por la Guía INTOSAI del Comité de Normas de Control Interno como el “proceso integral efectuado por la gerencia y el personal, que está diseñado para enfrentarse a los riesgos y para dar una seguridad razonable de que, en la consecución de la misión de la entidad, se alcanzarán los (...) objetivos gerenciales” (25). Entre las variables que deben ser gestionadas desde el ámbito del control interno están:

- La “ejecución ordenada, ética, económica, eficiente y efectiva de las operaciones” (25) realizadas por la organización.
- El “cumplimiento de las obligaciones de responsabilidad” (25) con los diferentes grupos de interés de las entidades y organizaciones.
- El “cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables” (25) a todos los ámbitos de la actividad organizativa y gerencial.
- La debida “salvaguarda de los recursos para evitar pérdidas, mal uso y daño” (25), con lo cual las entidades y organizaciones se aseguran contar con los recursos humanos y financieros para dar cumplimiento a los objetivos organizativos.

El control interno es fundamentalmente un proceso de mejora que se presenta en las diferentes entidades como

...proceso integral dinámico que se adapta constantemente a los cambios que enfrenta la organización. La gerencia y el personal de todo nivel tienen que estar involucrados en este proceso para enfrentarse a los riesgos y para dar seguridad razonable del logro de la misión de la institución y de los objetivos generales. (25)

Para el caso colombiano la definición adecuada sería la establecida en la Ley 87 de 1993 que lo define como:

El sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos. (26)

7.2 Modelo Estándar de Control Interno

El desarrollo de estos modelos de control interno “como un proceso metódico e integrado cobraron fuerza en el siglo XX” (21) sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial. La tendencia con la que se identifica fuertemente el surgimiento de los modelos de control interno es la estandarización de los procesos y la creciente complejidad de las organizaciones. En este sentido fue necesario potenciar las herramientas dedicadas al control y aumentar la capacidad de las mismas para enfrentar los retos que implicaba la creciente complejidad de las operaciones en las que se comprometían organizaciones y entidades.

Entre los modelos estándar de control interno más representativos se tiene (Tabla 2):

Tabla 2 Modelos de Control Internos más representativos

Sigla	Nombre
MECI	Modelo Estándar de Control Interno
COSO	Modelo de Control Interno del Committee of Sponsoring Organizations of The Treadway Commission
COCO	Modelo de Control Interno del Criteria of Control Committee
Cadbury	Modelo de Control Interno Cadbury. UK Cadbury Committee
Cobit	Modelo Control Objectives for Information and Related Technology
Icaew	Guía Turnbull del Institute of Chartered Accountants of England and Wales
AEC	Modelo Autoevaluación del Control

Fuente. Adaptado de Castañeda (21)

El Modelo Estándar de Control Interno —MECI—, como se definió en el apartado anterior, a través del tiempo ha ido desarrollándose con los aportes de múltiples disciplinas y se ha configurado como modelo estándar y en su desarrollo ha tenido diversas manifestaciones, pero siempre han tenido la particular misión de “garantizar los recursos del Estado y de las empresas” (21) y en su desarrollo se han profundizado

sus capacidades para “controlar los procesos internos de las organizaciones y detectar posibles situaciones de dolo en el manejo de recursos financieros” (21).

7.3 Cultura del control

A partir de MECI lo que se busca esencialmente, como se afirmó, es minimizar la probabilidad de la ocurrencia de situaciones que amenacen el adecuado funcionamiento de las entidades del Estado y, de manera más profunda aportar las herramientas para establecer una cultura del control en las entidades de orden estatal. El concepto de cultura del control es definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública como aquella estrategia que: “tiene como objetivo elaborar y construir herramientas e instrumentos orientados a sensibilizar e interiorizar el ejercicio del autocontrol y la autoevaluación, como un hábito de mejoramiento personal y organizacional” (19), de ahí la radical importancia de este concepto para este trabajo de investigación, pues, la visión que se tiene con este trabajo de investigación es realizar un aporte significativo a establecer estas condiciones de operación en el Hospital San Rafael de Itagüí.

7.4 Riesgo

El objetivo principal de la debida gestión a través de los modelos de control interno es la gestión de los riesgos a los que están expuestas las organizaciones y entidades. En este sentido, “el propósito principal del control es la reducción de los mismos, propendiendo porque el proceso y sus controles garanticen de manera razonable que los riesgos están minimizados o se están reduciendo” (27).

En virtud de este objetivo la administración del riesgo es definida como:

Un proceso efectuado por la Alta Dirección de la entidad y por todo el personal para proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos. El enfoque de riesgos no se determina solamente con el uso de la metodología, sino logrando que la evaluación de los riesgos se convierta en una parte natural del proceso de planeación. (25)

Y consecuentemente con esta definición de administración del riesgo, el Departamento Administrativo de la Función Pública entiende el riesgo mismo como: “la posibilidad de que suceda algún evento que tendrá un impacto sobre los objetivos institucionales o del proceso. Se expresa en términos de probabilidad y consecuencias” (27)

De forma general se comprende la posibilidad del riesgo como una amenaza a la sostenibilidad de la organización y, en consecuencia, los “esfuerzos institucionales se dirigen a reducir, mitigar o eliminar su ocurrencia” (27).

En el contexto de las indicaciones y procedimientos de la implementación del MECI existen seis tipos de riesgos:

7.4.1 El riesgo estratégico

Este tipo de riesgo se identifica con las formas de administración de la entidad u organización y se relaciona directamente con los instrumentos de direccionamiento estratégico de la organización, es decir, con la misión, la visión y los objetivos misionales y estratégicos de la entidad, por lo que para prevenirlo es necesaria una “clara definición de políticas, diseño y conceptualización de la entidad por parte de la alta gerencia” (27).

7.4.2 Riesgo de imagen

Se relaciona con la ocurrencia de circunstancias en las que “la percepción y la confianza por parte de la ciudadanía hacia la institución” puedan llegar a ser negativas (27).

7.4.3 Riesgos operativos

Se identifican con la ocurrencia de circunstancias negativas que puedan afectar el “funcionamiento y operatividad de los sistemas de información institucional, de la definición de los procesos, de la estructura de la entidad, de la articulación entre dependencias” (27), por lo que podrían llegar a afectar aspectos fundamentales de la operación de las actividades organizativas.

7.4.4 Riesgos financieros

Son aquellos que potencialmente pueden afectar “el manejo de los recursos de la entidad que incluyen: la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes de tesorería y el manejo sobre los bienes” (27).

7.4.5 Riesgos de cumplimiento

Se relacionan con las circunstancias en las que la entidad ve afectada su “capacidad (...) para cumplir con los requisitos legales, contractuales, de ética pública y en general con su compromiso ante la comunidad” (27).

7.4.6 Riesgos tecnológicos

Se relacionan con la “capacidad tecnológica de la Entidad para satisfacer sus necesidades actuales y futuras y el cumplimiento de la misión” (27).

7.5 Calidad

El aseguramiento de la calidad es un requisito fundamental para consolidar las condiciones necesarias para una prestación del servicio de salud que garantice la dignidad de los pacientes y usuarios del sistema de salud en el país y, en el marco de las medidas tendientes a fortalecer el control interno en el contexto de las instituciones del Estado colombiano, la calidad se establece como una condición que es transversal al servicio de prestación de la salud. En este sentido, el Estado colombiano ha formulado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Decreto 780 de 2106 en el que la

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (28)

8 Marco legal

Como queda claro, a través del tiempo se han desarrollado diversos modelos de control interno, Sin embargo, en Colombia se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno (MECI). Este modelo se incorporó en la normativa colombiana con el objetivo que las entidades del Estado pudieran mejorar su desempeño institucional a través del fortalecimiento de los instrumentos de control y de los procesos de evaluación ejercidos por las oficinas de Control Interno. Como su nombre lo indica, es una metodología de control interno que se establece en Colombia como un estándar para prevenir los riesgos inherentes a la gestión de entidades estatales en armonía con la Constitución Política de Colombia que, en su artículo 209 y el artículo 269, establecen que las entidades de la administración pública en todos sus órdenes deberán diseñar e implementar mecanismos para garantizar el control interno en los términos en los que ley disponga (29).

A partir de su implementación se han desarrollado diversos instrumentos de gestión de control interno que constituyen toda una plataforma normativa de regulación de este modelo. La siguiente tabla enumera los instrumentos jurídicos y su propósito normativo (**Tabla 3**):

Tabla 3 *Marco normativo Modelo MECI*

Categoría normativa y N°	Ente	Objeto de la norma
Constitución política de Colombia	*CR	Artículo 209:
Constitución política de Colombia	*CR	Artículo 269:
Ley 87 de 1993	*CR	Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
Ley 100 de 1993	*CR	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 489 de 1998	*CR	Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras

		disposiciones.
Ley 1314 2009	*CR	por la cual se regulan los principios y normas de contabilidad e información financiera y de aseguramiento de información aceptados en Colombia, se señalan las autoridades competentes, el procedimiento para su expedición y se determinan las entidades responsables de vigilar su cumplimiento.
Ley 1474 de 2011	*CR	Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
Circular 047 de 2007	*SNS	Con fundamento en las facultades Constitucionales y Legales de la Superintendencia Nacional de Salud, se expide la Circular Única, acto administrativo en el cual se reúnen en un solo cuerpo normativo todas las instrucciones de la entidad que se encuentran vigentes, con los siguientes propósitos: -- Recopilar, modificar y actualizar todas las Circulares Externas y Cartas Circulares expedidas por la Superintendencia Nacional de Salud. -- Facilitar a los destinatarios de su misión de inspección, vigilancia y control, el cumplimiento, comprensión y consulta de las instrucciones expedidas por esta Superintendencia. -- Proporcionar a sus funcionarios un instrumento jurídico unificado y coherente que determine con precisión las reglas aplicables a las situaciones concretas que se inscriben dentro de su ámbito de competencia.
Circular Externa 012 2016	*SNS	Por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Información para la Calidad
Decreto 1011 de 2006	*PR	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 2420 de 2015	*PR	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario de las Normas de Contabilidad, de Información Financiera y de Aseguramiento de la Información y se dictan otras disposiciones
Decreto 2496 de 2015	*PR	Por medio del cual se modifica el Decreto 2420 de 2015 Único Reglamentario de las Normas de Contabilidad, de Información Financiera y de Aseguramiento de la Información y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1083 de 2015	*PR	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.
Decreto 1499 de 2017	*PR	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015
Decreto 648 de 2017	*PR	Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública
Decreto Ley 19 de 2012	*PR	Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes

en la Administración Pública.

*CR: Congreso de la República; PR: Presidencia de la República; SNS: Superintendencia Nacional de Salud

* Adaptado a partir de varias normativas.

Como se evidenció en la tabla anterior diversos órganos del Estado han establecido normativas tendientes a garantizar el cumplimiento de los mencionados artículos de la Constitución. Los cuales son el contenido normativo desde el que todos estos instrumentos jurídicos reciben su legitimidad. A partir de estos artículos se ha consolidado una extensa reglamentación con relación a las regulaciones sobre control interno que se relacionan con el ámbito de la salud.

Sin embargo, hay algunas de estas normas que resultan relevantes. Puntualmente la ley 87 de 1993 en el artículo 6° establece que las entidades públicas deben implementar Sistemas de Control Interno y que es obligación de los jefes de cada dependencia aplicar metodologías para garantizar la eficiencia y eficacia del control interno en la entidad.

En consecuencia de esta disposición tenemos el Decreto 1599 de 2005 que es actualizado por el Decreto 943 de 2014 donde se adopta la reglamentación referente al MECI en la normativa colombiana y que tienen como finalidad la de facilitar la implementación de dicho modelo y garantizar que las entidades públicas puedan asegurar el cumplimiento de sus objetivos misionales a través de fortalecer sus procesos de control interno y sus procesos de evaluación y, con ello, contribuir a garantizar los derechos de los ciudadanos y la prestación adecuada de los servicios relacionados con la función pública.

Específicamente en el sector salud, esta metodología de control interno es adoptada mediante la Resolución 4087 de 2014: “Por la cual se adoptan el Modelo Estándar de Control Interno MECI: 2014 en la Superintendencia Nacional de Salud, el Manual de Operaciones y se dictan otras disposiciones” (30) y posteriormente es actualizada a través de la Resolución 1598 de 2014: “Por medio de la cual se adopta el Plan de Acción para actualizar el Modelo Estándar de Control Interno MECI: 2014 en la Superintendencia Nacional de Salud” (31). Ambas normativas se orientan a establecer

los mecanismos de respuesta a “la necesidad de coordinar las actuaciones por parte de las autoridades administrativas para el adecuado cumplimiento de los fines estatales y la obligatoriedad para la administración pública de contar y ejercer con un control interno con sujeción a la ley” (31).

En este ámbito de aplicación del MECI la Resolución 4087 de 2014 dispuso que su implementación operaba en función de lo establecido en el “Manual Técnico del Modelo Estándar para el Estado Colombiano MECI 2014” (30). En este documento se afirma que el modelo MECI:

...proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, puede ser adaptada a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran. (19)

Además, sostiene que esta herramienta de gestión administrativa tiene como “propósito fundamental servir como una herramienta gerencial para el control a la gestión pública, y que se fundamenta en la cultura del control, y la responsabilidad y compromiso de la Alta Dirección para su implementación, y fortalecimiento continuo” (19). Además, se establece como un instrumento fundamental para potenciar “el Sistema de Control Interno que se orienta a la configuración de estructuras de control de la planeación, de la gestión, de la evaluación y seguimiento para lograr que las entidades cumplan los objetivos institucionales propuestos y que se contribuya a la consecución de los fines esenciales del Estado” (19).

9 Metodología

El presente trabajo de investigación partió de la pregunta: ¿Cómo ha sido la implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022? En este sentido, lo que buscó fue analizar el estado de la implementación del MECI en la ESE Hospital San Rafael de Itagüí e indagar en las maneras cómo se habían llevado a cabo las acciones de cumplimiento referidas al mencionado modelo. Por otro lado, se buscaba identificar los riesgos que amenazan la adecuada implementación de este modelo en el Hospital, lo que implicó identificar las situaciones que afectan el normal funcionamiento de los estándares previstos en el Modelo Estándar de Control Interno y, finalmente, se propusieron medidas que, a partir del análisis, se consideran oportunidades para potenciar y mejorar la gestión de los riesgos que amenazan el funcionamiento de la ESE y el cumplimiento de sus objetivos misionales.

9.1 Postura epistemológica

La postura epistemológica de este trabajo corresponde con el enfoque mixto, que “es la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una fotografía más completa del fenómeno” (32). Este trabajo de investigación, por un lado, contiene aspectos cualitativos identificado con el enfoque comprensivo, en tanto que, este trabajo de investigación, buscó analizar las perspectivas sobre cómo había sido el proceso de implementación del MECI en el Hospital San Rafael de Itagüí; y, en este sentido, parte de reconocer que los objetos, circunstancias o acontecimientos no son entidades objetivas, sino que dependen de la experiencia de los sujetos que los experimentan (33). De ahí que los elementos constitutivos de este paradigma exploren las percepciones que los diferentes actores tienen de sus realidades y las formas cómo se relacionan con éstas y de ahí la necesidad de implementarlo en este trabajo. Por otro lado, tuvo aspectos cuantitativos de tipo descriptivo, “la metodología cuantitativa utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación (...), y confía en la medición numérica,

el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (34). En el sentido que se realizó una encuesta con los colaboradores de la entidad y el procesamiento de la información fue numérico. Este instrumento, como se verá, busco describir las percepciones de los colaboradores con respecto a la implementación general del MECI y, en virtud de esto, es un instrumento descriptivo de corte transversal.

En el aspecto metodológico, en este trabajo de investigación, primó la observación, la exploración, el descubrimiento, la descripción y los procesos inductivos - deductivos y, consecuentemente, los resultados no se asumen como generalizables, dado que se tratan del caso particular de la implementación del MECI en un hospital en particular y las experiencias y perspectivas que se derivan de ello. En este sentido, los resultados a los que se les da tratamiento desde el enfoque cuali-cuantitativo son únicos y no extrapolables a otras circunstancias, dado que se inscriben en un fenómeno particular, como lo es en este caso la implementación del MECI en la ESE Hospital San Rafael de Itagüí.

9.2 Ontología del Modelo Estándar de Control Interno (MECI)

Consecuentemente con esta postura, la investigación se orientó a comprender cuáles son las características del fenómeno de la realidad sobre el que se quiere indagar y qué es lo que se está en capacidad de comprender del mismo, es decir, definir una postura ontológica.

En esta perspectiva se debe reconocer que el fenómeno de estudio son los riesgos y las posibles oportunidades de mejora que enfrenta el proceso de implementación del MECI en el Hospital San Rafael de Itagüí y, en este sentido, las formas de manifestación del problema son las maneras cómo se gestionan los riesgos en la organización, puesto que, refiriéndose a los riesgos el Departamento Administrativo de la Función Pública afirma que: “el propósito principal del control es la reducción de los mismos, propendiendo porque el proceso y sus controles garanticen de manera razonable que los riesgos están minimizados o se están reduciendo” (27), además, se toman en cuenta los otros componentes del MECI y las formas cómo se manifiestan en la organización.

De esta forma, es necesario considerar que estas categorías son fundamentales para el análisis propuesto, pues, es con base en ellas que se evalúa y analiza comúnmente la efectividad de la implementación del MECI en las organizaciones.

9.2.1 Riesgo estratégico

Este riesgo implica identificar si la ESE realiza adecuadamente un direccionamiento estratégico. En este caso, el hospital tiene una adecuada formulación de los objetivos misionales y una apropiada enunciación de la visión y la misión y los valores. Sin embargo, estos instrumentos estratégicos no han sido incorporados por todos los miembros de la organización lo que dificulta el fortalecimiento de una cultura organizacional y del control que sume los esfuerzos de todos los colaboradores para alcanzar los objetivos comunes.

9.2.2 Riesgo de imagen

Este riesgo se refiere a las formas cómo es percibida la organización frente a sus grupos de interés, beneficiarios y colaboradores. En este caso, la ESE enfrenta un proceso de crisis financiera que ha afectado su funcionamiento y amenaza la sostenibilidad de la entidad. Por tanto, es clave destacar que en este aspecto se tienen dificultades que afectan la imagen pública de la organización y en consecuencia este constituye un factor en el que se pueden presentar mejoras significativas.

9.2.3 Riesgos operativos

Este riesgo se relaciona con las circunstancias que amenazan la operación interna de las actividades organizativas y con circunstancias negativas que están en capacidad de afectar su funcionamiento. En este caso, la ESE cuenta con el capital humano y el equipo administrativo y de gerencia adecuado y con una gestión del recurso humano apropiada, por lo que se puede indicar que se cuenta con los recursos en términos humanos, financieros y de gestión necesarios para cumplir sus objetivos organizativos.

9.2.4 Riesgos financieros

Estos riesgos se refieren a las circunstancias negativas que pueden afectar la disponibilidad y la gestión de los recursos financieros y de capital. Si bien en este aspecto la ESE tiene un adecuado manejo de los componentes de control que están en relación con este tipo de riesgos, actualmente enfrenta un proceso de crisis desde 2016 y, por ello, se encuentra en alto riesgo financiero y participa en un programa de saneamiento fiscal y financiero. Lo que hace necesario que el control y la fiscalización de los recursos sea más efectiva, dado que esta situación puede amenazar la sostenibilidad de la organización.

9.2.5 Riesgos de cumplimiento

Estos riesgos se relacionan con circunstancias negativas que afectan la capacidad de la entidad para cumplir con los requisitos normativos y con los compromisos legales ante la sociedad. En este sentido, dado que los ejercicios de vigilancia y control han sido más exhaustivos en años recientes, por el proceso en el que está inmersa la ESE, las distintas acciones de cumplimiento han venido desarrollándose con sujeción a la ley. Sin embargo, estas acciones solo evidencian el cumplimiento de la norma y la no adecuada incorporación de una cultura del control en la entidad.

9.2.6 Riesgos tecnológicos

Estos riesgos están relacionados con la capacidad tecnológica de la organización para hacer frente a los retos que se le presentan. En este ámbito de la gestión la organización cuenta con adecuados equipos tecnológicos y un equipo humano capacitado para asegurar el debido tratamiento de la información sensible que maneja, con el propósito de asegurar que la gestión tecnológica sea la adecuada y aporte los elementos para cumplir con los objetivos misionales de la organización.

9.2.7 Componente de Talento Humano

Este componente reúne los elementos sustantivos referidos al talento humano y su desarrollo con los elementos de carácter ético y los acuerdos que direccionan a la organización al logro de los objetivos. En este campo la ESE cuenta con una adecuada

disposición de acuerdos y normas internas de carácter ético que facilitan la comprensión de los compromisos, en consecuencia, de los deberes de cada colaborador.

9.2.8 Componente de autoevaluación Institucional

Este componente comprende los procesos de evaluación que realiza la organización para comprender su propio desempeño y por tanto es fundamental integrar esta dimensión al análisis. En este campo específico, la organización cuenta con los procesos y los mecanismos institucionales para llevar a cabo una adecuada autoevaluación en atención a las fechas y requerimientos de este tipo dictados por el gobierno nacional.

9.2.9 Componente de Auditoría Interna

Este componente es uno de los fundamentales para entender el desempeño de la implementación del MECI en la ESE dado que es a través de estos indicadores que se tiene conciencia del desempeño institucional en diversos frentes. En este campo específico la organización ha desarrollado acciones efectivas de cumplimiento, teniendo en cuenta las afectaciones por la COVID-19 y sus impactos negativos sobre los procesos institucionales.

9.2.10 Componente de planes de mejoramiento

Este componente integra los distintos planes, programas y proyectos que desarrolla la organización para potenciar su capacidad de alcanzar los objetivos misionales. En este campo puntual de la gestión organizativa la ESE desarrolla adecuadamente los procesos de diseño y formulación de los planes de desarrollo institucional y de otros documentos que direccionan sus procesos de gestión. Sin embargo, estos no se incorporan a la cultura organizacional de manera efectiva.

9.3 Enfoque

Comprendida la relación conocimiento/contexto lo que se deriva como proceso lógico es el reconocimiento de las herramientas que facilitarán comprender el fenómeno

de la realidad que se pretende abordar, es decir, la perspectiva de método, que nos permitirá diseñar los instrumentos con los que evidenciaremos cómo se ha implementado el MECI en el Hospital San Rafael de Itagüí. En este sentido, es clave destacar que el enfoque de este trabajo es mixto.

En este tipo de enfoques “se estudia más a fondo una situación específica porque los instrumentos de ambos métodos al trabajar juntos, arrojan información que permite comprender y analizar esa realidad objeto de estudio para su posterior transformación” (34). El enfoque de este trabajo de investigación en particular asume un constante proceso de contrastación entre el trabajo de campo, la recolección de información y la formulación y adopción de categorías que faciliten la construcción de un texto claro que describa las características del fenómeno estudiado.

9.4 Diseño

El diseño de este trabajo de investigación se corresponde con un estudio de caso. Los estudios de caso tratan en lo fundamental de comprender con suficiente profundidad las complejidades de un fenómeno en particular y de evidenciar con claridad las características particulares que lo definen y configuran. Los estudios de caso son procesos de investigación que pasan por comprender “la particularidad y la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes” (35). En este trabajo de investigación en particular se busca analizar el proceso de implementación del MECI en la ESE San Rafael de Itagüí y las características singulares de este proceso en la entidad. En este sentido, se entiende como caso de estudio la implementación del MECI concretamente en el hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022.

En principio se asume que el diseño de este trabajo es el de un estudio de caso y que, en particular trata de un estudio de caso descriptivo, con propósito instrumental en la medida en que pretende describir un proceso y la optimización del mismo. En este caso la dimensión descriptiva tiene como propósito “especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice” (36), como lo sería la implementación del MECI en la ESE San Rafael de Itagüí. Por tanto, a lo que se orienta es a describir las características del caso objeto de estudio brindando

información relevante que permite, en otras etapas, emprender análisis a partir de los datos provistos en las etapas descriptivas (36).

En un sentido estricto los estudios de caso de este tipo no buscan establecer generalizaciones de sus resultados aplicables a otras áreas del conocimiento. “No elegimos el diseño del estudio de casos para conseguir la mejor producción de generalizaciones. Los estudios comparativos y correlacionales más tradicionales cumplen mejor con este cometido, pero en el estudio de casos se pueden producir modificaciones válidas de las generalizaciones” (35). De esta manera, este tipo de estudios contribuyen a arrojar luz sobre fenómenos relevantes de la realidad, y en este caso en particular a los riesgos y las oportunidades de mejora del proceso de la implementación del MECI en la ESE con mayor claridad y una mejor sujeción a las características del problema propuesto.

9.5 Contexto del estudio

El contexto en el que se desarrolló la investigación fue el Hospital San Rafael de Itagüí.

9.6 Selección del caso

De acuerdo al fenómeno delimitado y al propósito del estudio (MECI) se puede definir este estudio como un estudio de caso. Este tipo de estudios se orientan, como lo afirman Hernández, Fernández y Lucio (36), a describir exhaustivamente las características del fenómeno estudiado produciendo información a profundidad y con calidad más que cantidad y con altos niveles de estandarización. Estos condicionamientos tienen sentido en función de que los estudios de caso no apuntan a establecer generalizaciones de sus resultados y menos a extrapolarlos a otros contextos, es decir lo fundamental en este tipo de investigaciones es describir las características típicas de un caso y evidenciar los resultados de la investigación para que otras personas e investigadores puedan tener un acercamiento al fenómeno estudiado.

9.7 Unidad de análisis

La unidad de análisis de este trabajo de investigación es el caso único o caso tipo de la implementación del MECI en el Hospital San Rafael de Itagüí.

9.8 Trabajo de campo

El siguiente apartado describe los elementos fundamentales del trabajo de investigación en el proceso de intervención en la organización.

9.8.1 Técnicas e instrumento de recolección de la información

Este estudio de caso único o caso tipo utilizó técnicas de tipo cuantitativo y cualitativo.

Las fuentes para este trabajo son la producción documental de la Oficina de Control Interno y de las diferentes unidades administrativas de la entidad, es decir, los diversos documentos que se emiten como acciones de cumplimiento de la normativa nacional referente a la implementación del MECI, además de actores relevantes de la ESE relacionados y con conocimiento sobre el proceso de implementación del modelo de control interno.

Las fuentes documentales se administraron a través de una lista de chequeo (**Anexo 1**) que buscaba identificar la calidad de la gestión documental relacionada al MECI, a través de identificar si la entidad había producido efectivamente 52 documentos que aparecen como acciones de cumplimiento en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI 2014. La lista de chequeo consistió en un documento de Excel en el que se registraban varios indicadores, entre ellos el nombre del documento MECI, el producto mínimo asociado a este documento, su estado de implementación y si éste se encontraba disponible o no. Los resultados correspondientes a la aplicación de este instrumento se evidencian en el capítulo I de este trabajo de investigación.

En el caso del tratamiento de la perspectiva de los expertos, estas fuentes se abordaron a través de la realización de una entrevista abierta a cuatro expertos del Hospital San Rafael de Itagüí, es decir, el gerente del hospital y la directora de la oficina de control interno, el encargado de la oficina de planeación y calidad y, el encargado de la oficina de comunicaciones y mercadeo (**Anexo 2**). La escogencia de estas personas

se dio, ya que fueron las únicas, al interior del hospital, que estaban en capacidad de aportar información válida y relevante para comprender el estado de la implementación del MECI en el hospital. La entrevista abierta a expertos tuvo como objetivo identificar las percepciones, los avances y los obstáculos en el proceso de implementación del modelo estándar en la entidad.

Además, se realizó una encuesta a los colaboradores de la ESE sobre la percepción del cumplimiento de la organización con relación a sus objetivos misionales y las distintas problemáticas asociadas con la implementación del MECI (**Anexo 3**), la encuesta se realizó a través de un formulario de Google y contó con 157 respuestas que evidenciaron de manera efectiva las percepciones de los empleados en cuanto a los elementos de la implementación de MECI sobre los que tenían elementos de juicio y podían responder.

9.8.2 Técnicas y procedimientos del análisis de la información

La finalidad de los procesos de investigación cualitativa es propiciar la comprensión de los fenómenos estudiados o del problema de investigación planteado. En este sentido, “es importante que los datos sean analizados en forma inductiva, guiado por la literatura inscrita en el marco teórico de la investigación” (37).

Este tipo de análisis de la información permite establecer conclusiones relevantes a partir de la observación del fenómeno o del caso de estudio, en este tipo de análisis la validez de las premisas determina la veracidad de las conclusiones. En este sentido, es clave desarrollar un proceso de trabajo de campo estructurado y verificable que asegure la pertinencia y verosimilitud de las observaciones y de las conclusiones derivadas de ellas.

A juicio de Martínez (37) el proceso del análisis inductivo es el siguiente (**Tabla 4**)

Tabla 4 *El Proceso de Análisis Inductivo*

Nº	Actividad	Descripción
1	Análisis en sitio	En el lugar, cuando se recolectan los datos
2	Trascripción de los datos	Trascripción y análisis inicial de las entrevistas y notas de campo
3	Foco del análisis	Comparación constante de los temas que emergen y codificación de la información

4	Análisis profundo de la información	Comparación sustantiva de los encuentros con los conceptos establecidos en la literatura
5	Elaboración de la teoría	Presentación de resultados finales
6	Presentación del análisis al grupo de participantes	Presentación de los resultados de la investigación a los participantes

Fuente. Adaptado de Martínez citando a Shaw (37)

La etapa de análisis en sitio sucede durante el proceso de recolección de información. En esta etapa se realiza el registro de la información recolectada en campo o mejor de “las diferentes respuestas y perspectivas que giran alrededor del tema” (37). Este procedimiento permite identificar la información provista por los participantes en el estudio.

A partir de la información provista por la etapa anterior se pasa a la siguiente etapa del proceso inductivo, que es la de transcripción de datos. En esta etapa inicia “el proceso de estructuración y organización de los datos dentro de las respectivas dimensiones, variables y categorías” (37).

La siguiente etapa es el foco de análisis, en ella “el investigador se centra en las áreas de interés que conduzcan a la comprensión del problema de investigación” (37) por medio de la concentración de los datos y un ejercicio de comparación y contrastación con la literatura sobre el tema del trabajo de investigación.

La siguiente etapa es la de análisis profundo de la información, como su nombre lo indica se realiza un análisis profundo que tiene como propósito “interpretar las relaciones encontradas entre las categorías establecidas con base en el marco teórico (códigos) y los datos obtenidos, e intentar explicar por qué existe dicha relación, lo cual conduce a la comprensión del fenómeno estudiado (conceptualización)” (37). Esta etapa es la más importante del proceso inductivo, pues, en ella el investigador realiza la corroboración, contrastación y la verificación de la información obtenida.

La etapa de elaboración de la teoría es la etapa en la que el investigador produce el documento final con los resultados de la investigación.

Y finalmente, la presentación del análisis es la etapa en la que se socializan los resultados de la investigación con los participantes del estudio y en la que se presentan los resultados que pueden aportar elementos al fenómeno del estudio abordado.

La etapa de *análisis en sitio* sucede durante el proceso de recolección de información. En esta etapa se realiza el registro de la información recolectada en campo

o mejor de “las diferentes respuestas y perspectivas que giran alrededor del tema” (37). Este procedimiento permite identificar la información provista por los participantes en el estudio.

A partir de la información provista por la etapa anterior se pasa a la siguiente etapa del proceso inductivo, que es la de *transcripción de datos*. En esta etapa inicia “el proceso de estructuración y organización de los datos dentro de las respectivas dimensiones, variables y categorías” (37).

La siguiente etapa es el *foco de análisis*, en ella “el investigador se centra en las áreas de interés que conduzcan a la comprensión del problema de investigación” (33) por medio de la concentración de los datos y un ejercicio de comparación y contrastación con la literatura sobre el tema del trabajo de investigación.

La siguiente etapa es la de *análisis profundo de la información*, como su nombre lo indica se realiza un análisis profundo que tiene como propósito “interpretar las relaciones encontradas entre las categorías establecidas con base en el marco teórico (códigos) y los datos obtenidos, e intentar explicar por qué existe dicha relación, lo cual conduce a la comprensión del fenómeno estudiado (conceptualización)” (37). Esta etapa es la más importante del proceso inductivo, pues, en ella el investigador realiza la corroboración, contrastación y la verificación de la información obtenida.

La etapa de *elaboración de la teoría* es la etapa en la que el investigador produce el documento final con los resultados de la investigación.

Y finalmente, la *presentación del análisis* es la etapa en la que se socializan los resultados de la investigación con los participantes del estudio y en la que se presentan los resultados que pueden aportar elementos al fenómeno del estudio abordado.

9.8.3 Publicación y divulgación de resultados

Con el objetivo de visibilizar los resultados de este trabajo de investigación y que otros investigadores puedan acceder a la información producida en el contexto de este proceso, además de contrastar y verificar los resultados del mismo, se produjo este documento siguiendo los lineamientos que para este fin dispuso la Universidad de Antioquia. Adicionalmente, los resultados fueron socializados con el equipo

administrativo del Hospital San Rafael de Itagüí, dado que el trabajo constituye un aporte a la sostenibilidad y al logro de los objetivos misionales de la ESE

10 Consideraciones éticas

El diseño de este proyecto de investigación se realizó en concordancia con los presupuestos de la declaración de Singapur, según la cual “el valor y los beneficios de la investigación dependen sustancialmente de la integridad con la que esta se lleva a cabo” (38), además de los elementos dispuestos para las investigaciones en el área de biomédica establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (39), a su vez este trabajo de investigación se pensó en armonía con lo dispuesto por el Ministerio de Salud de Colombia en la Resolución 8430 de 1993, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud” (40). Con respecto al manejo de información de carácter sensible y al tratamiento de datos se tuvo en cuenta lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 de 2012, “por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales” (41). Y de forma particular se respetaron los principios establecidos en el código de ética en investigación de la Universidad de Antioquia 2015 (42).

Con respecto a los niveles de riesgo de la investigación se definió que este trabajo es una investigación de mínimo riesgo, puesto que la investigadora tiene una relación laboral con la institución y, por tanto, existe la probabilidad que se presente un conflicto de interés producto de los resultados de la investigación, por lo que se presentan riesgos de tipo político, laboral y técnico científico. En este sentido, se firmará un acta de confidencialidad (**Anexo 4**) con el director del hospital que garantice la autonomía de la investigadora y que asegure que no tendrá consecuencias por los posibles resultados de la investigación.

Si bien en este estudio se tratan datos e informaciones de carácter delicado y se realizan entrevistas y encuestas, todos estos instrumentos tienen reserva de la información y los datos se aportan de forma anónima. Por lo anterior, en el contexto de las actividades de esta investigación se garantiza la dignidad y la privacidad de todos los participantes en armonía con lo dispuesto en Ley Estatutaria 1266 de 2008:

Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la

financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones. (43)

Para tal fin, los datos serán recolectados haciendo uso de seudónimos para proteger la identidad de los participantes y para mantener la claridad en la exposición de la información.

En función de dar claridad y proteger los participantes del estudio y salvaguardar el principio de autonomía se formula un consentimiento informado (**Anexo 5**) en armonía con lo dispuesto en los artículos 14, 15 y 16 de la resolución 8430 de 1993 (40).

A su vez, para garantizar la obtención de información relevante y brindar confianza a los participantes la investigadora portará el carné de la Universidad de Antioquia como signo de su pertenencia como estudiante activa de la institución y se garantizará que las entrevistas se realicen en espacios idóneos y con los materiales y medio técnicos necesarios para llevar a cabo estas actividades de recolección de información.

11. Aspectos administrativos

Los contenidos de este apartado evidencian los resultados del análisis sobre la posibilidad de llevar a cabo esta investigación en términos presupuestales, técnicos y logísticos.

11.1 Viabilidad y factibilidad

Analizar el proceso de implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí desde el punto de vista investigativo resulta relevante dado que este tipo de investigaciones aportan elementos sobre el funcionamiento de las entidades públicas encargadas de garantizar derechos tan importantes a nivel social como la salud. Si bien este tipo de investigaciones están justificadas a nivel social, en términos científicos es clave analizar su viabilidad.

El concepto de viabilidad se identifica con el “grado de compromiso de los participantes involucrados y entes públicos o privados que apoyan la propuesta del proyecto de investigación” (44). En este sentido, los actores relevantes relacionados con el proyecto de investigación, es decir, la investigadora, los docentes asesores de la Universidad de Antioquia y los directivos y colaboradores del hospital han evidenciado la voluntad para apoyar las acciones a desarrollar en el contexto de la realización de la investigación desde su campo de acción y saberes y capacidades específicas.

En términos de la factibilidad se sume que el proyecto de investigación es posible de ser desarrollado, dado que, si asumimos que la factibilidad es:

En primer lugar (...) la posibilidad de asumir la carga económica que pueda representar la investigación y en segundo lugar (...) la verificación de disponer de los recursos mínimos necesarios para asumir las actividades propias del estudio en el tiempo previsto. (44)

Tenemos que la realización del proyecto de investigación es factible puesto que se cuenta con la capacidad para llevarlo a cabo y se dispone de los elementos necesarios para superar las dificultades que implica la realización de este tipo de investigación, esto porque se cuenta con los recursos de capital necesarios para dar cumplimiento

efectivo a los objetivos, además de contar con la capacidad técnica y científica, por parte de la investigadora y de los docentes y asesores de la universidad, para superar efectivamente los retos que implica plantear este trabajo. Por otro lado, se dispone del tiempo necesario para dar cumplimiento efectivo a los objetivos y la voluntad de la del Hospital San Rafael de Itagüí para apoyar este estudio.

12 Análisis de Resultados

En este apartado se evidencian los resultados del trabajo de campo y de manera estructurada se da cumplimiento a los objetivos propuestos.

12.1. Implementación del MECI en el Hospital San Rafael

Para el desarrollo del presente capítulo y, cumplir el objetivo al que hace referencia, que busca: describir el estado de implementación del Modelo Estándar de Control Interno (MECI) en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el 2022. Se desarrolló un trabajo de campo en el que se pusieron en práctica varios mecanismos de recolección de información tendientes a sustentar y realizar afirmaciones fidedignas para responder a las cuestiones que presentaban los objetivos. En este sentido, en el capítulo se reúnen resultados de los tres instrumentos aplicados y de otros documentos que fueron facilitados por la oficina de control interno del hospital. El primero de ellos, una lista de chequeo de las acciones de cumplimiento de la ESE, en el que se describen el tipo de acción y su estado de implementación para la vigencia de 2022; el segundo instrumento fue una entrevista abierta realizada con los jefes de cada departamento relacionado con la implementación del MECI en el que se recogieron las percepciones de los implicados y, finalmente, una encuesta aplicada a 157 colaboradores del hospital.

En cuanto a la lista de chequeo, que es un compendio de las acciones de cumplimiento presentes en el documento Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI – 2014 (19), los resultados de la aplicación del instrumento evidencian el cumplimiento de 47 de 52 documentos, procesos, actividades e instrumentos exigidos por el MECI para las entidades de salud bajo el régimen que cobija al Hospital San Rafael de Itagüí, es decir el 90 % de las acciones de cumplimiento.

Si bien se trata de un porcentaje significativo de las acciones de cumplimiento, es claro que aún quedan aspectos por mejorar en el ámbito de lo relacionado con la gestión organizativa de los requerimientos del MECI.

En un primer abordaje se evidencia que, si bien se cumple con un alto porcentaje de las exigencias MECI, los procesos de control interno no formalizan, a través de acto administrativo, la adopción o el cumplimiento de requisitos. Esto es, por ejemplo, que entregables del MECI presentes en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI – 2014 como, por ejemplo, el documento que “evidencia que la entidad adoptó planes alineados con las Políticas de Desarrollo Administrativo” (19) durante 2022 no se realiza. Así se pueda constatar que la ESE efectivamente haya cumplido con acoger los lineamientos dados por la Función Pública, en el sentido de adoptar de manera adecuada el Plan de Desarrollo Institucional, el Plan Operativo Anual, el Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano, el Plan de Participación Ciudadana, el Plan de Mejoras de Control Interno, el Plan de Adquisición, el Plan de Talento Humano, el Plan de Gestión Documental, el Plan de Sistemas de Información, entre otros. Es decir, se da cumplimiento a lo estipulado por el órgano de control, pero no se formaliza la adopción de estas exigencias al interior de la ESE a través de acto administrativo, acta o documento que verifique su adopción integral en un solo documento.

Lo mismo sucede en el caso del documento con vigencia de 2022 que “evidencia la adopción de un proceso, procedimiento o mecanismo a través del cual se trabajen recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del Componente de Auditoría Interna y las observaciones del Órgano de Control Fiscal” (19). Si bien se cumple con realizar una matriz para la evaluación y seguimiento de los planes de mejoramiento internos y los entes de control externos; este requisito no se formaliza a través de un documento o acta de verifique la realización del proceso.

El mismo caso se presenta con el documento con vigencia de 2022 que “evidencia la adopción de un mecanismo (electrónico, físico o como determine la entidad) que permita consultar toda la documentación y/o archivos de importancia para el funcionamiento y gestión de la entidad” (19). En este caso, la entidad da cumplimiento al requisito del órgano de control al disponer de los mecanismos de información que garantizan el adecuado funcionamiento de la gestión documental, como la intranet y otras herramientas TIC que facilitan el acceso a la información y, a través de los que se permite el acceso a todos los procedimientos, manuales, guías y

formatos. Sin embargo, no se cuenta con documento de adopción que explique y certifique cuáles son estas herramientas y cómo garantizan el acceso a los colaboradores de la entidad.

En este punto es importante destacar lo contenido en un informe sobre el estado del Sistema de Control Interno (SCI) para el periodo julio a diciembre realizado por la oficina de control interno de la entidad. En este informe, la unidad administrativa que lo produce afirma que al cierre del periodo objeto de evaluación se presentan avances significativos en cada uno de los componentes del sistema de control interno, se fortalecieron las líneas de defensa y, a partir de éstas, la ejecución de los controles, por lo que la calificación general que recibe el SCI en el marco de este proceso de autoevaluación es del 90 %. Sin embargo, en el mismo informe se destaca:

Se hace necesario continuar con la socialización permanente de los controles establecidos en cada línea de defensa con el fin de interiorizar cuales son los mecanismos y/o herramientas establecidas dentro de cada procedimiento para el fortalecimiento de los controles con el fin de mitigar la materialización de los riesgos establecidos. (45)

Un elemento que como veremos a lo largo del presente trabajo será una de las más importantes área posible mejora que tiene la gestión del MECI en el hospital, es decir, los elementos relacionados con el e Eje Transversal de Información y Comunicación.

El análisis de los cinco componentes del informe presenta mejoras sustanciales en todos los resultados con respecto a los resultados para 2021 (Tabla 5):

Tabla 5 Estado del SCI resultados 2022

Componente	Nivel de cumplimiento para	Nivel de cumplimiento para
	2022	2021
Ambiente de control	94 %	73 %
Evaluación de riesgos	90 %	59 %
Actividades de control	83 %	71 %
Información y comunicación	93 %	61 %
Monitoreo	89 %	64 %

Fuente: Adaptado de Hospital San Rafael de Itagüí (2023)

Como es claro, el proceso de implementación mejora significativamente en todos los indicadores de nivel de cumplimiento. No obstante, un análisis más detallado de los

resultados del informe indica que en todos los componentes se tienen importantes áreas por fortalecer.

En el caso del componente de ambiente de control hace falta la implementación de mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad (45). En el caso del componente de evaluación de riesgos: falta fortalecer la toma de decisiones por parte de la alta dirección frente a los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa (45). En relación al componente de actividades de control: falta fortalecer la identificación y documentación de las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones, con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados (45). En el componente de información y comunicación: es necesario ampliar las fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos (45) y, finalmente, en el componente de monitoreo: falta implementar la verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones por parte de la segunda línea de defensa (45).

Por otro lado, el trabajo de campo y la ejecución del instrumento de recolección de información permitió identificar que la entidad no ha adoptado de manera formal y sistemática un “Manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad” (19). No obstante, se puede verificar que lo que sí existe son resoluciones en las que la ESE describe las funciones de los diferentes cargos, pero éstas no se han sistematizado y adoptado como manual de funciones consolidado para cada cargo de la entidad.

Por su parte, otra de las circunstancias evidenciadas por el instrumento es adopción de las “Tablas de Retención Documental y/o actividades de Gestión documental de acuerdo con la Ley 594 de 2000” (19). Las Tablas de Retención Documental (TRD) son “un instrumento archivístico que permite la clasificación documental de la entidad acorde a su estructura orgánico - funcional, e indica los criterios de retención y disposición final resultante de la valoración documental por cada

una de las agrupaciones documentales” (46). En este sentido, la ESE ha adoptado una política clara de control de archivos. Sin embargo, esta área de la gestión administrativa constituye un ámbito importante de mejora de la organización y una oportunidad para mejorar el servicio administrativo.

A propósito de esta área de la gestión administrativa se le preguntó al comunicador gráfico publicitario Juan Sebastián Carvajal Restrepo quien se desempeña como líder de comunicaciones de la Oficina de Mercadeo y Comunicaciones sobre las Tablas de Retención Documental a lo que afirmó que “la entidad está en el proceso de aprobación por parte del área de gestión documental y archivística del departamento de Antioquia, quienes presentaron unas observaciones a la propuesta hecha por la ESE y, en consecuencia, se les están haciendo modificaciones para volver a presentar el documento; es decir, que se cumple parcialmente con el archivo, pero las tablas de retención no han sido aprobadas” (47)

A este respecto, el médico y abogado Diego León Muñoz Zapata, quien se desempeña como gerente del hospital, respondió en la entrevista abierta a la pregunta sobre si la entidad cuenta con una estrategia para el manejo organizado o sistematizado de la correspondencia. A lo que el gerente contestó:

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 documental administrativa se basa en las normas de archivística nacional que nos obliga, a las instituciones públicas, a que debemos tener un registro y manejo de todos los documentos que ingresen a la institución, no solamente como documentos físicos, sino 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 trabaja mediante una estrategia, en construcción actualmente en el hospital, que se llama tablas de retención documental que establece cómo se administran los documentos, cómo se maneja, cuáles son las áreas y cómo se tiene la disposición de cada uno de esos documentos y archivos, la gestión de las respuestas de cada uno de esos documentos. Las 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 (48).

Otra de las principales áreas de mejora que se evidenciaron en la aplicación de la lista de chequeo son las distintas actividades de socialización que son propuestas por el Manual MECI. Estas actividades, tendientes a formalizar e indicar la manera de ejecutar el “Eje transversal de información y comunicación” (19) del MECI, se configuran como actividades y estrategias de socialización y comunicación que deben ser lideradas por la oficina de mercadeo y comunicaciones y apoyadas por la oficina de control interno y, que deben tener como fin último la consolidación de una cultura del control en la ESE.

Si bien a lo largo del trabajo de campo se constató que la ESE cumple con algunos aspectos de los requisitos relacionados con el Eje Transversal de Información y Comunicación. También se pudo evidenciar, a través del instrumento, que las actividades de difusión tienen aspectos por mejorar, ya que no se realizan de la manera como se establece en el manual MECI.

Si bien, el proceso de investigación verificó el cumplimiento de los requisitos sobre adoptar los principios y/o valores de la entidad; adoptar herramientas de direccionamiento como: misión, visión y otras; formulación de mapa de procesos y de procedimientos de la entidad; adopción de Políticas de Operación; Mapas de Riesgos; realizar procesos de autoevaluación y contar con medios de acceso a la información para los usuarios (**Tabla 5**). Sin embargo, estos procesos y actividades se realizan de manera parcial, pues, se cumple con el diseño, formulación y adopción de instrumentos de gestión, pero éstos no se socializan y no hacen parte de una estrategia comunicativa integral que tenga “como objetivo elaborar y construir herramientas e instrumentos orientados a sensibilizar e interiorizar el ejercicio del autocontrol y la autoevaluación, como un hábito de mejoramiento personal y organizacional” (19). Es decir, que no se verifica el cumplimiento de la formulación de una cultura del control, que se ha “dado a conocer de manera permanente a todos los funcionarios involucrados y se ha verificado su comprensión” (19).

Tabla 6 Acciones de cumplimiento Eje Transversal de Información y Comunicación

N°	Eje	Descripción
1	Eje Transversal de Información y Comunicación	Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los principios y/o valores adoptados por la entidad durante 2022
2		Manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad
3		Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de la misión, visión y demás documentos y/o elementos de carácter institucional durante 2022
4		Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión del Mapa de procesos y los procedimientos de la entidad
6		Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de las Políticas de Operación de la entidad con vigencia de 2022
7		Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la socialización y difusión de los Mapas de Riesgos de la entidad con vigencia de 2022
8		Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la sensibilización sobre la autoevaluación en la entidad durante 2022
9		Documento con vigencia de 2022 que acredite que la entidad pone a disposición de sus usuarios y/o grupos de interés medios de acceso a la información como página Web, carteleras comunitarias, periódico oficial, buzón de sugerencias, entre otros que crea conveniente

Fuente. Adaptado de Departamento Administrativo de la Función Pública, Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites (19)

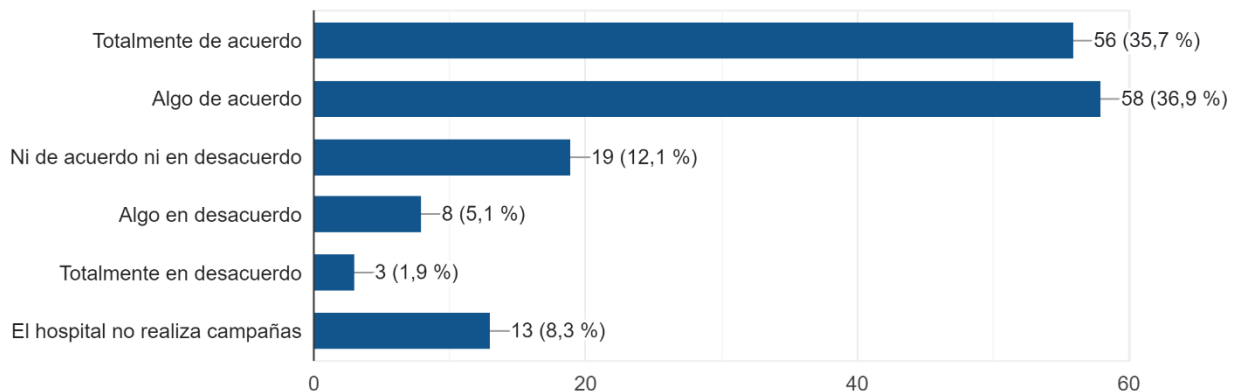
Si bien se ha constatado que la entidad da cumplimiento, de manera parcial, al eje transversal de información y comunicación, en entrevista abierta con la arquitecta y especialista en auditoría Diana Marcela Rivera Osorno quien se desempeña como coordinadora de la oficina de control interno de la ESE, la coordinadora destacó que: el hospital realiza actividades de sensibilización para los colaboradores sobre la cultura de la autoevaluación e, indico que: “en el mes de noviembre se celebra la *Semana del Control*. Una serie de actividades en las que se explican, 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 WhatsApp” (49)

Adicionalmente, con el propósito de analizar la capacidad de la ESE de difundir sus resultados operacionales y construir una cultura del control que genere consensos al interior de la organización sobre cómo mejorar la prestación del servicio del Hospital

San Rafael de Itagüí, es pertinente traer a colación los resultados de la encuesta realizada en el hospital en el marco de este trabajo investigación.

A propósito del fomento de una cultura del control en la ESE la encuesta cuestionó a 157 colaboradores sobre: ¿Qué tan de acuerdo estaban con la siguiente afirmación? "El hospital realiza estrategias y campañas comunicacionales con el objetivo de fomentar entre los empleados la cultura del control y la lucha anticorrupción". Los resultados de esta pregunta se evidencian a continuación (**Figura 2**):

Figura 2 Fomento de la cultura del control y la lucha anticorrupción

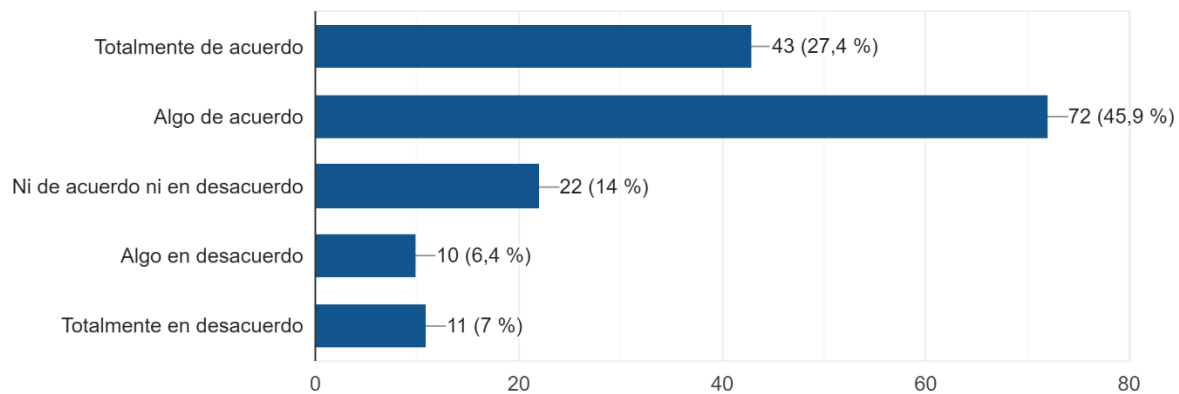


Como es claro en la gráfica, los resultados de la aplicación de la lista de chequeo evidenciados en párrafos anteriores son confirmados por la encuesta, en el sentido que el 36,9 %, el 12,1 %, 5,1 %, el 1,9 % y el 8,3 %; es decir: el 64,3 % de las respuestas se encuentran en diferentes grados de desacuerdo con la pregunta sobre si la ESE realiza estrategias y campañas comunicacionales con el objetivo de fomentar entre los empleados la cultura del control y la lucha anticorrupción. Lo que implica un importante ámbito de mejora de la estrategia de implementación del MECI en la ESE y una oportunidad para que la entidad pase de simplemente realizar acciones de cumplimiento que den satisfacción a las exigencias de los organismos de control a consolidar una cultura en la que los valores compartidos le permitan al conjunto de la organización comprometerse con el cuidado del patrimonio común y la defensa de los bienes públicos.

En esta misma línea se ordenan las respuestas de otra de las preguntas de la encuesta que cuestionaba la conformidad de los encuestados sobre la afirmación: "El

hospital ha dado a conocer oportunamente los resultados de la implementación de los sistemas de Control Interno entre los empleados, usuarios y demás grupos de interés" cuyos resultados se muestran a continuación (**Figura 3**):

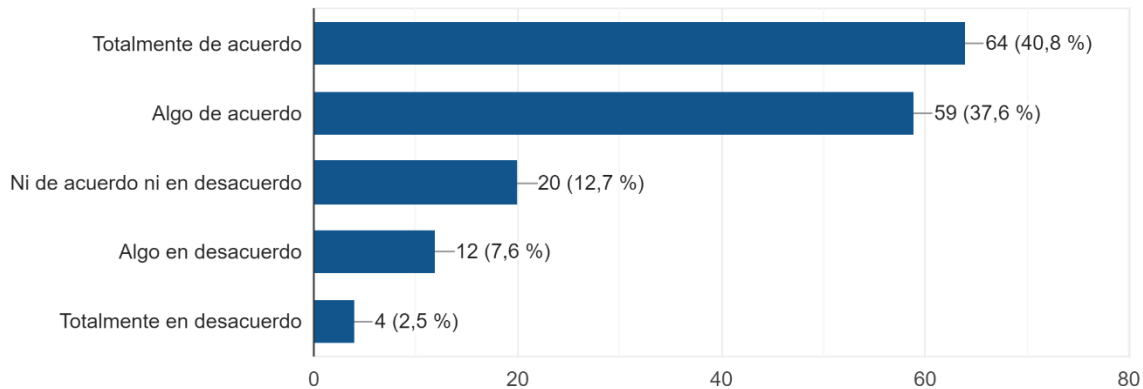
Figura 3 Resultados de la implementación de los sistemas de Control Interno



Con respecto a esta pregunta el 73,3 % de las respuestas evidenciaron diferentes grados de inconformidad con la afirmación referente a la difusión de los resultados de la implementación de los sistemas de Control Interno. Lo que implica nuevamente una significativa oportunidad de mejora. Puesto que, evidenciar los logros de la ESE en la implementación del MECI y las acciones de cumplimiento frente a los órganos de control entre los empleados, usuarios y demás grupos de interés constituye una ocasión para evidenciar el buen trabajo realizado y para visibilizar las buenas acciones de la ESE en el camino de garantizar la prestación de servicio de salud, el cuidado de los bienes comunes a toda la sociedad y la posibilidad de consolidar toda una cultura del control en torno al logro de estas acciones.

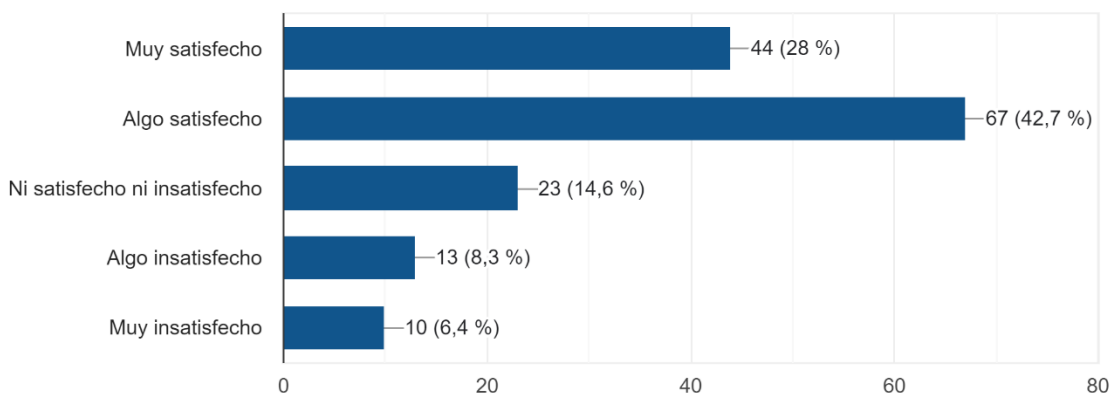
La siguiente pregunta cuestionaba a los colaboradores de la ESE sobre: ¿Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación? "El hospital cuenta con mecanismos y canales de comunicación adecuados que le permiten escuchar las opiniones de usuarios y empleados, además de formular quejas, reportar irregularidades y realizar sugerencias". Los resultados de esta pregunta se evidencian en la siguiente figura (**Figura 4**):

Figura 4 Disponibilidad de mecanismos y canales de comunicación adecuados



Los resultados de la pregunta demuestran que la ESE cuenta con los canales de comunicación que, para el caso son adecuados y suficientes. Sin embargo, la siguiente pregunta, que está en estrecha relación con la anterior, evidencia una circunstancia particular. La pregunta cuestionaba a los encuestados sobre: ¿Qué tan satisfecho o insatisfecho está con la capacidad que tiene el hospital para escuchar los reclamos de usuarios y empleados a través de los mecanismos de información internos y externos, tales como: recepción de peticiones, quejas, reclamos y/o denuncias, buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción, entre otras? Los resultados de esta pregunta se muestran a continuación (**Figura 5**):

Figura 5 Disposición de escuchar los reclamos de usuarios y empleados



Una circunstancia clave que se deriva de los resultados de estas preguntas, es que la entidad ha desplegado una serie de herramientas adecuadas para dar manejo a las peticiones, quejas, reclamos, denuncias y sugerencias. Sin embargo, como demuestra el 42,7 % de los encuestados se muestra “algo satisfecho” y el 29,3 % de las respuestas evidencian una actitud negativa frente a la afirmación hecha y diferentes

grados de disconformidad con esta pregunta. Por tanto, la encuesta evidencia que la entidad no ha sido completamente efectiva al incorporar la voz de los empleados, usuarios y los diferentes grupos de interés y de adoptar las medidas necesarias para dar satisfacción a las necesidades de éstos.

No obstante, en entrevista con el gerente del hospital se le preguntó sobre si: ¿La entidad cuenta con un mecanismo de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio? A lo que Muñoz Zapata respondió que se disponen de distintos instrumentos para realizar el seguimiento de las necesidades de los diferentes grupos de interés y se cuenta con varias metodologías para incorporar sus necesidades.

Entre estos distintos instrumentos destacó la realización de encuestas de satisfacción al usuario “donde el usuario, bajo la percepción de servicio que ha recibido, hace una calificación de su grado de satisfacción y a estos indicadores se les hace seguimiento y se presentan en el comité institucional de gestión y desempeño. Ya, desde hace varios años, las evaluaciones de estos indicadores han arrojado calificaciones por encima del 90%” (48).

A su vez destacó el método PQRST que, según su perspectiva, identifica importantes “oportunidades de mejora de las inconsistencias que se pueden presentar en la atención de los pacientes y se convierte en un mecanismo con el que se pueden realizar planes de acción para combatir los desajustes del sistema de atención” (48).

Otro de los ámbitos significativos del seguimiento a las perspectivas de los grupos de interés en la prestación del servicio es la del asegurador.

En este relacionamiento se realizan reuniones tendientes a verificar con cada EPS cuáles son las necesidades de servicios que se tienen y se identifica si el portafolio de la institución tiene la posibilidad de prestar el servicio y se buscan los mecanismos pertinentes para dar respuesta a ese grupo de interés. Con las EPS se hacen reuniones de seguimiento tanto desde el punto de vista del comportamiento de la atención en salud, la cual la hacen las EPS a través de auditorías propias, y mediante los seguimientos de la parte financiera para identificar las glosas, los pagos y 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. (48)

De la misma forma, en la entrevista con Muñoz Zapata se le preguntó al gerente sobre sí: La entidad contaba con medios tecnológicos y de comunicación para el acceso a la información de la entidad. A lo que el gerente respondió que: efectivamente la entidad contaba con medios tecnológicos y de comunicación para el acceso a la información y realizó una descripción: “La entidad cuenta con una página web oficial en la que los usuarios pueden acceder a una amplia gama de información. A través de la página web 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” (48).

Así mismo, destacó, que:

La entidad tiene presencia en las distintas redes sociales y plataformas actuales, 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 relacionados. Los usuarios pueden seguir, dar me gusta, comentar y compartir publicaciones para mantenerse al día con las novedades de la entidad. (48)

Asimismo, resaltó que:

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. (48)

En resumen se puede afirmar que 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” (48).

Sobre esta misma línea temática se le preguntó a Carvajal Restrepo el líder de comunicaciones sobre cuáles fueron las fuentes de información externa utilizados durante 2022 y sobre cómo se incorporó la información obtenida a los procesos de mejora. Al respecto Carvajal Restrepo afirmó que:

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 internos como externos, puedan realizar alguna manifestación ya sea queja, reclamo o felicitación. Asimismo, se tienen implementadas encuestas de satisfacción de la atención y/o prestación de servicio brindado dentro de la institución, que se realizan con cada uno de los usuarios, este documento contiene unas preguntas puntuales en cuanto a la atención, el acceso y el servicio prestado. Igualmente, se cuenta con un procedimiento de 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 revisados los resultados de las encuestas de satisfacción y las PQRST, realizadas por los usuarios, se tabula la información y se genera un informe trimestral con los resultados y 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 auditorías y seguimientos.

Si bien en la entrevista Carvajal Restrepo afirma “que para la vigencia 2022 se tuvo un cumplimiento del 94% en cuanto las auditorías y seguimientos” (47) antes mencionados. Sin embargo, el mismo no explica cómo son incorporadas por la entidad las observaciones hechas por los usuarios.

De la misma forma se le preguntó a Carvajal Restrepo sobre cuáles fueron las fuentes de información interna utilizadas en la entidad durante 2022 y que explicara cómo se incorporó la información obtenida a los procesos de mejora. A lo que el entrevistado respondió:

Las principales fuentes de información interna con las que cuenta la institución son: correos electrónicos, intranet y los diferentes comités que tiene la institución, desde los que salen necesidades o requerimientos y que hacen que mejoremos la información y comunicación con el cliente interno. Una vez que se procesa esa información desde los diferentes comités, lo que se hace, desde el área de comunicaciones, es estructurar campañas de acuerdo a las necesidades de cada área para mejorar los procesos o para dar respuesta a las necesidades que se tengan. (47)

Consecuentemente con lo afirmado, se le preguntó a Muñoz Zapata el gerente de la entidad si había 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. A lo que respondió que:

La institución debe implementar grandes mejoras en los procesos y en lo referente al sistema de información y comunicación se debería enfocar particularmente en los siguientes puntos: realizar una evaluación de la infraestructura actual y 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. Identificar los problemas existentes, como la falta de conexión entre las bases de datos y la dependencia de IPv4.

Además, crear 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 su comunicación.

Asimismo, se debe implementar 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.

Complementariamente, se debe realizar una migración al sistema IPv6 y realizar una evaluación de la infraestructura de red actual para determinar su

compatibilidad IPv6. Si la infraestructura actual no es compatible, desarrollar un plan de migración que incluya la actualización de los equipos de red, la reconfiguración de los sistemas y la formación del personal.

Finalmente, se deben realizar capacitaciones y procesos de concienciación del personal para familiarizarlos con los nuevos sistemas y protocolos que se van a implementar. (48)

Con respecto a los procesos de rendición de cuentas se le preguntó, a Carvajal Restrepo, el líder de comunicaciones sobre la realización de procesos anuales de rendición de cuentas con intervención de los grupos de interés, veedurías y ciudadanía y sobre cómo se comunican los resultados de la entidad y cómo se incorporan los planteamientos los grupos de interés. El líder de comunicaciones respondió que:

La rendición de cuentas es un proceso obligatorio de la entidad que se realiza de manera anual, más o menos en el mes de marzo y que se realiza de manera virtual y presencial con invitación a nuestro grupo de asociación de usuarios, veedores municipales y empleados de la institución, independiente del tipo de vinculación. Para la realización del proceso de rendición de cuentas se tienen lineamientos en cuanto a la forma en la que se quiera presentar la información; es decir, se hace un informe escrito muy robusto, al cual tiene acceso quien lo quiera leer con mayor detalle; además, se realiza una presentación global, de tipo general, y se realiza la socialización del informe mediante los canales digitales, con el fin de conectar otro tipo de audiencia. Igualmente se hacen invitaciones previas antes de la realización de la rendición a través de las redes sociales, correos electrónicos y página web para que la gente nos pueda acompañar ya sea presencial o virtual. Finalmente, toda la rendición queda grabada y publicada en la página web www.hsanrafael.gov.co para el tema de transparencia y acceso a la información. (47)

Al ser preguntado sobre si existen 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 el líder de comunicaciones Carvajal Restrepo respondió que:

Uno de los aspectos importantes a mejorar pueden ser los canales digitales que maneja la entidad, en cuanto a que se puedan realizar solicitudes y citas a través de estos canales. Esto descongestionaría mucho las líneas telefónicas, puesto que se podrían realizar cancelaciones de citas y obtener resultados de laboratorio a través de la página web mediante un usuario y contraseña, también podría darse respuesta a todo lo que tiene que ver con talento humano, como cartas laborales, certificados, colillas de pagos, etc., a los que los empleados puedan tener acceso transaccional y descargar la información actualizada. Pienso que potenciar el tema digital en la entidad es un importante ámbito de mejora que puede hacer más cómodo el relacionamiento con la ESE. (47)

Otra de las entrevistas abiertas se realizó al administrador financiero: Jony Sneider Rojas Chavarría quien es el líder de la oficina de planeación y calidad, al que, en lo referente a la implementación del MECI, se le preguntó sobre si consideraba que existen aspectos por mejorar en esta área con relación a la formulación de planes, programas y proyectos con base en los resultados a 2022. El administrador financiero respondió que “efectivamente existen áreas por mejorar, se debe buscar una articulación de todas las áreas de la gestión y no ver el MECI como una obligación externa, si no que podamos implementar acciones que nos puedan orientar en la ejecución de las actividades conjuntamente teniendo como base la importancia que tiene en este caso el control en la institución” (50).

A propósito de la respuesta del líder de planeación es claro afirmar, a manera de síntesis, que el proceso de implementación del MECI en la ESE evidencia diversos desajustes que afectan su implementación.

Por un lado, se evidenció que es necesario sistematizar la implementación del MECI en la entidad y formalizar la adopción de recomendaciones de la estrategia de control interno a la manera como lo solicita el manual de implementación del mismo.

Por otro lado, es necesario fortalecer las acciones de cumplimiento del eje transversal de información y comunicación a través de la implementación, no solo de una estrategia comunicativa a nivel interno y de relacionamiento con los grupos de interés, si no, de manera más integral, desarrollar una propuesta que reúna todos los ámbitos de la gestión administrativa relacionados con el control interno, en torno a los principios de la cultura del control y que, en su estrategia, aglutine los esfuerzos de las

distintas áreas de la gestión administrativa y los instrumentos de planeación estratégica de la entidad como la misión, visión y valores, las estrategias comunicativas del área de comunicaciones y mercadeo, las acciones de cumplimiento de la oficina de control interno y la alta gerencia en torno a una cultura del control y lucha anticorrupción que vincule todas las dependencias de la entidad y reúna, bajo sus principios y directrices, las voluntades de todos y cada uno de los empleados en torno a la necesidad del cuidado del patrimonio común y la mejora continua en los procesos de prestación de servicios de salud que realiza la entidad.

12.2. Riesgos que afectan la implementación del MECI en el Hospital San Rafael

El análisis de los riesgos relacionados a la implementación del MECI es un componente fundamental para entender las amenazas que enfrentan las entidades y las formas cómo enfrentan estos desafíos. A partir de la expedición del Decreto 1083 de 2015: “por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública” (51), el establecimiento de políticas de administración del riesgo se hizo obligatorio para las entidades públicas y se asumió como una parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno. En su análisis deben tomarse en cuenta los aspectos internos y externos que amenacen el logro de los objetivos organizacionales.

Es por esto que el fenómeno de estudio son los riesgos y las posibles oportunidades de mejora que puede tener la gestión administrativa del Hospital San Rafael de Itagüí. En este capítulo analizamos la gestión de los riesgos en la organización, ya que “el propósito principal del control es la reducción de los mismos, propendiendo porque el proceso y sus controles garanticen de manera razonable que los riesgos están minimizados o se están reduciendo” (28).

Uno de los instrumentos fundamentales para la correcta gestión de los riesgos en la entidad es la definición de los riesgos que la amenazan. Con el propósito de aclarar esta área de la gestión, en entrevista con la coordinadora de la oficina de control interno, se cuestionó a Rivera Osorno sobre los mecanismos a través de los que la entidad identifica las condiciones internas o externas que puedan generar eventos de riesgo. A lo que la coordinadora respondió que:

El proceso de identificación se realiza a través de una Política de Administración de Riesgos que la ESE ha adoptado y que describe el procedimiento para la elaboración de los mapas de riesgos, que son las matrices 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.(49)

Con respecto a los resultados de los mapas de riesgos para 2022 Rivera Osorno destaco que se pudo identificar

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 de riesgo (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. (49)

Con respecto a este mismo tema, el gerente de la entidad afirmó que el mecanismo para la definición de los riesgos surge de la Superintendencia Nacional de Salud:

Esta entidad definió unos mapas de riesgos o sistemas de riesgos, aproximadamente 26, que son 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, de corrupción, riesgos tecnológicos, riesgos operativos, de salud, entre otros. (48)

En términos del proceso, el gerente manifestó que:

Lo que hace la institución es construir una matriz de riesgos general, en la cual, dependiendo, del área funcional o administrativa se identifican los riesgos y, a partir de ellos, se diseñan controles para evitar la ocurrencia de esos riesgos. Este proceso es una función de cada uno de los líderes de unidad y se realiza en compañía del área de calidad y planeación. Para mitigarlos se construye una

matriz y se le hace seguimiento y se determinan, dependiendo de los riesgos, los planes de mejoramiento para aquellos procesos en que se evidencian fallas. (48)

Según un informe de seguimiento a mapas de riesgo correspondiente a abril de 2023, realizado por la oficina de control interno, el Hospital San Rafael de Itagüí “cuenta con 26 mapas de riesgo los cuales tienen establecidos 165 riesgos, distribuidos según en las zonas de riesgo extremo con 9, alto con 57, moderado con 98 y bajo con 1, y un total de 465 controles establecidos” (52).

Sin embargo, tal y como lo manifiesta el mismo informe, de los 26 mapas de riesgo solo se dispone de información de 16 de ellos: “acorde a la revisión realizada se logra identificar que a la fecha hacen falta los mapas de riesgos correspondientes al proceso de Apoyo a la Atención en Salud: Centro regulador; Ayudas diagnosticas; Terapias; Laboratorio; Esterilización; Diagnostico vascular; Transfusión sanguínea” (52), además se pudo constatar que “algunos de los líderes manifiestan no tener conocimiento de la implementación de éstos dentro de su proceso” (52).

Según el mismo documento la información de los mapas de riesgo con la que se cuenta presenta vacíos importantes, “dado a que aún se encuentran en actualización por parte del área de Planeación y Calidad y a la fecha de la realización de esta no se habían entregado” (52) y, por tanto, las matrices de riesgo con las que se cuenta y que están disponibles en la intranet son las correspondientes a 2021.

Adicionalmente, el informe resalta que existe “gran desconocimiento por parte de los líderes del proceso en cuanto a las matrices y las tareas que se tiene definidas de los mapas de riesgo” (52) y, finalmente, la evaluación hecha para la realización de este informe evidenció que algunas acciones correctivas no estaban enfocadas en mitigar los riesgos. De los 16 mapas de riesgos reportados “un total de 8 descripciones de control y planes de acción que no corresponden al mismo. Por lo tanto se hace necesario resaltar la importancia de la participación de los responsables del proceso en las actividades de actualización de las matrices y en la definición de riesgo con el fin de tener mayor claridad y asertividad en la definición de tareas” (52).

A partir de lo evidenciado la oficina de control interno recomienda en el informe:

Como primera medida: “Realizar el proceso de actualización de los mapas de riesgos de manera conjunta entre el área de planeación y calidad y los líderes del

proceso acorde a lo establecido por las líneas de defensa en la Política de Administración del Riesgo” (52). Llevar a cabo estas recomendaciones, según la Política de Administración del Riesgo, implica que los líderes de cada proceso verifiquen la realización de las acciones preventivas y lleven registro y evidencien los avances hechos para mitigar los riesgos identificados. De esta misma forma, los líderes deben analizar los resultados que se obtengan del seguimiento y tomar acciones inmediatas ante las desviaciones, además de comunicar el contenido de estas desviaciones y los correctivos tomados. A su vez, los líderes deben garantizar que los correctivos son registrados en el plan de mejoramiento de la entidad y, finalmente, que los líderes revisen y actualicen permanentemente los mapas de riesgos de la mano de la oficina de planeación y calidad de la entidad.

A su vez el informe recomienda generar procesos de divulgación de los riesgos identificados entre los colaboradores de cada proceso y fortalecer la cultura de la gestión de riesgo, de la misma forma sugiere informar de manera oportuna al equipo de control interno las modificaciones hechas en las estrategias adoptadas para mitigar los riesgos y su integración en el mapa de riesgo correspondiente y, a su vez, propone la realización de revisiones detalladas de los mapas de riesgos de cada área, en la búsqueda de acciones que no correspondan a la descripción del riesgo o que no estén asociadas a una actividad específica tendiente a mitigar su gravedad.

Complementariamente, el informe propone que se realicen evaluaciones periódicas de los mapas de riesgo, tendientes a realizar un seguimiento constante de los cambios y la emergencia de nuevos riesgos con el propósito de fortalecer los procesos de mejoramiento continuo de la gestión de riesgo y, finalmente, el informe propone que se realicen “proceso de capacitación, inducción y reinducción enfocada en la mitigación de los riesgos institucionales, así mismo dar a conocer la matriz y los riesgos identificados para cada proceso, con el fin de que el personal se conciente y tenga información clara de los procesos establecidos en la institución” (52).

A través de las entrevistas realizadas a miembros de la alta gerencia de la entidad se lograron identificar factores de riesgo que amenazan la prestación del servicio bajo las categorías que vimos en el apartado teórico. De esta forma tenemos

que el gerente del hospital afirmó, en cuanto al riesgo tecnológico, que durante 2022 la entidad enfrentó diversos riesgos asociados a esta categoría específica.

En este sentido afirmó que 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. Labores que realiza el personal de la oficina de sistemas de la ESE. (48)

A su vez durante el 2022 se presentaron amenazas relacionadas con correos electrónicos.

Estas amenazas 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. (48)

Otra de las áreas en que se presentan riesgos tecnológicos son las amenazas al 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. (48)

Finalmente, en cuánto a las medidas tendientes a mitigar este tipo de riesgo durante 2022, el gerente manifestó que se han tomado las acciones necesarias para atenuar el nivel de estas amenazas.

Entre las medidas implementadas están las de seguridad en 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” (48).

Adicionalmente, se realizaron las actualizaciones y parches de seguridad, que buscan “mantener los sistemas y aplicaciones actualizados con los últimos parches de seguridad con el propósito de proteger contra vulnerabilidades conocidas y garantizar que las medidas de seguridad estén al día, en 2022 se hizo actualización del sistema dinámico y se adquirieron 3 licencias de Windows server 2022” (48).

Complementariamente, “se reforzaron las políticas de seguridad y las 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” (48).

De la misma forma, “durante el año 2022 se realizaron capacitaciones y procesos de concientización entre los empleados. Durante la vigencia 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” (48).

Finalmente, se realizaron “acciones de monitoreo y auditoría de seguridad para detectar y responder rápidamente a cualquier actividad sospechosa o inusual en los sistemas y redes de la entidad” (48).

En cuanto al riesgo financiero el hospital enfrenta una circunstancia particular ya que:

Está catalogado en alto riesgo financiero por parte de la Superintendencia Nacional de Salud desde el año 2012, debido a las acreencias que se tienen desde ese entonces, estas han ido creciendo y al año 2019 se situaron en \$47 mil millones de pesos. Siendo acreencias que, en la actualidad, no se pueden pagar por completo.

Debido al monto de las acreencias y la cantidad de acreedores, se presentaron demandas ejecutivas que condenaron al hospital y, por lo tanto, se

tienen embargos judiciales sobre cuentas institucionales de algunas de las EPS correspondientes. Al tener esos embargos se disminuye la capacidad de funcionamiento y, por lo tanto, se presentan atrasos en los pagos correspondientes a los contratos actuales, es decir, existe un círculo vicioso muy dañino para la institución y es que, al no tener dinero suficiente para el funcionamiento, se disminuye la prestación de servicios y eso a su vez hace que ingresen menos recursos y se agrave la situación. (48)

Cuando las instituciones de salud están declaradas en alto riesgo financiero, la ley las obliga a presentar un programa de saneamiento fiscal y financiero. En ese programa se plantean cinco grupos de acciones fundamentales para remediar la situación que son: reducción de costos y gastos; fortalecimiento de ingresos; reorganización administrativa; restructuración de la deuda y, saneamiento de pasivos. Con relación a esta circunstancia se le preguntó al gerente sobre las medidas tendientes a mitigar el riesgo financiero, a lo que éste respondió que

La medida más importante es el programa de saneamiento fiscal y financiero, que busca la operación conjunta de la sede I y sede II de la institución a través de una unión temporal con entes externos, a eso se le llamo: Operación Fénix. La unión temporal es con una empresa llamada Angiosur y se espera es que esta empresa opere en la sede II durante diez años bajo un contrato de operación de arrendamiento de canon fijo y canon variable. Durante esos diez años, a precio de valor presente, se espera que produzca \$23 mil millones de pesos. Los servicios que están en la sede II serán instalados y adecuados en la sede I, es así como se va a trasladar aproximadamente 60 camas de sede II a sede I para quedar así con un aproximado de 108 a 110 camas en total. (48)

El gerente explica que las circunstancias asociadas al riesgo financiero no solo son determinadas por condiciones internas, sino que en éstas también influyen condicionamientos externos. Según su perspectiva:

El año 2022, como muchos lo saben, fue un año económicamente 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 pérdidas que, para este año, se están buscando solucionar. 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 II a sede I, que fortalecería las ventas de servicios y, adicionalmente, al concentrarnos en una solo sede esperamos disminuir costos y gastos. (48)

En cuanto al riesgo operativo, la entidad enfrentó distintas amenazas durante 2022 que se concentran fundamentalmente en torno a los riesgos derivados de la atención en salud. Entre estos riesgos está el riesgo de evento adverso, que es aquel evento derivado directamente de la prestación de servicio de salud; adicionalmente, se tiene el riesgo de complicaciones, que es el riesgo de que un paciente sufra una complicación derivada de su patología y no de la prestación del servicio o, en otras palabras, el riesgo de muerte por las condiciones clínicas del paciente; también se tiene el riesgo de mala praxis, en el que el medico comete un error por imprudencia, por inobservancia o por negligencia y, “derivado de estos riesgos operativos, se pueden generar otros tipos adicionales de riesgos, pues si un paciente se complica y muere, existe el riesgo jurídico de una demanda por responsabilidad médica, lo que se refleja en riesgo de imagen para la institución” (48).

Por lo tanto, “las unidades misionales de prestación de servicios de salud son los que más trabajan sobre estos tipos de procesos de riesgos, que abarcan riesgos en las áreas de consulta externa, urgencias, hospitalización, cirugía, UCI - UCE y son los líderes de estas unidades los encargados de vigilar los procesos” (48).

En cuanto a los riesgos de cumplimiento, la entidad presentó algunas amenazas relacionadas con este tipo de riesgo específico durante 2022 “a través de una auditoría externa realizada por la Contraloría General de Antioquia en la que se generaron hallazgos administrativos en los procedimientos de gestión contractual, facturación, cartera y radicación y para los que se realizaron planes de mejoramiento para mitigar su incidencia y cumplir con la normatividad” (49)

En cuanto al riesgo de imagen, el líder de comunicaciones afirmó, como se ha mencionado en varias oportunidades, “que el hospital se encuentra bajo un régimen de riesgo fiscal y financiero y, por tanto, los usuarios ven afectada la imagen institucional.

Actualmente se está trabajando, en diversos frentes, para mejorar la calidad y obtener recursos con el fin de brindar un mejor servicio a la comunidad y mejorar la reputación de la ESE” (47).

Igualmente, durante 2022 se vio afectada la imagen de la institución debido a una serie de convenios con entidades externas, “lo que generó miedo entre los usuarios por los cambios que se estaban realizando. Este punto en particular afectó la imagen institucional. Sin embargo, para este año (2023) ha mejorado el tema y la gente está viendo que estos cambios van a beneficiar la comunidad” (47).

En términos de las acciones que se implementan para mitigar los riesgos asociados a la imagen institucional de la entidad, la oficina de comunicaciones y mercadeo de la ESE ha tomado medidas tendientes a mitigar este riesgo. Entre estas medidas destaca particularmente un plan de comunicaciones y de socialización de las acciones que se realizan en torno al plan de saneamiento fiscal y financiero que, bajo la perspectiva del líder de comunicaciones y mercadeo: Carvajal Restrepo, es una de las circunstancias que más afectan la reputación de la entidad y, por tanto, es el centro de las estrategias de comunicación que buscan mitigar el riesgo de imagen. “Esta estrategia busca específicamente socializar todo lo que se ha venido haciendo con el plan de saneamiento fiscal y financiero, el cual se publica en redes sociales, la página web, la intranet, todo esto con el fin de lograr una comunicación asertiva con los grupos de interés y todos los clientes internos y externos de la institución” (47).

El análisis de los riesgos que enfrenta una organización y de la gestión que la entidad realiza para mitigar su vulnerabilidad, a través de los mapas de riesgos, es un área importante del análisis del conjunto de la gestión administrativa en relación con la implementación del MECI.

En el análisis correspondiente al Hospital San Rafael de Itagüí podemos concluir que la gestión de los riesgos presenta aspectos que dificultan la correcta respuesta de la entidad frente a la gestión de riesgo, entre ellos se destaca la realización de los mapas de riesgo. A lo largo del capítulo vimos que en la entidad, algunos procesos, sobre todo procesos críticos como los de atención a usuarios, no tienen mapas de riesgo y más grave aún, los líderes de proceso no saben que deben incorporar estos mecanismos de control a la gestión que realizan.

Otro de los desajustes evidenciados a través del análisis de los mapas de riesgos se relaciona con la correspondencia que debe existir entre la naturaleza del riesgo y las acciones tendientes a mitigarlos, puesto que en la práctica se evidenció que varios de los mapas de riesgos no tenían la coherencia interna que requiere la correcta mitigación de los riesgos en la entidad.

En términos numéricos es significativo que, de los 26 mapas de riesgo que se establecieron en la entidad en el análisis realizado en el informe de abril de 2023, las áreas administrativas y las unidades de gestión solo hayan aportado información sobre 16 mapas de riesgo, y más aún que los mapas de riesgo faltantes sean los correspondientes a una única unidad de la entidad, que es la de Apoyo a la Atención en Salud cuyos líderes de proceso manifiestan no tener conocimiento de la necesidad de implementar dichos mapas de riesgo en su proceso.

Otro de los elementos significativos que resaltan del análisis es la ausencia de mapas de riesgo publicados para la vigencia de 2022. El informe de balance realizado en abril de 2023 debió realizarse con mapas de riesgo correspondientes a 2021 publicados en la intranet, dado que la oficina de planeación y calidad no había publicado oportunamente en la página web o en intranet los mapas de riesgo concernientes a la vigencia 2022.

De ahí que se presente importantes circunstancias que afecta en este ámbito específico de la gestión administrativa, recomendaciones que serán abordadas en el siguiente capítulo de este trabajo de investigación.

12.3. Oportunidades de mejora del MECI en el Hospital San Rafael

Las oportunidades de mejora que tiene la implementación del MECI en el hospital San Rafael de Itagüí derivan del análisis de los resultados de la aplicación de los instrumentos en los que se combinan; por un lado, la perspectiva de los expertos, que en principio tienen la experiencia y conocimiento de primera mano sobre las condiciones de la implementación de los instrumentos de control interno en la entidad y, por otro lado se tienen los resultados de la aplicación de la lista de chequeo, que resultó un instrumento invaluable a la hora de comprender el estado de la implementación del MECI en la ESE.

Derivado de las entrevistas abiertas realizadas se pudo conocer la perspectiva de los miembros de la alta gerencia del hospital con relación a las oportunidades de mejora que se presentan a partir de los resultados obtenidos de 2022.

A este respecto en entrevista con Muñoz Zapata, el gerente del hospital, se le preguntó si consideraba que existen 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, a lo que respondió:

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (en adelante SOGCS) y el MECI son programas que tienen como objetivo fundamental el mejoramiento continuo y, por esta razón, es que nunca vamos acabar de tratar de mejorar y de tener resultados cada vez más significativos para aportar a la cultura del control en la entidad. Uno de los aspectos más importantes para mejorar sería: el proceso financiero. Como bien se sabe estamos catalogados como una entidad en alto riesgo financiero y, por esta razón, este proceso tiene demasiadas repercusiones en la institución y, consecuentemente, hace que tengamos demasiadas oportunidades de mejora en ese aspecto de la gestión administrativa. Entre los campos de mejora más significativos del proceso financiero está lo que se llama: ciclo económico de la prestación de los servicios de salud, que es una red vital para el sistema de habilitación en salud. Si bien somos un hospital que está habilitado, también estamos en la búsqueda de la acreditación en salud. Pero, debido a las afujías económicas que se tienen producto de la declaratoria de entidad en alto riesgo se ha complicado la acreditación y las acciones de cumplimiento del SOGCS.

Sobre ese mismo tema, y tomando elementos de la respuesta anterior, el gerente respondió en torno a las oportunidades de mejora que aportan al desarrollo de una cultura del control en la entidad que:

Los acuerdos, compromisos y protocolos éticos se pueden mejorar mucho. Es bueno recordar que dentro del programa MECI, el SOGCS y del seguimiento que se hace a través de la junta directiva de todos los planes de mejoramiento, se tienen seguimientos para definir si ese plan de mejorar ha revertido o no las causas que están generando el cumplimiento de los indicadores. En estos

procesos se tienen demasiadas oportunidades de mejora en cada uno de los criterios o de las evaluaciones que se realizan a nivel de toda la empresa. Pues, se trata de un proceso de mejoramiento continuo y es en torno a este proceso que se reúnen todas las medidas correctivas que se implementan en la organización, 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 las unidades funcionales de prestación directa con servicios de salud de los pacientes. En conclusión, se puede mejorar el seguimiento que se realiza a cada uno de los planes de mejora que se generan con el fin de aportar más efectivamente al control interno en cada uno de los procesos. (48)

De la misma forma en la entrevista se le preguntó, en esta oportunidad a Rivera Osorno la coordinadora de control interno, si considera que hay aspectos por mejorar con relación a la política de administración de los riesgos con base en los resultados a 2022. En su opinión, es significativo que algunos de los procesos no cuenten con liderazgos que permitan identificar efectivamente y hacer seguimiento a las situaciones que fueron descritas en los mapas de riesgo, según su perspectiva:

Falta mayor acompañamiento por parte de la oficina de planeación y calidad como segunda línea de defensa. En el seguimiento realizado a los mapas de riesgos se observa falta de conocimiento o entendimiento de algunos de los líderes de proceso. Si bien desde planeación y calidad se realizan las capacitaciones a los mapas de riesgo, estas no están siendo efectivas y los líderes no tienen los conocimientos ni la experticia necesaria para dar respuesta a las amenazas que enfrentan. (49)

Otros de los aspectos evaluados en la entrevista abierta con Rivera Osorno fue sobre si consideraba que existían oportunidades de mejora en la implementación del MECI en la entidad con relación a la identificación riesgos con base en los resultados a 2022. Su respuesta a esta pregunta es bastante significativa en el sentido que, en otros análisis realizados en este trabajo de investigación, se identificaron desajustes

relacionados con el conocimiento que los líderes de proceso tienen sobre los mapas de riesgo. Rivera Osorno manifestó que:

Efectivamente, 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. En este sentido, es indispensable realizar la actualización de los mapas de riesgos dado que, algunos de los riesgos identificados no corresponden al proceso o las actividades para prevenir la materialización del riesgo o las acciones a implementar no son las adecuadas; además, en algunos casos la fecha de vigencia de los mapas de riesgos se encuentra vencida. Por tanto, es necesario realizar un mayor acompañamiento por parte de la oficina de planeación y calidad como lo indica la política de administración del riesgo, en función de la segunda línea de defensa. (49)

Con relación al modelo de operación por procesos se le preguntó al líder de planeación y calidad su perspectiva sobre las opciones de mejora en la implementación del MECI con base en los resultados para 2022. En este sentido, Rojas Chavarría, considera que “un trabajo que se debe realizar y que, es de vital importancia, es articular adecuadamente el mapa de procesos con las diversas acciones de cumplimiento de la implementación MECI. Si bien, la entidad ha realizado diversos esfuerzos para integrar los procesos administrativos, es necesario materializar efectivamente la integración en el mapa de procesos” (50).

Consecuentemente con lo manifestado sobre los esfuerzos de integración en la ESE, Rojas Chavarría, consideró que, en relación a la estructura organizacional es “necesario dejar de ver, en este caso a la oficina de control interno, como un ente acusador o un ente meramente de fiscalización y propender por involucrar a esta oficina en el quehacer institucional de una manera más integral y con una visión de conjunto” (50) y, en este mismo sentido señala, con respecto a las políticas de operación, “que si bien para los procesos de evaluación hay políticas, un esfuerzo que puede realizar la ESE es establecer una política que permita que todo el personal conozca el MECI y qué función tiene este modelo de control para la institución y en este aspecto es de vital importancia la participación de la oficina de control interno” (50).

Con relación a los aspectos que debían mejorarse sobre los riesgos tecnológicos y de seguridad digital que enfrenta la entidad a partir de los resultados de 2022, se le preguntó al gerente Muñoz Zapata quien desde su experiencia afirmó que:

El manejo de la protección de los datos de sistemas de información es un área en la que se debe de mejorar y que tiene una calificación muy baja, ya que actualmente presentamos algunas inseguridades, por lo que es necesario mejorar la protección de datos sensibles de los pacientes por medio de un programa, que estamos implementando, que se llama madurez digital.

No obstante, cualquier tipo de proceso de mejora debe partir esencialmente de un adecuado proceso de evaluación y de actualización periódica de políticas y procedimientos de seguridad informática de la entidad. Revisar y actualizar regularmente las políticas y procedimientos de seguridad de la entidad permite que se implementen 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.

Otra etapa de este proceso de mejora es la de formación y concienciación continua de los colaboradores de la entidad con el propósito de mejorar su comprensión de los riesgos y mejorar sus conocimientos y prácticas asociadas a la seguridad. Esto puede incluir procesos formativos para favorecer la identificación de correos electrónicos de phishing, el uso seguro de contraseñas, la detección de malware y el manejo adecuado de información confidencial.

Igualmente, un proceso de mejora de las condiciones de la seguridad informática del hospital implica la correcta evaluación de los riesgos tecnológicos y pruebas de seguridad periódicas tendientes a identificar las posibles vulnerabilidades en la infraestructura y las aplicaciones utilizadas por la entidad.

Otra de las posibles áreas de mejora es el de la implementación de respuestas efectivas a incidentes de seguridad. Este proceso consiste en desarrollar y poner en práctica planes de respuesta a incidentes de seguridad, que incluyen procedimientos claros para manejar y mitigar los impactos de los incidentes de seguridad, que incluyen la identificación temprana de incidentes, la

contención de daños, la recuperación de datos y la comunicación efectiva tanto interna como externa.

Y finalmente, un campo de mejora constante es el de la actualización permanente frente a las últimas amenazas y soluciones de seguridad. Es necesario 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. (48)

A propósito de la gestión financiera de la entidad y de la gestión de este riesgo específico se le preguntó al gerente sobre cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo financiero:

Una de las oportunidades de mejora es la asistencia que pueden prestar la Superintendencia Nacional de Salud y la gobernación de Antioquia, no solo en torno a los temas financieros, si no en apoyo a la gestión de la entidad y la logística. 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, implican el fortaleciendo y la adecuación de infraestructura, el 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, dado que a todos ellos les paga directamente la nación y no, como en nuestras instituciones que, para poder pagarle al personal, tenemos que vender servicios de salud y esperar a que las EPS nos paguen. (48)

Adicionalmente se le preguntó sobre las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo operativo a partir de los resultados para 2022, a lo que respondió:

Existen muchas oportunidades de mejora para mitigar el riesgo, pero una clave importante es que al tener las matrices de riesgo y clasificar aquellas que se

encuentran categorizadas como un riesgo rojo, es decir: riesgo emergente, el proceso se califica como de altísimo riesgo, los riesgos en naranja se califican como riesgos prioritario y, 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 posibilidad de que se presente un perjuicio o un daño a la institución, a la familia, al paciente o a la sociedad.

En consecuencia, la entidad desarrolla acciones para concretar las oportunidades de mejora y evitar que se presente el riesgo. Por ejemplo: La institución está implementando un sistema para disposición de líquidos. Sin embargo, estos líquidos de origen biológico deben ser desactivados antes de su vertimiento a la alcantarilla. Para nosotros es fundamental hacer el control de la desactivación de líquidos, porque si la entidad vierte los residuos líquidos sin haberlos desactivado estaríamos poniendo en riesgo la comunidad.

Otro ejemplo típico es el de la higiene y, específicamente, la higienización en los procesos de atención a pacientes que, para nosotros es la pieza fundamental para prevenir vectores de enfermedad. Sin embargo, existe la posibilidad de que, a pesar de la realización de controles y del especial cuidado que tiene el personal de salud se presente el daño, puedan generarse vectores de enfermedad y, consecuentemente, afectarse el paciente. Si bien estos controles son esenciales en la atención y en el conjunto de los procedimientos médicos, en la entidad estamos implementado medidas especiales, controles y procesos formativos, mediante capacitaciones, seguimiento y vigilancia. Por lo tanto, en estos casos se realizan análisis de caso, a través de metodologías aplicadas para estudiar los eventos adversos y se realizan seguimientos a los casos específicos de manera individual, caso por caso. De ahí que la implementación de estas medidas constituya una importante oportunidad de mejora. (48)

Adicionalmente se le preguntó a Rivera Osorno, la coordinadora de control interno, sí consideraba que el hospital tenía oportunidades de mejora con relación al riesgo de cumplimiento con base en lo identificado durante 2022, a lo a lo que manifestó que:

La entidad presentaba desajustes en cuanto a la actualización de los procedimientos con respecto a la normativa vigente. La razón, desde su perspectiva, es que muchos de los colaboradores no tienen conocimiento sobre los aspectos relativos a los procedimientos establecidos. Debido, en parte, a la alta rotación de personal y a que la ESE no prioriza la permanencia de personal con experiencia y trayectoria en la entidad. Por lo que se debe insistir en procesos formativos que mejoren la cualificación de los colaboradores. (49)

A propósito de las oportunidades de mejora con respecto al riesgo de imagen, según los resultados obtenidos durante 2022, se cuestionó al líder de comunicaciones y mercadeo de la ESE, quien manifestó que:

Una de las más importantes oportunidades de mejorar para mitigar este riesgo es el mejoramiento de los presupuestos invertidos en el área de comunicaciones; es decir, que se pudiera contar con presupuestos más altos para trabajar en todo el proceso publicitario y de imagen. Todo ello con el propósito de dar a conocer a los grupos de interés las especialidades que presta la ESE y que somos un referente en todo el tema ortopedia. En este sentido, se están implementando uniones temporales con el propósito de mejorar la prestación de servicios. (47)

Entre los elementos más significativos y que se destacan de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos con respecto a las oportunidades de mejora se tiene que, según lo destacan los expertos y lo evidenciado a través de la lista de chequeo, es fundamental que se avance en procesos de integración de la oficina de planeación y calidad de la entidad y la oficina de control interno para que, el trabajo mancomunado de ambas oficinas facilite la definición de estrategias tendiente a desarrollar los fundamentos y los procedimientos que permitan consolidar una cultura del control que integre unidades administrativas y procesos de prestación de servicio y administración, en torno a una visión integral que sume esfuerzos y facilite el logro de los objetivos que, con base en una estrategia sólida, se conviertan en objetivos comunes que le permitan a la entidad superar la calificación de riesgo que actualmente presenta.

En este mismo sentido, se hace necesario que dicha estrategia facilite las condiciones operativas y de formación de los líderes de procesos y demás

colaboradores, con el objetivo de actualizar los procedimientos de la entidad con respecto a la normativa vigente y ampliar en conocimiento de los mismos sobre los aspectos relativos a los procedimientos establecidos y la implementación del MECI como herramienta para el fortalecimiento institucional y garantía de calidad en la prestación del servicio. Complementariamente, esta estrategia debe facilitar que los mapas de riesgo sean integrados, a la labor administrativa y de prestación de servicio, como un mecanismo fundamental para garantizar la calidad y continuidad del servicio de salud para la comunidad y los grupos de interés.

Finalmente, es necesario presentar de manera concreta las oportunidades de mejora que puede tener la gestión administrativa y financiera del Hospital San Rafael de Itagüí. En este sentido, en las siguientes líneas se presentan las medidas puntuales y, en el apartado de recomendaciones se evidencian las formas a partir de las que, a juicio de la investigadora, se pueden llevar a cabo estas acciones.

- Realizar un efectivo proceso de integración entre las oficinas de control interno y planeación y calidad.
- Garantizar el acompañamiento de las oficinas de control interno y planeación y calidad a los procesos de establecimiento del MECI.
- Diseñar una estrategia integral que fomente la cultura del control en la entidad.
- Diseñar e implementar una estrategia formativa para que los colaboradores conozcan el MECI y su función.
- Realizar una actualización de los mapas de riesgos y garantizar su coherencia, es decir, que los riesgos identificados correspondan con las acciones tendientes a prevenirlos.
- Integrar a los líderes de proceso en la formulación de los mapas de riesgo de las unidades administrativas a las que pertenecen.
- Fortalecer la política de seguridad informática de la entidad.
- Realizar las gestiones con el Ministerio de Salud y Protección Social para facilitar el saneamiento de pasivos y que se cancelen las deudas de las EPS liquidadas.

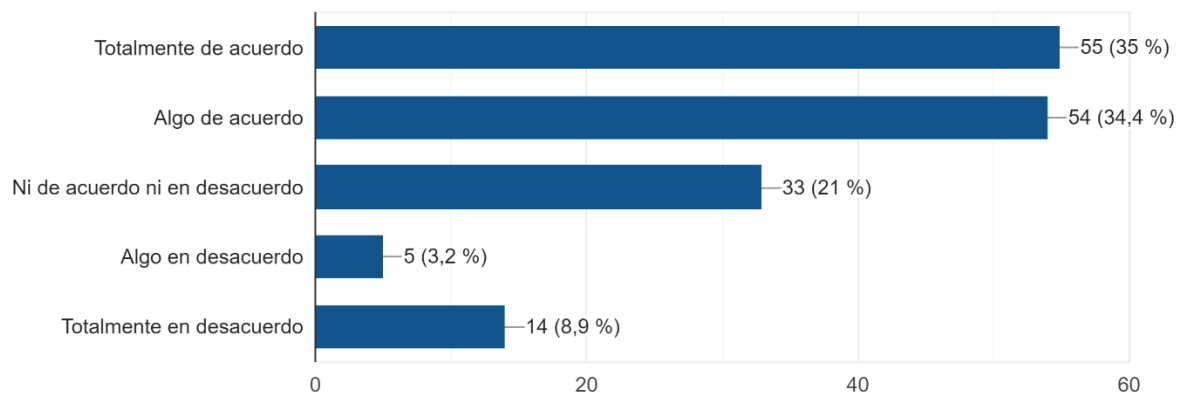
- Realizar las gestiones con la Superintendencia Nacional de Salud y la gobernación de Antioquia para mejorar los procesos de apoyo a la gestión de la entidad, la logística y los temas financieros.

13 Conclusiones

A propósito del análisis del proceso de implementación del MECI en el Hospital San Rafael de Itagüí a lo largo del proceso de investigación se evidenciaron diversos desajustes en cuanto su desarrollo durante el año 2022, entre ellos es necesario destacar algunos que fueron revelados por los instrumentos de recolección de información y la perspectiva de los expertos que fueron consultados para dar fundamento y conocimiento de causa a las afirmaciones hechas a lo largo de este trabajo.

En primer término, resulta significativa una de las preguntas realizadas en la encuesta realizada a 157 colaboradores de la entidad. En la encuesta se les preguntó sobre su conformidad sobre la siguiente afirmación: "El hospital ha asumido con seriedad los retos que implica la lucha contra la corrupción y el cuidado del patrimonio común de todos los colombianos que representa el Hospital San Rafael de Itagüí" (Figura 7).

Figura 7 Retos de la lucha contra la corrupción y el cuidado del patrimonio



Al respecto el 69,4 % de los encuestados (109 personas de 157) evidenciaron diferentes grados de conformidad con la capacidad de la entidad para enfrentar los retos que implica el cuidado del patrimonio común de los colombianos que está representado en el Hospital San Rafael de Itagüí. Mientras que porcentajes minoritarios de los encuestados manifestaron su inconformidad.

Esta pregunta resulta significativa, pues, evidencia la positiva percepción general de los colaboradores de la entidad sobre los alcances hechos por la administración del hospital con respecto a la implementación de mecanismos de control interno y lucha anticorrupción durante el 2022.

Sin embargo, un análisis más detallado de las condiciones de la implementación de este modelo de control evidenció que existen diversos desajustes en la implementación del mencionado proceso:

- Una de las principales conclusiones que se deriva de los hallazgos hechos en este trabajo de investigación es que no se evidencian procesos de integración entre la oficina de planeación y calidad de la entidad y la oficina de control interno para que, a través de esfuerzos mancomunados, el trabajo de ambas oficinas facilite la definición de una estrategia que permita fundar las bases de una cultura del control en la entidad que, a partir de una visión compartida por todos los colaboradores, permita generar sinergias que contribuyan al logro del objetivo misional que tiene la ESE y faciliten procesos de sistematización del MECI y la adopción de las recomendaciones tal y como se establecen en el manual del modelo.
- Otra de las conclusiones relevantes es que no se constata la existencia de condiciones operativas y procesos de formación de los colaboradores de la ESE que faciliten el establecimiento de procedimientos administrativos actualizados con la normativa vigente en relación al proceso de implementación del MECI y que, por esta vía, permitan comprender los procedimientos de control interno como un instrumento para el fortalecimiento institucional y garantizar la calidad y la continuidad en la prestación del servicio del servicio de salud que realiza el hospital.
- Una de las circunstancias que se evidenció a través del proceso de investigación y del que deriva una importante conclusión es la relacionada con los mapas de riesgo. Algunos de los procesos no tienen estos mapas y los líderes de dichos procesos desconocen la importancia de este mecanismo de control. Adicionalmente, algunos mapas de riesgo no tienen correspondencia entre la naturaleza del riesgo descrito y las acciones

implementadas para mitigarlos. Los elementos que explican esta circunstancia son que la oficina de planeación y calidad, la unidad administrativa encargada de liderar los procesos de formulación de los mapas de riesgos, no incorpora en el proceso de formulación a los líderes de las unidades operativas y, por tanto, ni los mapas de riesgo se formulan en correspondencia con las condiciones operativa y, por otro lado, los líderes no se familiarizan con los procesos de valoración ni atención a las situaciones de riesgo. De ahí que sea relevante destacar este punto en particular como una oportunidad de mejora.

- Finalmente, una de las más importantes conclusiones que contribuye en mayor medida a consolidar una cultura del control en la entidad, es que las acciones que, según el MECI, se deben implementar en relación al eje transversal de información y comunicación presentan en la entidad una importante falencia y no se evidencia la existencia de una estrategia de socialización del MECI, es decir, no se cuenta con la pieza fundamental para establecer las condiciones propicias de fomento de la cultura del control que reúna las voluntades y los esfuerzos de las distintas áreas de la gestión administrativa en torno a estos valores y a la necesidad del cuidado del patrimonio y la mejora continua de la prestación de servicios de salud.

14 Recomendaciones

Consecuentemente con lo planteado a lo largo de este trabajo de investigación y con el ánimo de aportar a la sostenibilidad de la ESE y realizar una contribución al establecimiento de una cultura del control y fortalecer el proceso del cuidado del patrimonio común que se realiza en el Hospital San Rafael de Itagüí se proponen algunas medidas y las estrategias para llevarlas a cabo:

En cuanto al establecimiento de una cultura del control en la entidad se recomienda que el MECI que, “tiene como propósito fundamental servir como una herramienta gerencial para el control a la gestión pública, y que se fundamenta en la cultura del control, y la responsabilidad y compromiso de la Alta Dirección para su implementación, y fortalecimiento continuo” (19), se convierta efectivamente en el germen de una cultura del control en la entidad que permita garantizar el cuidado de los bienes públicos, la calidad y la continuidad de la prestación del servicio de salud; a partir de la integración de las unidades administrativas vitales en la implementación de este modelo, especialmente la oficina de control interno, la oficina de planeación y calidad y la oficina de comunicaciones y mercadeo. La integración de estas unidades facilitaría el diseño e implementación de estrategias formativas que, a través de procesos mancomunados, fomenten el conocimiento de todos los colaboradores de las bondades del MECI y, por medio de campañas de comunicación y la socialización de resultados y las amenazas que enfrenta la entidad logren reunir esfuerzos tendientes a mejorar las condiciones administrativas y financieras con las que opera la entidad.

En cuanto a la Política de Administración de Riesgo, los mapas de riesgo y el conocimiento que los colaboradores tienen sobre la utilidad y función de esta herramienta, se recomienda fomentar, en el marco de las acciones para el establecimiento de la cultura del control, espacios formativos que mejoren el conocimiento que los colaboradores tienen sobre el MECI y sus herramientas, con el objetivo que, de la mano de las unidades administrativas, los mismos colaboradores corrijan los desajustes evidenciados a lo largo del proceso de investigación y aporten a fortalecer los procesos de implementación del MECI, la sostenibilidad de la entidad y el logro de los objetivos misionales de la organización.

Finalmente, con respecto a la política de seguridad informática de la entidad se recomienda, también en el marco de las acciones para el establecimiento de una cultura del control, potenciar la estrategia implementada, en el sentido de fomentar procesos formativos que favorezcan la identificación de riesgos de seguridad informática; además de la realización periódica de pruebas de seguridad tendientes a identificar las posibles vulnerabilidades en la infraestructura y la implementación de respuestas efectivas a incidentes de seguridad, además de realizar constante actualización del software y el hardware frente a las últimas amenazas y soluciones de seguridad. Todo esto integrado a la cultura del control y con la participación y aportes de las demás unidades administrativas, especialmente la oficina de sistemas y la de comunicaciones y mercadeo de la entidad.

15 Referencias

1. Ministerio de Transporte de Colombia (MinTransporte). Historia del control interno en Colombia [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://movilnet2.mintransporte.gov.co/historia-del-control-interno/>
2. Transparencia Internacional. Índice de percepción de la corrupción 2021 [Internet]. 2022 [citado el 3 de julio de 2023]. p. 1–22. Disponible en: <https://transparenciacolombia.org.co/wp-content/uploads/cpi2021-report-es-web.pdf>
3. Hussmann K. Corrupción en el sector salud Recomendaciones prácticas para donantes. U4 Anti-corruption Resource Centre [Internet]. 2020 [citado el 3 de julio de 2023];(16):1–92. Disponible en: <https://www.cmi.no/publications/file/8020-corrupcin-en-el-sector-salud.pdf>
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Comunicado de prensa Encuesta de Cultura Política (ECP) 2019 [Internet]. Bogotá; 2017 nov [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/ecpolitica/cp_ecp19.pdf
5. Grupo de Economía de la Salud (GES). La corrupción, el mayor mal del sistema de salud [Internet]. Medellín; 2018 [citado el 3 de julio de 2023]. p. 1–2. Disponible en: <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/wp-content/uploads/2018/05/04.05.18-La-corrupcion-el-mayor-mal-del-sistema-de-salud.pdf>
6. Hospital San Rafael de Itagüí. Código de Buen Gobierno Hospital San Rafael de Itagüí [Internet]. Colombia; abr 20, 2021 p. 1–22. Disponible en: https://hsanrafael.gov.co/wp-content/uploads/2022/05/MN_02_PE-3-Codigo-Buen-Gobierno-y-Etica-v17.pdf
7. Giraldo Suarez NE, Russell Bedford Internacional. Dictamen del Revisor Fiscal del Hospital San Rafael de Itagüí [Internet]. 2021 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://hsanrafael.gov.co/wp-content/uploads/2021/03/Dictamen-Revisoria-Fiscal.pdf>
8. Steffan PG, Alcaráz AP, Antiñir AA. Prehistoria: hasta el surgimiento de las sociedades complejas [Internet]. 1a ed. Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, editor. Tandil, Argentina; 2021 [citado el 3 de julio de 2023]. 1–108 p. Disponible en: <https://www.soc.unicen.edu.ar/images/editorial/ebooks/prehistoria.pdf>

9. Arcia Paternina VI, Castaño Osorio JM. Historia del arte del control interno [Internet]. Medellín; 2013 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.usb.edu.co/server/api/core/bitstreams/f7ef7836-1f55-426f-84c6-b070450ee5c9/content>
10. Casares MA. La Política Tributaria y su impacto en la sociedad [Internet] [Trabajo de investigación]. [Mendoza, Argentina]: Universidad Nacional del Cuyo (UNCUYO); 2014 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/6698/casares-tesisfce.pdf
11. Moreno Alvear RE, Maldonado Román MB, Riofrío Leiva LA, Armijos Tandazo LA, Castillo Bermeo BL. La contabilidad triangular y su aporte a la toma de decisiones financieras-administrativas. Sur Academia: Revista Académica-Investigativa de la Facultad Jurídica, Social y Administrativa [Internet]. 2017 [citado el 3 de julio de 2023];3(5):20–4. Disponible en: <https://revistas.unl.edu.ec/index.php/suracademia/article/view/256>
12. Anaya Ríos JL, Anaya Ríos MÁ. Los modelos de control externo de la fiscalización. Inglaterra y Francia como referentes en México. El Cotidiano [Internet]. 2016 [citado el 3 de julio de 2023];(198):88–94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/325/32546809012.pdf>
13. Villardefrancos Álvarez M del C, Rivera Z. La auditoría como proceso de control: concepto y tipología. Ciencias de la Información [Internet]. 2006 [citado el 3 de julio de 2023];37(2–3):53–9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1814/181418190004.pdf>
14. Vásquez Montoya OP. Visión integral del control interno. Contaduría Universidad de Antioquia [Internet]. 2016 [citado el 3 de julio de 2023];(69):139–54. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/cont/article/view/328434/20785274>
15. Guerrero Romero FA, Portillo Durán AM, Zometta AD. Sistema de control interno con base al enfoque COSO para la alcaldía de San Sebastián, departamento de San Vicente, para implementarse en el año 2010 [Internet]. [San Vicente, El Salvador]: Universidad de El Salvador; 2011 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://ri.ues.edu.sv/id/eprint/3493/1/SISTEMA%20DE%20CONTROL%20INTERNO.pdf>
16. Arias García IY. Organismos que vigilan, regulan y sancionan a las oficinas de control interno de orden nacional [Internet] [Tesis de Especialización]. [Bogotá, Colombia]:

Universidad Militar Nueva Granada; 2014 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/12059/ENSAYO%20QUIEN%20VIGILA%20A%20LAS%20OFICINAS%20DE%20CONTROL%20INTERNO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

17. Rangel Duarte CA. Elaborar un diseño de un sistema de gestión de calidad para la alcaldía de Lebrija, Santander, según los lineamientos de la norma NTC GP – 1000 : 2009 [Internet] [Tesis de pregrado en Ingeniería Industrial]. [Bucaramanga, Colombia]: Universidad Santo Tomas de Bucaramanga; 2018 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/13015/2018camilorangel.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Pardo Lizarazo RC. Propuesta para la disminución de los costos y gastos generados en el proceso operativo y de distribución de la compañía Big Pass Edenred SA [Internet]. [Bogotá, Colombia]: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2021 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://es.studenta.com/content/116941627/te-gf-pardo-lizarazo-ruth-cristina-2021>
19. Departamento Administrativo de la Función Pública, Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014 [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>
20. Rivas Márquez G. Modelos contemporáneos de control interno. Fundamentos teóricos. Observatorio Laboral Revista Venezolana [Internet]. 2011 [citado el 3 de julio de 2023];4(8):115–36. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/lainet/lainetv4n8/art6.pdf>
21. Castañeda J. Fundación Universitaria del Área Andina. 2018 [citado el 3 de julio de 2023]. Gestión, administración de riesgos y modelos de control interno. Disponible en: https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/2132/RP_eje2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Solis Guido KM, Ochoa Pérez BA. Propuesta de una guía de procedimientos para evaluar la integridad mecánica de las calderas pirotubulares en las empresas Nicaragüenses en un periodo de Abril a Junio del 2014. [Internet] [Trabajo de Grado para optar al título de Ingeniero Industrial y de Sistemas]. [Managua, Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/5585/1/7626.pdf>
23. Osorio Asprilla L. Normatividad y control desde la perspectiva psicopatológica. Revista electrónica Psyconex Psicología, psicoanálisis y conexiones [Internet]. 2015 [citado el 3 de julio de 2023];7(11). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/download/24899/20264/95945>
24. Casal PM. Modelos de sistemas de control interno. En: Parada RA, Errecaborde JD, editores. Desarrollo y gestión empresarial y profesional XXII [Internet]. 1a ed. Buenos Aires, Argentina: Errepar SA; 2021 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://docer.com.ar/doc/vne5511>
25. Vanstapel F. Guía para las normas de control interno del sector público. INTOSAI [Internet]. 2004 [citado el 3 de julio de 2023]; Disponible en: https://www.issai.org/wp-content/uploads/2019/08/intosai_gov_9100s.pdf
26. Congreso de la República de Colombia. Ley 87 de 1993 [Internet]. Colombia; 1993. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=300>
27. Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Guía para la administración del riesgo [Internet]. 2011 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1592.pdf/73e5a159-2d8f-41aa-8182-eb99e8c4f3ba>
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 708 de 2016 [Internet]. 708 Colombia; may 6, 2016 p. 1–672. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
29. República de Colombia. Constitución Política de Colombia [Internet]. Colombia; 1991. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>

30. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 4087 de 2014 [Internet]. Colombia; 2014. Disponible en:
https://jurinfo.jep.gov.co/normograma/compilacion/docs/resolucion_supersalud_4087_2014.htm
31. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 1598 de 2014 [Internet]. Colombia; 2014. Disponible en:
https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/R_2014_Norma_001598.pdf
32. Cedeño N. La investigación mixta, estrategia andragógica fundamental para fortalecer las capacidades intelectuales superiores. *Res Nova Verba* [Internet]. agosto de 2012 [citado el 3 de septiembre de 2023];2(2):17–36. Disponible en:
<https://biblio.ecotec.edu.ec/revista/edicion2/LA%20INVESTIGACION%20MIXTA%20ESTRATEGIA%20ANDRAGOGICA%20FUNDAMENTAL.pdf>
33. Bourdieu P. La distinción: Criterio y bases sociales del gusto [Internet]. 1979 [citado el 3 de julio de 2023]. Disponible en:
<https://asociacionfilosofialatinoamericana.files.wordpress.com/2018/08/bourdieu-pierre-la-distincion-criterio-y-bases-sociales-del-gusto.pdf>
34. Chaves A. La utilización de una metodología mixta en investigación social. En: Delgado K, Gadea F, Vera S, editores. *Rompiendo barreras en investigación* [Internet]. 1a ed. Machala, Ecuador : Editorial UTMACH; 2018 [citado el 3 de septiembre de 2023]. p. 164–84. Disponible en:
https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15178/La_utilizacion_de_una_metodologia_mixta.pdf?sequence=2
35. Stake RE. *Investigación con estudios de casos* [Internet]. 2a ed. Madrid, España: Morata; 1999 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en:
<https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudios-de-caso.pdf>
36. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Lucio Baptista P. *Metodología de la Investigación* [Internet]. 5a ed. México DF, México: McGraw-Hill; 2010 [citado el 4 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.icmujeres.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>

37. Martínez Carazo PC. El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. Revista Científica Pensamiento y Gestión [Internet]. enero de 2006 [citado el 4 de julio de 2023];(20). Disponible en:
<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/3576/2301>
38. Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación. 2a Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación, Singapur. Declaración de Singapur [Internet]. Singapur, República de Singapur; 2012. Disponible en:
<https://www.conicyt.cl/fondap/files/2014/12/DECLARACION-SINGAPUR.pdf>
39. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica [Internet]. Ginebra, Suiza; 2002. Disponible en:
https://cioms.ch/wp-content/uploads/2016/08/PAUTAS_ETICAS_INTERNACIONALES.pdf
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Colombia; 1993. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
41. Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria 1581 de 2012 [Internet]. Colombia; 2012. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
42. Vicerrectoría de Investigación, Comisión Institucional de Ética, Comité Central de Ética en la Investigación. Código de ética en la investigación de la Universidad de Antioquia [Internet]. Colombia; 2015. Disponible en:
<https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e79da6b4-1402-496b-88bc-0dc0321ba827/codigo-etica-udea.pdf?MOD=AJPERES>
43. Congreso de la República de Colombia. Ley 1266 de 2008 [Internet]. Colombia; 2008. Disponible en:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34488>
44. Camirra H, Cartaya S. Guía para la investigación académica. Una orientación metodológica orientada para el posgrado-lupma. Revista Docencia, Investigación, Extensión, Educación y Trabajo [Internet]. 2004 [citado el 4 de julio de 2023]; Disponible

en:

https://pedagogicoiupma.files.wordpress.com/2019/02/camirra_cartaya_guia_investigac_iupma.pdf

45. Hospital San Rafael de Itagüí. Estado del sistema de Control Interno de la entidad. Periodo julio-diciembre de 2022. Itagüí ; 2023.
46. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Tablas de Retención de Documental [Internet]. 2023 [citado el 13 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/tramites/transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/tablas-de-retencion-documental#:~:text=Las%20Tablas%20de%20Retenci%C3%B3n%20Documental,cada%20una%20de%20las%20agrupaciones>
47. Carvajal Restrepo JS. Entrevista con el líder de comunicaciones y mercadeo del Hospital San Rafael de Itagüí. Itagüí, Colombia; 2023.
48. Muñoz Zapata DL. Entrevista con el gerente del Hospital San Rafael de Itagüí. Itagüí, Colombia; 2023.
49. Rivera Osorno DM. Entrevista con la coordinadora de control interno del Hospital San Rafael de Itagüí. Itagüí, Colombia; 2023.
50. Rojas Chavarría JS. Entrevista con el líder de planeación y calidad del Hospital San Rafael de Itagüí. Itagüí, Colombia; 2023.
51. Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). Decreto 1083 de 2015 [Internet]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=62866>
52. Hospital San Rafael de Itagüí. Informe de seguimiento a mapas de riesgo. Abril 2023. Itagüí, Colombia; 2023 abr.

19 Anexos

Los siguientes anexos contienen documentos de interés para el proceso de trabajo de grado.

Anexo 1 Lista de chequeo

Lista de chequeo sobre la implementación del Modelo Estándar de Control Interno en el Hospital San Rafael de Itagüí en

Instrumento aplicada por: **Lina Marcela Granda Pérez**
 Fecha: _____
 Funcionario que provee la información: **Nombre** _____
 Cargo: _____
 Los documentos requeridos por medio de este instrumento hacen referencia exclusiva al periodo auditado por el MECI durante el año 2022

Producir mínimamente exigido a la entidad durante el año 2022 y su disponibilidad actual						
N	Elemento MEC	Producto mínimo	Termino	% en proceso	Disponib	Obrerecciones
1	Acordar Comprobar y Protocolar Ético	Acta Administrativa que permite evidenciar la adaptación de las principios y valores de la entidad.	Sí	100%	Sí	Política de integridad, adaptada el 01 de agosto de 2022.
2	Acordar Comprobar y Protocolar Ético	Instrumentar, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la racionalización y difusión de las principios y/o valores adoptados por la entidad durante 2022	Sí	100%	No	se realizaron actividades de racionalización y medición del índice de integridad mediante comunicaciones en la página web y se realizan actividades por diferentes servicios de la institución
3	Desarrolla del Talento Humano	Manual de Funcionario adaptado y racionalizado para cada uno de los cargos de la entidad	En proceso	50%	No	se cuenta con reevaluación donde se describen las funciones de los diferentes cargos, pero no cuenta con el manual de funcionario actualizado.
4	Desarrolla del Talento Humano	Plan Institucional de Formación y Capacitación adaptado para 2022 formulado de acuerdo a las necesidades de las Servidores Públicos	Sí	100%	Sí	se cuenta con plan anual de capacitación
5	Desarrolla del Talento Humano	Programa de Inducción o reincidencia establecida en 2022, en el cual se especifica la forma y el procedimiento de inducción para emplear nuevos o reincidencia en el caso de cambiar organizacional, técnico y/o normativo	Sí	100%	Sí	se cuenta con el Programa de Inducción o reincidencia con vigencia 2022
6	Desarrolla del Talento Humano	Programa de Bienestar Social para 2022 construido de conformidad con los artículos 70 y 75 del Decreto 1227 de 2005 (Anual)	Sí	100%	Sí	se cuenta con el Programa de Bienestar Social 2022 realizada de manera anual y acorde a la normatividad
7	Desarrolla del Talento Humano	Acta administrativa ejecutada en 2022 que evidencia la adaptación de un Plan de Incentivos	Sí	100%	Sí	se realiza y se cuenta con reporte
8	Desarrolla del Talento Humano	Sistema de evaluación del desempeño con base en formularios de acuerdo a la normatividad que aplique a la entidad.	Sí	100%	Sí	se realiza según la definida por la ONCS y se matra evidenciar formularios y demás documentos adoptados por la institución para la vigencia 2022
9	Planear, programar y proyectar	Documento que evidencia que la entidad adaptó planear alineado con las Políticas de Desarrollo Administrativa durante 2022	Sí	100%	No	la entidad se acoge a las lineamientos dadas por la Función pública y tiene adaptada las siguientes planear: plan de desarrollo institucional planear operativo anual Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano Planear de Participación Ciudadana Planear Mejorar Central Interna Planear de Adquisición Planear Interno Planear Talento Humano Planear Gestión Documental Planear de Sistema de Información
10	Planear, programar y proyectar	Acta administrativa a través del cual se adaptan la misión y visión y demás documentos de carácter institucional	Sí	100%	Sí	El plan de desarrollo aprobado mediante acuerdo de junta directiva - acuerdo 14 aprobación del plan
11	Planear, programar y proyectar	Instrumentar, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la racionalización y difusión de la misión, visión y demás documentos y/o elementos de carácter institucional durante 2022	Sí	100%	No	Mediante página web, intranet, inducción, reincidencia http://10.10.0.23/principal/fuquierSamar.aspx
12	Planear, programar y proyectar	Acta administrativa con vigencia de 2022 que evidencia la adaptación de las objetivos institucionales	Sí	100%	Sí	plan de desarrollo
13	Planear, programar y proyectar	Planear de acción anual con vigencia de 2022 que definen las metas a cumplir con respecto al Plan de desarrollo	Sí	100%	No	la entidad tiene adaptada las siguientes planear: plan de desarrollo institucional planear operativo anual Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano Planear de Participación Ciudadana Planear Mejorar Central Interna Planear de Adquisición Planear Interno Planear Talento Humano Planear Gestión Documental Planear de Sistema de Información
14	Planear, programar y proyectar	Planear Anual mensualizado de caja (PAC) con vigencia de 2022 que permiten conocer las metas planificadas para cada mes para cumplir con las ingresos y gastos de la entidad	Sí	100%	Sí	se cuenta con el respectivo PAC vigencia 2022 - nazo entrega reporte por que evidencia que se cuenta con el mismo para la vigencia 2022
15	Planear, programar y proyectar	Acordar de gestión con vigencia de 2022 donde se definen las responsabilidades y metas frecuentes por parte de los gerentes públicos	Sí	100%	Sí	plan de desarrollo
16	Planear, programar y proyectar	Documentar con vigencia de 2022 donde evidenciar la adaptación de las cronogramas de los diferentes comités de trabajo	Sí	100%	Sí	cronograma de comités institucionales vigencia 2022
17	Modelo de Operación por Procesos	Mapa de Procesos establecida con vigencia de 2022 que evidencia la interrelación entre los procesos estratégicos, misionales, de apoyo, y de evaluación y/o quimienta	Sí	100%	Sí	se cuenta con mapa de procesos
18	Modelo de Operación por Procesos	Instrumentar, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestren la racionalización y difusión del Mapa de procesos y los procedimientos de la entidad	Sí	100%	No	el mapa de procesos se encuentra publicada en la intranet
19	Modelo de Operación por Procesos	Documentar que evidencian la adaptación de procesos de quimienta y evaluación que incluyen la evaluación de la satisfacción del cliente y estar interrelacionados procedimientos que les permiten evaluar	Sí	100%	Sí	a través de la oficina de atención al ciudadano se elaboran informes de quimienta a la medición de la satisfacción del usuario a la

Anexo 2 Entrevistas abiertas**Entrevista con el gerente**

Entrevista N°	Nombre de la entrevistadora	Lugar de entrevista	Fecha
	Lina Marcela Granda Perez	Hospital San Rafael de Itagüí	
Nombre del entrevistado(a)		Profesión	
Diego León Muñoz Zapata		Médico y abogado	
Dependencia para la que trabaja		Cargo que desempeña	
Gerencia		Gerente	

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 Gerencia del Hospital San Rafael sobre el proceso de implementación del MECI durante 2022.

Elem.	N°	Preguntas
Sistemas de Información y	1	¿La entidad cuenta con una estrategia para el manejo organizado o sistematizado de la correspondencia? Describa cómo funciona esta estrategia
	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
	3	¿La entidad cuenta con un mecanismo de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio? Describa cómo funciona este mecanismo y cuáles fueron sus resultados para 2022
	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
	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?
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?
	7	¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo tecnológico y de seguridad digital que la amenazó a la entidad durante 2022?
	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?
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?
	10	¿Qué aspectos de los acuerdos, compromisos y protocolos éticos se pueden mejorar para aportar a la cultura del control?
	11	¿Se revisa la pertinencia de los acuerdos, compromisos y protocolos éticos establecidos y se actualizan periódicamente?
	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?

Entrevista con la coordinadora de control interno

Entrevista N°	Nombre de la entrevistadora	Lugar de entrevista	Fecha
	Lina Marcela Granda Pérez	Hospital San Rafael de Itagüí	
Nombre del entrevistado(a)		Profesión	
Diana Marcela Rivera Osorno		Arquitecto - Especialista en auditoría	
Dependencia para la que trabaja		Cargo que desempeña	
Oficina de Control Interno		Coordinadora de Control Interno	

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 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.
	2	¿Explique cuáles fueron los resultados de la autoevaluación de la gestión realizada 2022 y explique cuáles fueron los correctivos adoptados según los resultados?
	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
	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?
Auditoría 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
	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?
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
	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

	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?
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
	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?
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
	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
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 auditorías y cuáles fueron sus recomendaciones para el periodo 2022
	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
	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?
Riesgo de cumplimiento	17	¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo de cumplimiento que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?.
	18	¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo de cumplimiento que la amenazó a la entidad durante 2022?
	19	¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo de cumplimiento a partir de 2022?

Entrevista con el líder de comunicaciones

Entrevista N°	Nombre de la entrevistadora	Lugar de entrevista	Fecha
	Lina Marcela Granda Pérez	Hospital San Rafael de Itagüí	
Nombre del entrevistado(a)		Profesión	
Juan Sebastián Carvajal Restrepo		Comunicador Grafico Publicitario	
Dependencia para la que trabaja		Cargo que desempeña	
Oficina de mercadeo y comunicaciones		Líder de comunicaciones	

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 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?
	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?
	3	¿A través de qué estrategia se difunde la planeación estratégica de la entidad y a qué públicos se comunica?
	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
	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.
	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?
Riesgo de imagen	7	¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo de imagen que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?
	8	¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo de imagen que la amenazó a la entidad durante 2022?
	9	¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo de imagen a partir de 2022?

Entrevista con el líder de líder de planeación y calidad

Entrevista N°	Nombre de la entrevistadora	Lugar de entrevista	Fecha
	Lina Marcela Granda Perez	Hospital San Rafael de Itagui	
Nombre del entrevistado(a)		Profesión	
Jony Sneider Rojas Chavarría		Administrador Financiero	
Dependencia para la que trabaja		Cargo que desempeña	
Oficina de Planeación y Calidad		Líder de Planeación y Calidad	

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?
	2	¿Cuáles son los objetivos institucionales que orientan la formulación de los planes, programas y proyectos?

	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.
	4	¿Se establecen periódicamente cronogramas de los diferentes comités de trabajo? Explique cómo se establece este cronograma y cómo se verifica su cumplimiento
	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?
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
	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
	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?
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
	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?
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
	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
	13	¿La entidad realiza seguimiento de los indicadores cada seis (6) meses? Explique los resultados de la evaluación para 2022
	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
	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?
Políticas de operación	16	¿La entidad ha establecido una estrategia de divulgación de las políticas de operación? Explique en qué consiste dicha estrategia
	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?
Riesgo estratégico	18	¿Cuáles fueron las amenazas relacionadas con el riesgo estratégico que enfrentó la entidad durante 2022 y cómo se determinaron?
	19	¿Cuáles fueron las medidas tendientes a mitigar el riesgo estratégico que la amenazó a la entidad durante 2022?

	20	¿Cuáles considera que son las oportunidades de mejora que tiene la entidad con relación al riesgo estratégico a partir de 2022?
--	-----------	---

Anexo 3 Encuesta



ENCUESTA SOBRE CULTURA DEL CONTROL

Encuesta sobre cultura del control en el Hospital San Rafael de Itagüí

Estimado participante, le agradecemos que haya dedicado unos minutos de su valioso tiempo para hacernos saber sus opiniones a través de esta encuesta. Amablemente el solicitamos que responda las siguientes preguntas con la seguridad que su identidad se mantendrá en secreto y que las respuestas a estas preguntas no lo van a afectar de ninguna forma.

El cuestionario que va a responder le presenta unas pocas preguntas que buscan saber su consideración sobre la implementación de la cultura del control en hospital.

De nuevo muchas gracias por su participación.

PLAZO MÁXIMO: Viernes 30 de junio de 2023

AVISO DE PRIVACIDAD

Casillas

LA ESE Hospital San Rafael de Itagüí de las normas vigentes en Colombia sobre Protección de Datos Personales y las internas que ha adoptado en relación con los datos que trata en desarrollo de su actividad empresarial, comunica que el presente formulario hace parte de las estrategias para la contención y disminución del impacto de la infección por el Virus SARS Co-V 2 (COVID-19), para el cuidado de su población laborante, y que recolecta datos Públicos, Privados y Sensibles; con las finalidades de evitar el contagio masivo y cuidar a las familias y población general, estrategias enmarcadas dentro de la legislación nacional y las recomendaciones de la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y el Ministerio de Salud y de la Protección Social, y que de conformidad con la Ley 1581 de 2012, se podrá suministrar información a entidades públicas o administrativas que en el ejercicio de funciones legales así lo requieran.

Acepto que he leído y entendido la política de tratamiento de datos personales.

Añadir opción o [añadir respuesta "Otro"](#)

Obligatorio

Cuestionario de la encuesta

Estimado participante, le agradecemos que haya dedicado unos minutos de su valioso tiempo para hacernos saber sus opiniones a través de esta encuesta. Amablemente le solicitamos que responda las siguientes preguntas con la seguridad que su identidad se mantendrá en secreto y que las respuestas a estas preguntas no lo van a afectar de ninguna forma.

El cuestionario que va a responder le presenta unas pocas preguntas que buscan saber su consideración sobre la implementación de la cultura del control en hospital.

De nuevo muchas gracias por su participación.

1. Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación:

"El hospital ha dado a conocer la misión, la visión y los valores de la entidad a los empleados de forma que la planeación estratégica se convierta en un compromiso compartido por toda la organización".

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

2. Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación:

"El hospital cuenta con mecanismos y canales de comunicación adecuados que le permiten escuchar las opiniones de usuarios y empleados, además de formular quejas, reportar irregularidades y realizar sugerencias".

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

3. Responda:

¿Qué tan satisfecho o insatisfecho está con la capacidad que tiene el hospital para escuchar los reclamos de usuarios y empleados a través de los mecanismos de información internos y externos, tales como: recepción de peticiones, quejas, reclamos y/o denuncias, buzón de sugerencias, encuestas de satisfacción, entre otras?

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Ni satisfecho ni insatisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho

4. Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación:

"El hospital realiza estrategias y campañas comunicacionales con el objetivo de fomentar entre los empleados la cultura del control y la lucha anticorrupción".

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

5. Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación:

"El hospital ha dado a conocer oportunamente los resultados de la implementación de los sistemas de Control Interno entre los empleados, usuarios y demás grupos de interés".

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

6. Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación:

"El hospital ha asumido con seriedad los retos que implica la lucha contra la corrupción y el cuidado del patrimonio común de todos los colombianos que representa el Hospital San Rafael de Itagüí".

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

¡Muchas gracias!

Anexo 4 Acta de confidencialidad



ACTA DE CONFIDENCIALIDAD Y DE USO DE INFORMACION SOMETIDA A RESERVA LEGAL

PRIMERA. LA ESTUDIANTE LINA MARCELA GRANDA se obliga a no divulgar a terceras partes, la "Información confidencial", que reciba por parte de LA E.S.E en materia de documentos derivados de manera directa o indirecta con información sensible de la E.S.E, bien sea físicas o electrónicas, y a darle a dicha información el mismo tratamiento que le darían a la información confidencial de su propiedad. Para efectos de la presente acta, "Información Confidencial" comprende toda la información puesta a disposición de LA ESTUDIANTE LINA MARCELA GRANDA ya sea en forma oral, visual, escrita, grabada en medios magnéticos o en cualquier otra forma tangible y que se encuentre claramente marcada como tal al ser entregada a la parte receptora. **SEGUNDA.** La parte receptora se obliga a mantener de manera confidencial la "Información confidencial que reciba de LA E.S.E y limitarse de manera exclusiva al equipo de trabajo que la compone. **TERCERA.** Es obligación de LA ESTUDIANTE LINA MARCELA GRANDA de no divulgar la "Información confidencial", incluyendo, mas no limitando, el informar a su equipo de trabajo, que dicha información es confidencial y que no deberá ser divulgada a terceras partes. **CUARTA.** LA ESTUDIANTE LINA MARCELA GRANDA se obliga a utilizar la "Información confidencial" recibida únicamente para el desarrollo el objeto de auditoría que adelanta al personal asistencial, procesos y subprocesos que la componen. **QUINTA.** LA ESTUDIANTE LINA MARCELA GRANDA se compromete a efectuar una adecuada custodia y reserva de la información y gestión -es decir tratamiento- de los datos suministrados por LA E.S.E al interior de las redes y bases de datos (físicas y/o electrónicas) en donde se realice su recepción y tratamiento en general. **SEXTA.** Para el caso del manejo de información que incluya datos personales, la ESTUDIANTE LINA MARCELA GRANDA dará estricto cumplimiento a las disposiciones constitucionales y legales sobre la protección del derecho fundamental de habeas data, en particular lo dispuesto en el ARTÍCULO 2.5.3.4.11. DECRETO 780 DE 2016. Las entidades administradoras de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud tales como EPS del régimen subsidiado o contributivo, ARL etc., tienen derecho a acceder a la historia clínica y sus soportes, dentro de la labor de auditoría que le corresponde adelantar, en armonía con las disposiciones generales que se determinen en materia de facturación." Resolución 1995 de 1999, Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: 1. El usuario, 2. El Equipo de Salud. 3. Las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la ley. 4. Las demás personas determinadas en la ley. **SÉPTIMA.** En caso de que la ESTUDIANTE LINA MARCELA GRANDA incumpla parcial o totalmente con las obligaciones establecidas en la presente acta éste será responsable de los daños y perjuicios que dicho incumplimiento llegase a ocasionar

iUnidos, por tu salud!



NIT. 890.980.066-9
Teléfono: 448 22 24
Línea Nacional:
01 8000 413 710

Sede 1: Cra. 51 A # 45 - 51
Sede 2: Cll. 47 # 48 - 63
Itagüí - Antioquia

info@hsanrafael.org
www.hsanrafael.gov.co

Síguenos en:





a LA E.S.E y a los titulares de la información que contenga cualquier documento que pertenezca a la E.S.E. **OCTAVA**. La vigencia de la presente acta será de conformidad al tiempo de auditoría y hasta tanto resulte informe final de la gestión.

Dado en Itagüí, 29 de Noviembre de 2022


DIEGO LEON MUÑOZ ZAPATA
Gerente
E.S.E Hospital San Rafael


LINA MARCELA GRANDA
Estudiante de Administración en Salud
Universidad de Antioquia

Proyectó	Revisó
NOMBRE: Andres Felipe Botero Córdoba Unidad de Gestión Contractual	NOMBRE: Luis Fernando Cadavid Tejada Jefe Oficina Asesora de Jurídico

iUnidos, por tu salud!



NIT. 890.980.066-9
Teléfono: 448 22 24
Línea Nacional:
01 8000 413 710

Sede 1: Cra. 51 A # 45 - 51
Sede 2: Cl. 47 # 48 - 63
Itagüí - Antioquia

info@hsanrafael.org
www.hsanrafael.gov.co
Síguenos en:



Anexo 5 Consentimiento informado

Proyecto de investigación	“Riesgos y oportunidades de mejora en el proceso de implementación del MECI en el hospital San Rafael de Itagüí, 2022”
Identificación del investigador principal:	Lina Marcela Granda Pérez. Estudiante del Programa Administración en Salud con énfasis en Servicios de salud de la Universidad de Antioquia.
Celular	3113279340
Correo electrónico	marcela.granda@udea.edu.co
Sitio donde se llevará a cabo el estudio	Itagüí, Antioquia
Entidad que respalda la investigación	Facultad Nacional de Salud Pública
Entidad que financia la investigación	Ninguna
Fecha de la entrevista:	
Lugar de la entrevista	
Identificación del participante	
Código del participante (seudónimo):	
Información para el participante	
<p>Respetado señor (a), el presente proyecto de investigación se realiza como trabajo de grado de la Universidad de Antioquia con el objetivo de comprender la implementación del Modelo Estándar de Control Interno en el Hospital San Rafael de Itagüí durante el año 2022.</p> <p>Para esta investigación es fundamental la opinión de las personas con conocimiento de primera mano sobre los procesos administrativos y financieros del Hospital San Rafael, dado que son ellas las que entienden el proceso de implementación del MECI en la institución, y por lo tanto, tienen una experiencia valiosa y sus aportes son fundamentales para este estudio.</p> <p>Es necesario que usted manifieste a través de su firma la voluntad de participar de manera voluntaria y anónima en este estudio y declare estar de acuerdo con el uso de sus opiniones en la presente investigación. Usted tiene derecho de solicitar cualquier tipo de aclaración antes de firmar.</p>	
Procedimientos del estudio	
<p>El presente estudio obtendrá la información por medio de entrevistas semiestructuradas y encuestas; los datos recolectados quedarán bajo la estricta responsabilidad del investigador principal y se garantiza que ninguna persona diferente al investigador tenga acceso a la información que usted aporta.</p> <p>La información aportada por usted será identificada con un seudónimo y su nombre permanecerá en el anonimato.</p> <p>Su participación en esta entrevista es libre y voluntaria, usted tiene derecho a negarse a seguir participando o a responder ciertas preguntas.</p>	

Se le solicita su autorización para grabar el contenido de esta entrevista, asegurándole que el uso de ésta será únicamente para los propósitos del trabajo de investigación y con todas las precauciones para mantener su anonimato.

Compromisos del participante

A partir de la firma del consentimiento informado, el participante se compromete a disponer del tiempo previsto para participar de la entrevista, el cual le será informado con antelación.

Compromisos del investigador

El investigador declara que la presente investigación tiene propósitos exclusivamente académicos y está financiada con recursos propios del investigador.

Resultados esperados

Se pretende que los resultados de la presente investigación contribuyan a mejorar las condiciones bajo las que opera el Hospital San Rafael de Itagüí y la gestión de los procesos administrativos.

Aceptación de la participación

Por medio de la firma con la que se sustenta esta declaración manifiesto que no he recibido ningún tipo de presión ya sea de tipo verbal, escrita y/o gestual para participar en el estudio; en ese sentido declaro que la decisión de participar la tomo en pleno uso de mis facultades mentales de forma consciente, autónoma y libre.

Firma: _____

Nombre: _____

Testigo: _____

Fecha: _____